



COVID-19 : stratégie de vaccination

État au 29.11.2022

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

Table des matières

1 Introduction	3
1.1 Remarques introductives concernant la version actualisée (automne 2022)	3
1.2 Objectifs principaux	3
1.3 Contexte épidémiologique	4
1.4 Conséquences sociales et sanitaires de la pandémie	5
2 Réflexions stratégiques	5
2.1 Objectifs	6
2.2 Vaccination contre le COVID-19	8
2.3 Approche en vue d'atteindre les objectifs de vaccination	9
3 Conformité internationale de la stratégie de vaccination	10
4 Mise en œuvre de la stratégie de vaccination	10
4.1 Mise en œuvre dans les cantons et rôle de la Confédération	10
4.2 Suivi de la mise en œuvre	10
5 Réflexions d'ordre éthique et acceptation	11
5.1 Réflexions d'ordre éthique	11
5.2 Acceptation	12
5.3 Caractère volontaire de la vaccination	14
5.4 Prise en charge du coût de la vaccination contre le COVID-19	14
6 Bases légales et responsabilité	14
7 Littérature	Fe
hler! Textmarke nicht definiert.	
8 Annexe 1 : objectifs, groupes cibles associés avec objectifs de vaccination spécifiques et propriétés requises des vaccins	17
9 Annexe 2 : définition des groupes cibles et estimation du nombre de personnes	21
10 Annexe 3 : schéma de priorisation possible des vaccins en cas de disponibilité limitée (groupes prioritaires) suivant la stratégie au moment de la mise à disposition des premiers vaccins lors de la pandémie fin 2020	23
11 Annexe 4 : données détaillées concernant les bases légales et la responsabilité	26



Index des tableaux

Tableau 1 : Vaccins contre le COVID-19 autorisés en Suisse (état en novembre 2022)	Page 8
Tableau 2 : Stratégie de vaccination et groupes cibles associés avec objectifs de vaccination spécifiques et propriétés requises des vaccins	Page 9

Index des illustrations

Illustration 1 : Enquête auprès de la population concernant la vaccination et la stratégie de priorisation au fil du temps	Page 13
--	---------



1 Introduction

1.1 Remarques introductives concernant la version actualisée (automne 2022)

Les stratégies nationales de prévention et de lutte contre certaines maladies infectieuses permettent de définir et d'atteindre des objectifs spécifiques aux maladies à l'échelle nationale. Elles orientent les activités des partenaires impliqués au niveau national, cantonal et local par rapport aux objectifs stratégiques communs. Dans ce contexte, la vaccination contre les maladies évitables par ce biais constitue souvent une mesure centrale pouvant être mise en œuvre, bien qu'elle ne soit pas la seule.

La version initiale de la présente stratégie de vaccination contre le COVID-19 a vu le jour fin 2020, peu avant que les premiers vaccins contre le COVID-19 soient disponibles. Son orientation, ses objectifs et ses priorités correspondaient aux connaissances alors disponibles sur la pandémie et ses conséquences pour la santé individuelle et la santé publique ainsi qu'aux connaissances sur les propriétés des vaccins au moment de leur autorisation.

La stratégie a été continuellement complétée et adaptée suivant l'évolution de la pandémie, les caractéristiques changeantes du SARS-Corona Virus 2 (SARS-CoV-2), la situation immunologique au sein de la population ainsi que le développement des vaccins à ARNm en particulier et les connaissances croissantes en la matière. La présente version remplace celle du 5.7.2022 et traite de la démarche mise en œuvre depuis l'arrivée des premiers vaccins ainsi que la marche à suivre en cas de situation pandémique ou épidémique persistante et de passage vers une situation endémique en Suisse. La stratégie ne définit donc pas uniquement la marche à suivre et les recommandations de vaccination dans la situation épidémiologique actuelle, elle doit également servir de document global tenant compte de tous les scénarios possibles.

Tout en tenant compte du contexte suisse, la stratégie de vaccination contre le COVID-19 se fonde, dans la mesure du possible, sur les objectifs et mesures internationaux communs de lutte contre le COVID-19.

1.2 Objectifs principaux

La vaccination contre le COVID-19 constitue un élément central de la lutte contre les conséquences sanitaires, économiques et sociales de la pandémie de COVID-19. La présente stratégie définit, à un niveau général, les objectifs visés par une telle mesure lors des différentes phases épidémiologiques (pandémie, endémie) ainsi que les mesures pour les atteindre. En outre, elle décrit les compétences et les aspects à prendre en considération lors de la mise en œuvre. Il en découle les recommandations proprement dites, qui tiennent compte de la situation épidémiologique (fardeau de la maladie, variants du virus en circulation) et des propriétés des vaccins disponibles (efficacité, sécurité et autres). Les recommandations sont revues et adaptées suivant l'état actuel des connaissances et la situation épidémiologique. En tant que document global, la stratégie de vaccination traite de différents scénarios sur une période prolongée.



Conformément aux recommandations internationales, la stratégie de vaccination poursuit trois objectifs, cités par ordre d'importance décroissante (cf. chapitre 2.1) :

1. Diminution du fardeau de la maladie, notamment des formes graves et des cas mortels de COVID-19 ;
2. Maintien des capacités du système de santé ;
3. Diminution des conséquences négatives directes et indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé publique, la santé psychique, la société et l'économie.

1.3 Contexte épidémiologique

La pandémie de COVID-19 a eu de lourdes conséquences sur la santé individuelle et la santé publique ainsi que sur d'autres domaines. Le COVID-19 contribue de manière déterminante à l'augmentation de la morbidité, en particulier au sein de certains groupes de population ; elle est corrélée à une nette surmortalité de la population de plus de 65 ans ([Office fédéral de la statistique, OFS](#)).

Depuis le début de la pandémie, le SARS-CoV-2 a muté plusieurs fois, et les variants et sous-variants (p. ex. Delta et Omicron) ayant résulté de ces mutations ont entraîné plusieurs flambées épidémiques ayant influé sur l'évolution de la pandémie. Les différents variants du virus se distinguent par leur transmissibilité et leur virulence, ainsi que leur capacité à échapper à la réponse immunitaire (*immune escape*).

Des informations détaillées concernant le fardeau de la maladie sont disponibles dans le document « [Fardeau de la maladie COVID-19](#) ». Différents aspects clés de ce document sont exposés ci-après.

Les infections au SARS-CoV-2 touchent toutes les classes d'âge, mais à des degrés différents depuis le début de la pandémie. En raison de la couverture vaccinale élevée chez les personnes de 65 ans ou plus, on a observé un report progressif des infections (incidence des infections) des classes d'âge plus élevées vers les plus jeunes au fil de la pandémie.

Un nombre élevé de cas graves de COVID-19, en particulier des formes de la maladie nécessitant un traitement médical intensif, pourrait entraîner une surcharge du système de santé.

Tandis que les jeunes sont généralement atteints de formes légères de COVID-19, le risque de formes graves de la maladie augmente considérablement avec l'âge. L'incidence des hospitalisations était de loin plus élevée chez les personnes de 65 ans ou plus que pour toutes les autres classes d'âge. Sur l'ensemble de la période (y compris lors des flambées dues aux variants Delta et Omicron), une incidence d'hospitalisations nettement plus élevée a été observée chez les personnes non vaccinées et les personnes de 65 ans ou plus que chez les personnes vaccinées ou de moins de 65 ans. L'incidence des hospitalisations chez les personnes vaccinées de 65 ans ou plus était nettement inférieure à l'incidence des hospitalisations chez les personnes non vaccinées du même âge.

Outre les personnes âgées, les personnes de 16 ans et plus atteintes de maladies chroniques définies [1] ainsi que celles atteintes de trisomie 21 [2, 3] et les femmes enceintes [4–8] présentent un risque accru de développer une forme grave de la maladie ou d'être hospitalisées en raison d'une infection au SARS-CoV-2. Elles sont comprises parmi les personnes vulnérables (PV) conformément à la [liste de catégories de l'OFSP](#).

Une incidence nettement supérieure des décès dus au COVID-19 a également été observée chez les personnes non vaccinées et les personnes de 65 ans ou plus. L'incidence des décès chez les personnes de plus de 65 ans ayant reçu une primovaccination était considérablement



plus basse que chez les personnes non vaccinées du même âge et, là encore, nettement plus basse chez les personnes ayant reçu une primovaccination ainsi qu'une dose de rappel.

Une infection au SARS-CoV-2 peut être suivie de troubles persistants et partiellement restrictifs (affection post-COVID-19 / COVID long). Ces troubles sont principalement observés chez les adultes mais peuvent, dans certains rares cas, survenir également chez les enfants et les adolescents. Ces symptômes peuvent persister pendant plusieurs semaines, parfois même pendant plusieurs mois. D'une manière générale, la probabilité et la gravité d'une affection post-COVID-19 augmentent suivant la gravité de la forme de COVID-19. Des études montrent que les adultes vaccinés ayant été ensuite infectés par le SARS-CoV-2 sont moins susceptibles de développer une affection post-COVID-19 que les personnes non vaccinées ([UKHSA Evidence Briefing](#), [9]).

Les études concernant la séroprévalence en Suisse révèlent qu'en juin 2022, plus de 97 % de la population avait des anticorps contre le SARS-CoV-2 (www.corona-immunitas.ch) en raison d'une infection, de la vaccination ou d'une combinaison des deux. D'après les preuves disponibles, la protection contre une (nouvelle) contamination par les nouveaux variants (p. ex. Omicron) diminue assez rapidement après une vaccination. La protection contre les formes graves de COVID-19 dure plus longtemps, mais diminue également au fil du temps, en particulier chez les personnes âgées et les personnes vulnérables. Une dose de rappel est par conséquent recommandée suivant la situation épidémiologique et le profil de risque des différents groupes de population.

1.4 Conséquences sociales et sanitaires de la pandémie

La pandémie de COVID-19 a montré que tout le monde n'est pas touché de la même manière par la maladie et par les restrictions liées aux mesures de prévention. Elle a également montré que tout le monde ne bénéficie pas du même accès aux prestations du système de santé. Les personnes ayant un statut socio-économique plus modeste, en particulier, ont un risque plus élevé d'être atteintes de formes graves du COVID-19 et d'en mourir [10, 11].

Les mesures visant à lutter contre la pandémie, telles que la fermeture des écoles et d'autres restrictions, ont fortement nui à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents en plus de limiter l'activité scolaire ([unesco: school closures](#)). Ces mesures ont conduit à une augmentation des troubles psychiques, avec des prévalences de 30 à 45 % chez les jeunes pendant la pandémie ([Santé psychique OBSAN](#)).

2 Réflexions stratégiques

La stratégie de vaccination suisse s'appuie largement sur la stratégie de l'OMS ([Global Covid-19 Vaccination Strategy in a Changing World](#)), qui date de juillet 2022. Une nouvelle version est en cours d'élaboration pour 2023 et au-delà.

La présente stratégie est fondée sur les propriétés des vaccins disponibles par rapport aux caractéristiques prévalentes et supposées des actuels et futurs variants du virus, ainsi que sur les risques de maladie dans des groupes de population spécifiques. Elle ne tient pas uniquement compte de l'évaluation risque-utilité, mais aussi des conséquences de la pandémie de COVID-19 sur l'ensemble de la société. En ce sens, la vaccination ne permet pas uniquement de réduire la souffrance humaine en termes de morbidité et de mortalité, elle doit également contribuer à garantir l'approvisionnement de la société en biens essentiels, à limiter les effets négatifs de la maladie sur la vie sociale et culturelle ainsi que sur l'éducation et la formation -- et à protéger l'économie de dommages conséquents.

Ces objectifs doivent principalement être atteints en réduisant le fardeau de la maladie lié à la pandémie de COVID-19. Suivant les caractéristiques de l'agent pathogène et les propriétés



des vaccins disponibles, les objectifs potentiels de la vaccination à considérer sont la protection de groupe, l'élimination de l'agent pathogène ou une couverture vaccinale élevée pour la protection individuelle. S'agissant de la pandémie de COVID-19, les vaccins actuellement disponibles ne permettent pas d'atteindre les deux premiers objectifs. En revanche, il est pertinent de viser une couverture vaccinale élevée. En effet, plus la couverture vaccinale est élevée, en particulier au sein des groupes à risque, moins le système de santé sera surchargé en raison de cas graves de COVID-19. L'OMS définit également comme objectif supplémentaire une accélération du développement et de la mise à disposition de vaccins améliorés permettant de garantir, voire d'améliorer l'immunité et la protection contre la transmission de la maladie.

La stratégie de vaccination de la Suisse définit ci-après les principaux objectifs de la vaccination contre le COVID-19 ainsi que les différentes stratégies par groupe cible et leur hiérarchisation. À cet égard, il convient de prendre en considération la situation épidémiologique, les recommandations et conditions-cadre internationales [12, 13] ainsi que les particularités de la situation et du système de santé en Suisse.

Les recommandations de vaccination issues de la stratégie définissent des régimes pour les différents groupes de population. Elles tiennent compte des variants du virus qui dominent actuellement, de l'efficacité et de la durée de protection des vaccins au sein des différents groupes cibles ainsi que de l'immunité observée au sein de la population.

Des spécialistes du monde entier estiment que le SARS-CoV-2 sera endémique à long terme. Autrement dit, le virus ne va pas disparaître, mais continuera de causer des infections au sein de la population. La plupart des gens ont déjà acquis un certain degré d'immunité au moyen de la vaccination et/ou d'une infection. En conséquence, on peut s'attendre à ce que le COVID-19 ne constitue plus, sur la durée, une menace immédiate pour la santé publique comme c'était le cas lors de la phase pandémique. Cependant, certains groupes de population resteront très vulnérables. En tant que maladie endémique, le COVID-19 pourra encore se manifester sous des formes graves, en particulier chez les personnes vulnérables, et pourra encore causer des affections post-COVID-19. Dans l'optique de protéger la santé publique et des groupes cibles spécifiques, des mesures resteront nécessaires, y compris des recommandations répétées de se faire vacciner, comme c'est le cas pour d'autres maladies évitables par la vaccination.

On estime que la transition vers une situation endémique aura lieu dans un avenir proche. Néanmoins, les réflexions actuelles portent en priorité sur la gestion d'autres flambées épidémiques de SARS-CoV-2 causées par l'apparition de nouveaux variants du virus, et sur la lutte contre ceux-ci au moyen des vaccins actuels et futurs. La vaccination en tant que mesure de prévention continuera de jouer un rôle primordial dans les mesures à long terme pour faire face au SARS-CoV-2. Dans ce contexte, l'accès et la compréhension de la population vis-à-vis des mesures de prévention sont importants.

Les mesures de protection de la santé publique mises en œuvre au cours de la phase de transition et lorsque le COVID-19 sera devenu endémique en Suisse différeront de celles visant à surmonter la période de crise due à la pandémie. Les stratégies de dépistage et la gestion des cas devront être adaptées à la situation endémique. Les personnes contaminées pouvant présenter des formes graves de COVID-19 devront pouvoir être identifiées et traitées rapidement. Il importera donc de veiller à ce que le traitement soit facilement accessible.

2.1 Objectifs

Conformément aux recommandations internationales [13], la stratégie de vaccination poursuit trois objectifs par ordre d'importance décroissante.

Les principaux objectifs sont les suivants :



1. Diminution du fardeau de la maladie, notamment des formes graves et des cas mortels de COVID-19 ;
2. Maintien des capacités du système de santé ;
3. Diminution des conséquences négatives directes et indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé publique, la santé psychique, la société et l'économie.

1. La réduction du fardeau de la maladie, en particulier des cas graves et mortels de COVID-19, est définie comme le but prioritaire de la vaccination, car la pandémie de COVID-19 entraîne clairement une surmortalité et une morbidité supplémentaire au sein de la population (cf. chapitre 1.3). Les personnes vulnérables portent le plus lourd fardeau de la maladie et ont un risque d'hospitalisation et de décès nettement accru [1–4]. La vaccination constitue la principale mesure de lutte contre les formes graves de la maladie, en particulier chez les personnes vulnérables.

2. Le maintien des capacités du système de santé est le deuxième but principal. Le système de santé doit, d'une part, continuer de pouvoir faire face au fardeau du COVID-19 et, d'autre part, rester à la disposition de la population suisse pour toutes les maladies et tous les problèmes de santé non causés par le COVID-19. La vaccination offre fondamentalement une bonne protection individuelle contre les formes graves de la maladie. Toutefois, suivant la situation épidémiologique, elle n'offre aucune protection contre la contamination et la transmission. Par conséquent, le fardeau du COVID-19 peut entraîner une surcharge du système de santé en l'absence de mesures non pharmaceutiques efficaces durant certaines phases. Cette surcharge est due à un nombre élevé de patients atteints du COVID-19 traités en milieu hospitalier et tout particulièrement en soins intensifs. Suivant la situation épidémiologique, il sera donc peut-être nécessaire de prendre des mesures non pharmaceutiques, en plus de la vaccination. Le maintien des capacités du système de santé sera assuré, d'une part, en réduisant le fardeau du COVID-19 (cf. but 1) et, d'autre part, en veillant à ce que le personnel de santé conserve son entière capacité opérationnelle. Ceci nécessite une protection optimale de la santé du personnel ainsi que la réduction des absences du personnel dues au COVID-19. Pour maintenir la performance globale du système de santé, le taux d'occupation des unités de soins intensifs/intermédiaires par les patients atteints de COVID-19 ne doit pas dépasser un niveau supportable. Le report des traitements non urgents dans les hôpitaux ne peut être envisagé qu'à court terme.

3. La diminution des conséquences négatives directes et indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé publique, la santé psychique, la société et l'économie constitue le troisième objectif principal. La réalisation des objectifs 1 et 2 permettra d'atteindre l'objectif 3 ; si nécessaire, des mesures non pharmaceutiques, en particulier au sein de certains environnements et groupes de population, peuvent également y contribuer. Il est possible que cet objectif de la vaccination ne soit pas atteint, ou uniquement dans une faible mesure, suivant l'efficacité des vaccins disponibles contre les variants dominants du virus.

Les mesures non pharmaceutiques pour faire face à la pandémie peuvent toutefois entraîner de graves problèmes économiques, notamment des baisses de chiffre d'affaires et des situations pouvant menacer l'existence (fermeture d'entreprises, faillites, chômage partiel, etc.). En outre, elles restreignent fortement la vie sociale et culturelle ainsi que la formation. Les conséquences négatives sur la santé mentale et le bien-être (www.coronastress.ch) pèsent tout particulièrement sur les adolescents et les jeunes adultes (cf. chapitre 1.4). Cependant, les mesures non pharmaceutiques peuvent être jugées comme nécessaires en raison du fardeau de la maladie et, par conséquent, être recommandées ou ordonnées.



2.2 Vaccination contre le COVID-19

La vaccination représente la principale mesure de prévention pour limiter les conséquences sanitaires de même que d'autres conséquences du COVID-19. À ce titre, elle revêt une grande importance. Les vaccins permettent à une part importante de la population de développer une bonne protection contre les formes graves de COVID-19 (hospitalisation et décès). Cette protection diminue au fil du temps, en particulier chez les personnes vulnérables. Au cours des premières vagues (variants d'origine), la vaccination protégeait de l'infection et de la transmission dans une certaine mesure, tandis que lors des vagues suivantes (variants Omicron), l'efficacité de la vaccination se limitait, notamment, à une protection contre les formes graves de la maladie. S'agissant d'Omicron, la vaccination n'entraîne qu'une faible protection contre les infections symptomatiques et une protection négligeable contre la transmission. L'avenir montrera si de nouveaux vaccins seront nécessaires et, le cas échéant, s'ils seront efficaces face à de nouveaux variants.

Vaccins autorisés en Suisse (état en novembre 2022) : six vaccins fabriqués avec trois technologies différentes sont autorisés, recommandés et disponibles en Suisse et au Liechtenstein pour la prévention du COVID-19. Il y a les quatre vaccins à ARNm, de Moderna (Spikevax® et Spikevax Bivalent Original / Omicron® BA.1) et de Pfizer/BioNTech (Comirnaty® et Comirnaty® Bivalent Original / Omicron BA.1). Le vaccin de Johnson & Johnson (Covid-19 Vaccine Janssen®) est un vaccin à vecteur adénoviral. Le vaccin Nuvaxovid® de Novavax est un vaccin à base de protéines. Tous les vaccins s'appuient sur une présentation de la protéine Spike (variant de Wuhan et variant Omicron en plus pour les vaccins bivalents). Les dosages précis ainsi que les données détaillées concernant l'efficacité, la sécurité et la durée de protection des vaccins sont disponibles dans la [recommandation de vaccination](#).

Tableau 1 : vaccins contre le COVID-19 autorisés en Suisse (état en novembre 2022)

Vaccin	Technologie
Comirnaty® (Pfizer/BioNTech)	Vaccin à ARNm, monovalent
Comirnaty® Bivalent Original / Omicron BA.1 (Pfizer/BioNTech)	Vaccin à ARNm, bivalent
Spikevax® (Moderna)	Vaccin à ARNm, monovalent
Spikevax® Bivalent Original / Omicron BA.1 (Moderna)	Vaccin à ARNm, bivalent
Covid-19 Vaccine Janssen® (Johnson & Johnson)	Vaccin à vecteur adénoviral, monovalent
Nuvaxovid® (Novavax)	Vaccin à base de protéines Spike avec adjuvant, monovalent

Les principaux vaccins utilisés en Suisse étaient fondés sur la nouvelle technologie à ARNm. Il s'agissait également des premiers vaccins autorisés. Les vaccins à vecteur et les vaccins à base de protéines autorisés par la suite ont d'abord été recommandés comme alternatives aux personnes qui refusaient les vaccins à ARNm ou qui ne pouvaient pas se faire vacciner contre le COVID-19 avec ces vaccins pour des raisons médicales. Depuis l'automne 2022, le vaccin à base de protéines autorisé est recommandé de manière générale pour les doses de rappel.



Les vaccins à ARNm permettent une adaptation relativement rapide à de nouveaux variants ou à plusieurs variants en même temps et peuvent être fabriqués en grande quantité. Face à l'apparition de nouveaux variants, cela peut constituer un avantage. Il est également possible de recourir à des vaccins (tels que le Nuvaxovid) dont l'efficacité dépend moins des variants du virus et qui peuvent de ce fait offrir une plus protection plus large.

2.3 Approche en vue d'atteindre les objectifs de vaccination

Une stratégie de vaccination axée sur les groupes cibles est appliquée en vue d'atteindre les trois objectifs principaux.

L'ordre de priorité des groupes cibles présenté dans le tableau 2 est fondé sur le fardeau de la maladie par groupe cible et sur l'impact estimé de la vaccination sur la réalisation des objectifs principaux dans le contexte de la situation épidémiologique actuelle et de l'immunité au sein de la population suisse.

La structure du tableau doit en outre indiquer quelles sont les priorités en cas, par exemple, de pénurie de vaccins ou suivant le moment de l'administration du vaccin en vue d'assurer la meilleure protection possible lors d'une vague d'infections.

En outre, la version initiale de ce tableau (cf. annexe 1) était fondée sur la situation dans laquelle les vaccins étaient hautement efficaces pour limiter toutes les infections symptomatiques dues au SARS-CoV-2 (et non uniquement les formes graves de la maladie) ainsi que leur transmission. Cette version englobait sept groupes cibles. Dans un contexte tel que celui de l'automne 2022 par exemple, où l'efficacité des vaccins pour réduire le nombre d'infections et/ou limiter la transmission du virus est minime ou inexistante, certains groupes cibles peuvent être regroupés ou exclus d'une recommandation de vaccination. Par conséquent, seuls deux groupes cibles sont considérés pour l'automne 2022. Outre ces groupes cibles, il est possible de donner accès à la vaccination à d'autres groupes de personnes au moyen de la recommandation. La définition initiale des groupes cibles et le nombre de personnes par groupe estimé en 2020 sont présentés dans l'annexe 2.

Tableau 2 : Objectifs, groupes cibles associés avec objectifs de vaccination spécifiques et propriétés requises des vaccins

Objectif	Groupes cibles ¹ (par ordre de priorité)	Objectifs spécifiques par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
Protection individuelle des personnes vulnérables contre les formes graves et mortelles de la maladie ; maintien du fonctionnement du système de santé, encadrement et soins des	1) Personnes vulnérables (PV) : Adultes ≥ 65 ans Personnes de 16 à 64 ans avec certaines maladies chroniques et autres affections (voir la liste des catégories)	Protection directe des personnes vaccinées contre les formes graves de la maladie (réduction/prévention des hospitalisations et des décès)	Efficacité chez les personnes âgées et en cas de comorbidité. Prévention des formes graves de la maladie.
	2) Personnel de santé au contact de patients et	a) Protection directe des personnes vaccinées contre les évolutions graves rares b) Maintien du fonctionnement du système de santé (moins	Efficacité permettant une réduction des formes graves et des hospitalisations dues au COVID-19.

¹ Définition des groupes cibles et du nombre de personnes par groupe, voir annexe 2.



Objectif	Groupes cibles ¹ (par ordre de priorité)	Objectifs spécifiques par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
personnes vulnérables	Personnel d'encadrement des personnes vulnérables	Faible réduction d'absences d'encadrement et de travail dues au COVID-19)	Faible réduction, au moins, des infections symptomatiques (réduction des absences au travail)

3 Conformité internationale de la stratégie de vaccination

La stratégie de vaccination, les objectifs principaux et la priorisation des groupes cibles tels que définis en Suisse sont conformes aux recommandations de l'OMS [12, 13].

Conformément à la stratégie, l'accès à la vaccination doit être donné en priorité aux personnes particulièrement vulnérables et aux personnes âgées avant d'être étendu à d'autres groupes de population.

La Suisse reconnaît des séries de vaccination (complètes) avec des vaccins reconnus par l'OMS ([autorisation d'utilisation d'urgence de l'OMS](#)). Les recommandations concernant la réalisation complète d'une série en vue de garantir la meilleure protection vaccinale possible du point de vue médical sont présentées dans la recommandation.

4 Mise en œuvre de la stratégie de vaccination

4.1 Mise en œuvre dans les cantons et rôle de la Confédération

La mise en œuvre de la stratégie et des recommandations de vaccination relève de la compétence des cantons. Il leur incombe notamment de garantir une offre adéquate afin de répondre efficacement, en temps opportun et avec des offres accessibles à la demande en matière de vaccination contre le COVID-19. L'encouragement de la demande relève également de leur responsabilité.

La Confédération apporte son soutien aux cantons dans la mise en œuvre de la stratégie à différents échelons. Depuis le début de la pandémie, elle acquiert les vaccins et procède à la répartition logistique auprès des cantons. À plus long terme, l'acquisition et la logistique devront toutefois être intégrées au sein des structures standard du système de santé.

La Confédération soutient également les cantons en fournissant des supports d'information à destination de la population et des spécialistes. La Confédération élabore aussi des campagnes d'information afin de sensibiliser la population et d'encourager la demande.

4.2 Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre des recommandations de vaccination contre le COVID-19 fait l'objet d'une surveillance et d'une analyse spécifiques. Sur la base de la loi sur les épidémies (art. 24, al. 2, LEp, art. 36 et 40 OEp), l'OFSP définit, en concertation avec les cantons, les données à collecter (ensemble minimal de données) et la méthodologie de documentation et de surveillance. Les données agrégées provenant de la documentation sur les vaccinations permettent de suivre de près, au format électronique, l'étendue et l'acceptation de cette mesure dans les différents groupes cibles. L'objectif de la surveillance est de suivre le fardeau actuel de la maladie ainsi que la vaccination afin de définir les mesures adéquates qui en découlent. Il est particulièrement important d'intégrer des données en temps réel au niveau national (y compris celles des unités de soins intensifs et des hôpitaux) afin de pouvoir prendre



les mesures adéquates en période de crise. Les indicateurs pertinents concernant la vaccination en Suisse sont disponibles sur le [tableau de bord de l'OFSP](#).

5 Réflexions d'ordre éthique et acceptation

Les aspects éthiques (cf. chapitre 5.1) ainsi que l'acceptation de la vaccination (cf. chapitre 5.2) revêtent une grande importance dans le cadre de la stratégie et en vue d'atteindre les objectifs principaux. D'une part, l'établissement nécessaire de priorités (par exemple au début d'une pandémie, lorsque les vaccins ne sont disponibles qu'en quantité limitée) doit être fondé sur des principes éthiques ; d'autre part, une large acceptation de la vaccination est indispensable dans l'optique d'une stratégie efficace basée sur les groupes cibles (cf. chapitre 2.3). Le caractère volontaire de la vaccination (cf. chapitre 5.3) est un principe essentiel et contribue à une bonne acceptation. Il en va de même pour la prise en charge des coûts par la Confédération (cf. chapitre 5.4).

5.1 Réflexions d'ordre éthique

L'approche stratégique décrite au chapitre 2 suit les recommandations de l'OMS à propos de l'attribution et de la priorisation des vaccins. Ces recommandations sont à leur tour fondées sur les lignes d'argumentation de groupes d'éthique reconnus [14].

En 2018 lors de la planification en cas de pandémie, centrée alors sur la grippe, une analyse de la littérature a été réalisée sur mandat de l'OFSP dans le cadre de l'établissement d'une liste des priorités et d'un calcul des contingents [15]. Cette étude traitait de la question de l'éthique et de la théorie de la justice. Au total, 17 critères éthiques ont été retenus pour déterminer comment les prestations médicales pourraient être réparties équitablement en cas de pénurie. Ces critères sont groupés en cinq catégories : (1) respecter le principe d'équité, (2) privilégier les plus démunis (principe du besoin), (3) maximiser le bénéfice général (principe d'utilitarisme), (4) promouvoir l'utilité sociale (principe d'utilité) et (5) combiner différents critères.

En cas de pénurie de vaccins ou de possibilités de se faire vacciner, telle qu'elle était escomptée lors de la mise à disposition des premiers vaccins fin 2020 mais qui peut également survenir selon l'évolution de la situation, il importe de prévoir des ordres de priorité. La priorisation prévue ainsi que les principes éthiques qui la sous-tendent sont présentés dans l'annexe 3.

Il convient ici de noter que, s'agissant des questions de priorisation en cas de pénurie, qui sont fondamentalement des questions d'équité, la perspective éthique s'accompagne d'une dimension socio-psychologique. Si la perspective éthique se comprend comme normative (par exemple « en quoi consisterait une répartition équitable ? »), la dimension socio-psychologique porte sur une observation de la manière dont est perçue l'équité (exemple : « en quoi consisterait une répartition perçue comme équitable par la population ? »). Idéalement, les arguments d'ordre éthique et la perception de l'équité se recourent. Ce n'est toutefois pas toujours le cas [12], ce qui peut donner lieu à un problème d'acceptation de certains schémas de priorisation.

Des études empiriques sur les préférences en matière d'attribution de prestations médicales rares en cas de pandémie montrent que la population est très attachée au principe « les plus malades d'abord » [16, 17] (cf. chapitre 5.2), correspondant au principe du besoin [14].

On s'attend à ce qu'à long terme, le COVID-19 devienne une maladie endémique. Il sera donc constamment présent, avec une incidence variable et des flambées épidémiques potentielles. La question qui se pose sur le plan éthique est donc la suivante : une nouvelle pénurie et, par conséquent, des questions de répartition et de priorisation, sont-elles à prévoir ? D'après les



connaissances actuelles, ce cas de figure ne peut pas être exclu, notamment en cas d'apparition de nouveaux variants entraînant des cas graves et pour lesquels ni les vaccins ni les traitements existants ne seraient suffisamment efficaces. Des pénuries seraient possibles tant qu'il n'existe pas de vaccins ou de traitements adéquats et disponibles en quantités suffisantes. Les réflexions précédemment évoquées s'appliquent également dans ce cas. Il est toutefois possible que la priorisation doive être adaptée suivant les groupes de personnes les plus touchés.

5.2 Acceptation

L'acceptation d'une vaccination dépend de nombreux facteurs (perception du risque individuel, bénéfice attendu, craintes des effets indésirables, scepticisme vis-à-vis de l'Etat et de la politique de lutte contre le COVID-19, etc.) et varie avec le temps [18].

Afin de parvenir à une acceptation élevée de la vaccination contre le COVID-19 au sein de la population, il est important que :

- a) **tous les acteurs concernés, les groupes cibles visés et le grand public reçoivent une information claire, transparente, appropriée et ciblée**, notamment sur la vaccination contre le COVID-19 (par exemple explication des nouvelles technologies vaccinales, effets indésirables), sur la stratégie et la recommandation de vaccination (par exemple explication concernant l'attribution des vaccins et les groupes prioritaires, les processus d'autorisation de mise sur le marché et les évaluations de la Commission Fédérale pour les Vaccinations -- CFV) ;
- b) **pour tous les groupes cibles, la vaccination soit volontaire** (cf. chapitre 5.3) ;
- c) toutes les personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée et qui souhaitent être vaccinées puissent y accéder facilement (cf. chapitre 5.4).

Disposition à se faire vacciner et appréciation de la priorisation de la vaccination

Les enquêtes réalisées par l'équipe ETH-ZHAW-IQVIA sur mandat de l'OFSP montrent que la disposition à se faire vacciner² a augmenté de manière constante depuis le début de la campagne de vaccination fin 2020³, plafonnant à environ 75 % en été 2022. Dans le même temps, le nombre de personnes indécises a diminué de manière continue ; il s'agit désormais de 5 % des personnes interrogées. D'autres études (par exemple réalisées par [Sotomo](#)) ont donné lieu à des résultats similaires.

Le nombre de personnes effectivement vaccinées a confirmé les résultats de l'enquête. Au sein de la classe d'âge des 16 à 64 ans, le pourcentage de personnes vaccinées ayant reçu au moins une dose de vaccin est de 77,2 % (covid19.admin.ch, état au 14.11.2022).

Il est possible que la disposition à se faire vacciner soit nettement inférieure lors de campagnes ultérieures (par exemple pour la vaccination de rappel en automne 2022).

Compte tenu du précédent chapitre 5.1, il est particulièrement intéressant d'observer quelles potentielles stratégies de vaccination sont perçues comme équitables par la population. Comme cela a été démontré, il existe une série de principes de priorisation pouvant être justifiés sur le plan éthique.

² Les personnes interrogées étaient âgées de 18 à 75 ans.

³ Cinq enquêtes ont été réalisées au total. Elles ont été réalisées en ligne auprès d'un panel. La première enquête a eu lieu au cours de la 2^e moitié de décembre 2020, la cinquième enquête a été menée au cours de la dernière semaine de décembre 2021. 3058 personnes de Suisse romande (33 %) et de Suisse alémanique (67 %) ont participé à la première enquête. Les autres enquêtes englobaient des échantillons modifiés de 1472 à 1416 personnes. Pour les cinq échantillons, les genres et les classes d'âge étaient représentés suivant des taux correspondant à ceux de la population.



Les participants aux enquêtes ont été interrogés concernant huit principes de priorisation. La hiérarchisation de certains groupes (suivant la stratégie de vaccination de la CFV), à savoir (1) les groupes à risque et personnes âgées de 65 ans et plus, suivis du (2) personnel de santé en contact étroit avec les personnes du groupe (1), puis (3) le personnel de santé restant et les services essentiels (p. ex. police, pompiers, etc.) et enfin (4) les autres personnes est perçue comme très équitable. Environ 80 % des personnes interrogées considèrent ce principe comme assez ou très équitable. Le principe de hiérarchisation consistant à favoriser les personnes vulnérables est perçu comme étant tout aussi équitable que le précédent. À l'autre extrémité du spectre, le principe consistant à administrer les doses de vaccin de manière aléatoire aux personnes qui en font la demande est perçu comme assez ou très inéquitable par 85 % des sondés. La ventilation des réponses demeure stable au fil du temps, et les légères différences peuvent être expliquées par l'évolution de la pandémie. S'agissant par exemple du principe de priorisation « fonction sociétale » (soit la priorité donnée au personnel des hôpitaux), la part de sondés percevant ce principe comme équitable est passée de 59 % à 76 % entre la première et la deuxième enquête. Ainsi, après que le taux de vaccination parmi les personnes vulnérables s'était stabilisé pour la première fois, les sondés estimaient que le personnel de santé était le deuxième groupe prioritaire.

La répartition que préfèrent les personnes interrogées correspond dans l'ensemble aux priorités définies dans la présente stratégie de vaccination en cas de pénurie de vaccins.

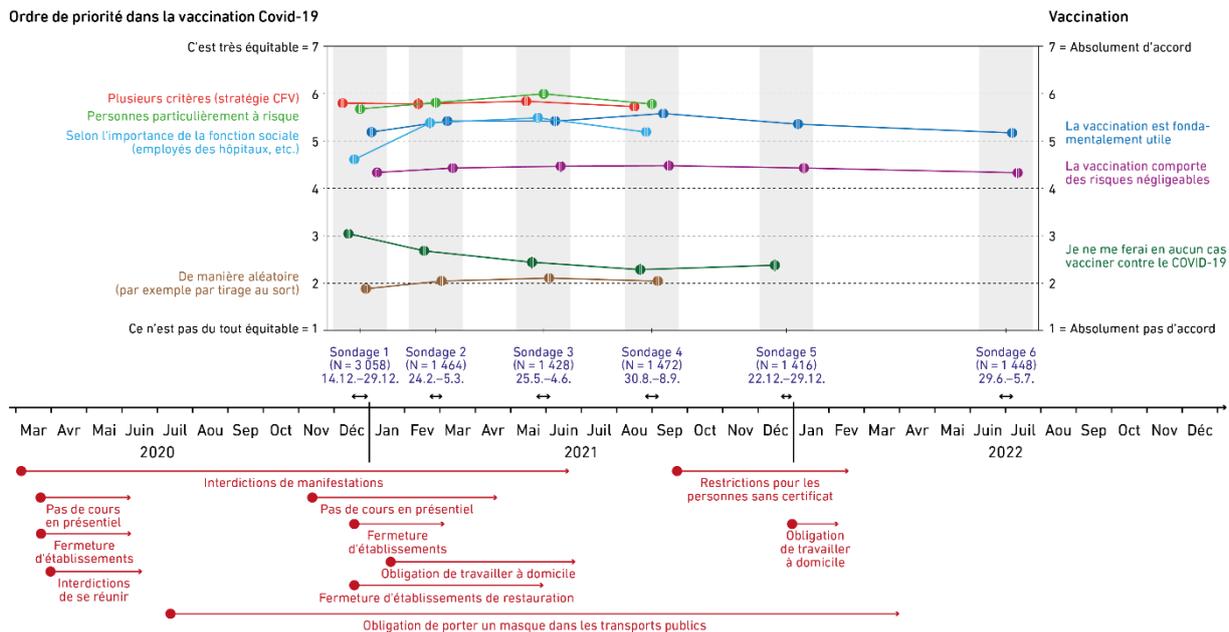


Illustration 1 : Enquête auprès de la population concernant la vaccination et la stratégie de priorisation au fil du temps⁴. Les questions relatives à la priorisation n'ont été posées que dans les quatre premières enquêtes réalisées sur cinq au total. Points : valeur moyenne ; barres verticales : intervalle de confiance.

⁴Cinq enquêtes ont été réalisées au total. Elles ont été réalisées en ligne auprès d'un panel. La première enquête a eu lieu au cours de la 2^e moitié de décembre 2020, la cinquième enquête a été menée au cours de la dernière semaine de décembre 2021. 3058 personnes de Suisse romande (33 %) et de Suisse alémanique (67 %) ont participé à la première enquête. Les autres enquêtes englobaient des échantillons modifiés de 1472 à 1416 personnes. Pour les cinq échantillons, les genres et les classes d'âge étaient représentés suivant des taux correspondant à ceux de la population.



5.3 Caractère volontaire de la vaccination

La Confédération mise également sur l'information et la sensibilisation pour la vaccination contre le COVID-19. La population suisse doit être informée de manière compréhensible et transparente. Chaque personne doit pouvoir prendre une décision personnelle sur la base d'informations claires.

La législation suisse exclut toute obligation générale de vaccination pour la population suisse. La loi sur les épidémies prévoit toutefois la possibilité, pour la Confédération et les cantons, de déclarer obligatoire la vaccination de groupes de population vulnérables, de personnes particulièrement exposées ou de personnes qui exercent certaines activités, le tout à des conditions strictes (« obligation » ou « exigence » de vaccination).⁵ Toutefois, personne ne peut être contraint à se faire vacciner (pas de « vaccination sous contrainte »).

5.4 Prise en charge du coût de la vaccination contre le COVID-19

Toute vaccination recommandée dans le but de lutter contre une épidémie en Suisse est gratuite pour la population. La vaccination contre le COVID-19 réalisée pour d'autres motifs est accessible moyennant paiement. Pour en savoir plus, consulter la [Fiche d'information Financement de la vaccination contre le COVID-19](#).

6 Bases légales et responsabilité

La présente stratégie de vaccination COVID-19 repose sur la compétence et l'obligation de l'OFSP de publier des directives et recommandations de vaccination visant à lutter contre les maladies transmissibles (art. 20, al. 1, et art. 9, al. 3, de la loi sur les épidémies [LEp ; RS 818.101]). Pour des informations détaillées concernant les questions juridiques et de responsabilité, cf. annexe 4.

⁵ Art. 6, al. 2, let. d et art. 22 LEp



Referenzen

- 1 Treskova-Schwarzbach M, Haas L, Reda S, Pilic A, Borodova A, Karimi K et al. Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. *BMC medicine* 2021;19(1):212. 10.1186/s12916-021-02058-6.
- 2 Malle L, Gao C, Hur C, Truong HQ, Bouvier NM, Percha B et al. Individuals with Down syndrome hospitalized with COVID-19 have more severe disease. *Genetics in medicine official journal of the American College of Medical Genetics* 2021;23(3):576–80. 10.1038/s41436-020-01004-w.
- 3 Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Hemingway H, Hippisley-Cox J. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study of 8 Million Adults. *Ann Intern Med* 2021;174(4):572–6. 10.7326/M20-4986.
- 4 Takla A, Matysiak-Klose D, Bogdan C, Harder T, Ledig T, Neufeind J et al. Empfehlung und Begründung der STIKO zur Impfung gegen COVID-19 von Schwangeren und Stillenden 2021(38):10–29.
- 5 Chinn J, Sedighim S, Kirby KA, Hohmann S, Hameed AB, Jolley J et al. Characteristics and Outcomes of Women With COVID-19 Giving Birth at US Academic Centers During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open* 2021;4(8):e2120456. 10.1001/jamanetworkopen.2021.20456.
- 6 Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2020;370:m3320. 10.1136/bmj.m3320.
- 7 Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA pediatrics* 2021;175(8):817–26. 10.1001/jamapediatrics.2021.1050.
- 8 La Verde M, Riemma G, Torella M, Cianci S, Savoia F, Licciardi F et al. Maternal death related to COVID-19: A systematic review and meta-analysis focused on maternal co-morbidities and clinical characteristics. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2021;154(2):212–9. 10.1002/ijgo.13726.
- 9 Al-Aly Z, Bowe B, Xie Y. Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. *Nature medicine* 2022;28(7):1461–7. 10.1038/s41591-022-01840-0.
- 10 Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K et al. Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *The Lancet. Public health* 2021;6(9):e683-e691. 10.1016/S2468-2667(21)00160-2.
- 11 Ridder D de, Sandoval J, Vuilleumier N, Azman AS, Stringhini S, Kaiser L et al. Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in public health* 2020;8:626090. 10.3389/fpubh.2020.626090.
- 12 World Health Organization. WHO SAGE ROADMAP FOR PRIORITIZING USES OF COVID-19 VACCINES IN THE CONTEXT OF LIMITED SUPPLY: An approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios.
- 13 World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020.
- 14 Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England journal of medicine* 2020;382(21):2049–55. 10.1056/NEJMs2005114.
- 15 Krütli P, Smieszek T, Fuchsli RM, Eschle P. Prioritätenliste und Kontingentberechnung – Pandemievorbereitung in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). TdLab ETH. Zürich: <https://docplayer.org/176579689-Prioritaetenliste-und-kontingentberechnung.html>.
- 16 Krütli P, Rosemann T, Törnblom KY, Smieszek T. How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People. *PloS one* 2016;11(7):e0159086. 10.1371/journal.pone.0159086.



- 17 Grover S, McClelland A, Furnham A. Preferences for scarce medical resource allocation: Differences between experts and the general public and implications for the COVID-19 pandemic. *British journal of health psychology* 2020;25(4):889–901. 10.1111/bjhp.12439.
- 18 Rawls J. *A theory of justice* (1999 revised ed.): Oxford N.Y: University Press; 1971.



7 Annexe 1 : objectifs, groupes cibles associés avec objectifs de vaccination spécifiques et propriétés requises des vaccins

Ce tableau présente les groupes cibles évoqués au chapitre 2.3 tels qu'ils ont été utilisés jusqu'à l'apparition du variant Omicron. **Suivant la situation épidémiologique, tous les groupes n'entrent pas en ligne de compte (comme en automne 2022) car la protection contre la contamination et la transmission est limitée en fonction des variants du virus prévalents.**

Couverture vaccinale des groupes à risque selon la stratégie de vaccination : dans l'optique d'atteindre les objectifs principaux, il importe de viser la couverture vaccinale la plus élevée possible parmi les personnes vulnérables et le personnel de santé et d'encadrement, laquelle sera complétée avec les doses de rappel si la situation épidémiologique l'exige.

Si les vaccins offrent **une protection efficace contre** la transmission en plus d'une protection contre la maladie et la contamination, il est possible d'envisager la vaccination de classes d'âge spécifiques jouant un rôle important dans la propagation de la maladie et en vue d'atteindre des taux de couverture vaccinale élevés, l'objectif étant de réduire la fréquence de la transmission à moyen ou long terme.

Version initiale du tableau 2 (cf. chapitre 2.3)

Objectif	Groupes cibles ⁶ (par ordre de priorité)	Objectifs par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
Groupes à risque : Protection individuelle des personnes vulnérables contre les formes graves et mortelles de la maladie ; maintien du fonctionnement du système de santé, encadrement et soins des personnes vulnérables	1) Personnes vulnérables (PV) : Adultes ≥ 65 ans Personnes de 16 à 64 ans avec certaines maladies chroniques et autres affections, femmes enceintes (voir la liste des catégories)	a) Protection directe des personnes vaccinées contre les formes graves de COVID-19 (réduction/prévention des hospitalisations et des décès). Des études observationnelles montrent que cette protection est très élevée (plus de 90 %), mais limitée dans le temps.	Efficacité chez les personnes âgées et en cas de comorbidité. Prévention des formes graves. Rapport bénéfice-risque favorable ⁷
	2) Personnel de santé au contact de patients et Personnel d'encadrement des personnes vulnérables	a) Protection directe des personnes vaccinées contre les évolutions bénignes fréquentes et les évolutions graves rares	a) Réduction des hospitalisations dues au COVID-19 ; bonne sécurité/tolérance b) Réduction de toutes les infections

⁶ Définition des groupes cibles et du nombre de personnes par groupe, voir annexe 2.

⁷ En raison du risque élevé de complications dues à la maladie, le bénéfice de la vaccination est tel qu'un risque plus haut de survenue d'effets indésirables de la vaccination chez les PV par rapport aux personnes non vulnérables est acceptable.



Objectif	Groupes cibles ⁶ (par ordre de priorité)	Objectifs par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
		(initialement contre les infections également) b) Maintien du fonctionnement du système de santé (moins d'absentéisme lié au COVID-19) c) Protection indirecte des PV et réduction de l'absentéisme en diminuant les transmissions	au SARS-CoV-2. Efficacité contre la transmission ; bonne sécurité/tolérance
	3) Personnes en contact étroit avec, en particulier, des PV immunosupprimées (membres du même ménage dès 16 ans, proches aidants)	a) Protection directe des personnes vaccinées contre les évolutions bénignes fréquentes et les évolutions graves rares (initialement contre les infections également) b) Maintien de la prise en charge des PV immunosupprimées (pas d'hospitalisations des PV pour soins impossibles à domicile) c) Protection indirecte de ces PV par la réduction de la transmission (et initialement contre les infections également)	a) Réduction des hospitalisations dues au COVID-19 et contre les formes bénignes du COVID-19 ; bonne sécurité/tolérance b) Réduction de toutes les infections au SARS-CoV-2. Efficacité contre la transmission ; bonne sécurité/tolérance
	4) Personnes de 16 à 64 ans* dans des structures communautaires présentant un risque accru d'infection et de flambées (résidents de différents groupes d'âges) * Résidents et personnel qui ne sont pas encore vaccinés (non couverts par les groupes cibles 1 et 3)	a) Protection directe des personnes vaccinées des formes graves (réduction/prévention des hospitalisations et des décès) b) Prévention des flambées par la réduction des transmissions (et initialement des infections également). Sont concernées les structures communautaires présentant un risque accru d'infection et de transmission en raison de la difficulté à respecter les mesures de protection	a) Efficacité chez les personnes âgées et en cas de comorbidité. Prévention des formes graves. Rapport bénéfice-risque favorable b) Efficacité contre la transmission. Bonne sécurité/tolérance



Objectif	Groupes cibles ⁶ (par ordre de priorité)	Objectifs par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
		accompagnée d'une part accrue de personnes présentant des risques de complications (p. ex. établissements de privation de liberté, foyers pour personnes en situation de handicap)	
Protection individuelle et Réduction de la transmission au sein de la population	5) Toutes les personnes de 16 à 64 ans (ne rentrant pas dans les catégories 1 à 4) qui désirent se faire vacciner (stratification éventuelle par tranches d'âge décroissantes)	a) Protection directe contre les évolutions bénignes fréquentes et les évolutions graves rares (initialement contre les infections également) b) Réduction des maladies en cas de risque accru d'exposition professionnelle c) Réduction de l'absentéisme par la diminution des infections et de la transmission (moins de personnes isolées et donc pas de quarantaine nécessaire) d) Réduction des conséquences indirectes individuelles et collectives de la pandémie de SARS-CoV-2 en réduisant les transmissions	a) Réduction des hospitalisations dues au COVID-19 et contre les formes bénignes du COVID-19 ; bonne sécurité/tolérance b) Réduction de toutes les infections au SARS-CoV-2. Efficacité contre la transmission
Protection individuelle et Réduction de la transmission au sein de la population	6) Adolescents de 12 à 15 ans qui désirent se faire vacciner	a) Protection directe des personnes vaccinées contre les évolutions bénignes fréquentes et les évolutions graves rares en cas d'exposition fréquente (école, loisirs, etc.) b) Réduction des conséquences indirectes individuelles et collectives (isolement / quarantaine) en cas	a) Réduction des hospitalisations dues au COVID-19 et contre les formes bénignes du COVID-19 ; bonne sécurité/tolérance b) Réduction de toutes les infections au SARS-CoV-2. Efficacité contre la transmission



Objectif	Groupes cibles ⁶ (par ordre de priorité)	Objectifs par groupe cible	Propriétés requises des vaccins
		d'exposition fréquente. En cas d'efficacité du vaccin contre la contamination et la transmission, la vaccination des adolescents pourrait contribuer à réduire la transmission du virus aux PV	
Protection individuelle et réduction de la transmission au sein de la population	7) Enfants de 5 à 11 ans si les parents/personnes chargées de l'éducation désirent que l'enfant soit vacciné en raison du rapport bénéfice-risque individuel	a) Protection contre les évolutions quasiment toujours bénignes et les évolutions graves extrêmement rares de COVID-19 ou contre les complications b) Réduction des conséquences indirectes individuelles et collectives (isolement / quarantaine) en cas d'exposition fréquente. La vaccination des enfants pourrait, en cas d'efficacité du vaccin contre les infections et la transmission, contribuer à réduire la transmission du virus aux membres du même ménage et en particulier aux PV	a) Réduction des hospitalisations dues au COVID-19 et contre les formes bénignes du COVID-19 ; bonne sécurité/tolérance b) Réduction de toutes les infections au SARS-CoV-2. Efficacité contre la transmission



8 Annexe 2 : définition des groupes cibles et estimation du nombre de personnes

Groupes cibles		Nombre de personnes concernées
1. Personnes vulnérables (PV) Total : env. 2 227 400 personnes	<ul style="list-style-type: none"> Adultes ≥ 65 ans notamment : <ul style="list-style-type: none"> a) Résidents d'établissements de soins médico-sociaux (EMS) : âge 65-74 : 15 610 ; âge 75-84 : 46 530 ; âge 85-94 : 78 410 ; âge 95+ : 16 310 b) À domicile, partiellement avec service de soins à domicile : âge 65-74 : 815 100 ; âge 75-84 : 499 420 ; âge 85-94 : 132 750 ; âge 95+ : 1680) 	Env. 1 605 800 a) EMS : total max. 160 000 b) À domicile : total 1 448 945
	<ul style="list-style-type: none"> Personnes de 16 à 64 ans avec des maladies chroniques (sous-répartition selon le « haut risque », cf. tableau 2 des recommandations de vaccination) Femmes enceintes Personnes atteintes de trisomie 21 	Env. 621 600⁸
2. Personnel de santé au contact de patients et Personnel d'encadrement des personnes vulnérables	Liste non exhaustive et sans ordre hiérarchique (voir recommandation spécifique pour ce groupe cible) <ul style="list-style-type: none"> a) <u>EMS et institutions de soins</u> : personnel soignant (86 000) / d'encadrement : env. 40 000, médecins : 1800, personnel autre : 42 000 b) <u>Foyers pour personnes handicapées</u> : personnel soignant et d'encadrement de personnes vulnérables c) <u>Hôpitaux généraux et cliniques spécialisées</u> : personnel infirmier 68 600, médecins 24 200, autre personnel non médical 75 700 d) <u>Service de soins à domicile</u> : personnel de soins e) <u>Cabinets médicaux</u> : médecins (24 420), assistantes médicales en cabinet et autre personnel soignant non médical (29 410) f) Services d'urgence (personnel sanitaire de sauvetage et de transport : 3200, REGA : 385), protection civile et civilistes, personnel militaire (1000) : si en contact avec des patients ou encadrement de personnes vulnérables g) Physiothérapie et ostéopathie en ambulatoire h) Sages-femmes en ambulatoire i) Ergothérapie / logopédie en ambulatoire j) Chiropracteurs en ambulatoire k) <u>Cabinets dentaires</u> : dentistes 4400, personnel d'assistance en cabinet env. 6000 l) <u>Pharmacies</u> : pharmaciens et personnel 	Env. 560 000 (PV < 65 ans compris) <ul style="list-style-type: none"> a) En contact avec des PV : env. 126 000 b) Env. 46 000 (prise en charge 1:1) c) Env. 168 500 au total d) Env. 30 100 e) 135 900 au total f) Env. 5000 g) 6960 + 1400 (env.) h) Env. 1530 i) Env. 4800 j) Env. 310 k) Env. 10 400 l) Env. 21 700
3. Personnes en contact étroit avec, en	Membres du même ménage et proches aidants	Env. 1 243 000

⁸ Total selon les informations provenant de diverses sources, généralement des sociétés professionnelles suisses et des organisations de patients. Selon l'OBSAN, Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2017 : 28,7 % de la population suisse âgée de 15 à 64 ans présente au moins une maladie préexistante à risque, soit environ 2 millions de personnes. Toutefois, une grande partie d'entre elles n'appartient pas à un groupe présentant un risque COVID-19 fortement accru. ESS 2017 : entre 35 et 44 ans, 1 % des personnes interrogées présentent au moins deux maladies préexistantes à risque, ce chiffre passant à 4 % entre 45 et 54 ans et à 9 % entre 55 et 64 ans. (www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/coronavirus-maladies-risque-et-groupe-risque-age-15).



Groupes cibles		Nombre de personnes concernées
particulier, des PV immunosupprimées		(= 2x PV<65 ans), PV <65 ans compris
4. Personnes de 16 à 64 ans (qui ne sont pas des PV) au sein d'établissements communautaires présentant un risque accru d'infection et de flambée (mixité des âges parmi les habitants)	Résidents et personnel dans des foyers et structures pour personnes handicapées, cliniques de soins psychosomatiques et psychiatriques : au total env. 63 000 personnes Établissements de privation de liberté, centres d'asile et lieux d'hébergements collectifs cantonaux, foyers pour sans-abris	Env. 100 000 (sans PV)
Total groupes cibles 1 à 4 : env. 3,5 à 4 millions de personnes		
5. Groupe cible	a) 16 à 64 ans b) 50 à 64 ans c) 16 à 49 ans sont compris : services diplomatiques en Suisse et à l'étranger selon le DFAE 6000	a) Env. 5 600 000 b) Env. 1 800 000 c) Env. 3 800 000
6. Groupe cible	12 à 15 ans	Env. 335 000
7. Groupe cible	5 à 11 ans	Env. 615 000



9 Annexe 3 : schéma de priorisation possible des vaccins en cas de disponibilité limitée (groupes prioritaires) suivant la stratégie au moment de la mise à disposition des premiers vaccins lors de la pandémie fin 2020

L'ordre de priorité général recommandé (cf. tableau ci-dessous) se fonde sur les recommandations de l'OMS concernant la répartition (2020) [13] et la hiérarchisation (2021) [12] des groupes cibles de vaccination en cas de disponibilité limitée des vaccins contre le COVID-19. Il tient compte des principes éthiques expliqués ci-dessous ainsi que des effets pertinents des facteurs suivants dans le cadre de la stratégie :

- le risque de mortalité et de complications par âge (effet sur l'objectif principal 1, cf. chapitre 2.1) ;
- le maintien des capacités du système de santé et la surcharge du personnel dans les secteurs particulièrement affectés par la pandémie, comme les hôpitaux de soins aigus et les structures assurant les soins et l'encadrement des personnes vulnérables (objectif principal 2 de la stratégie de vaccination) ;
- le risque d'exposition et la capacité à prévenir les flambées (objectifs principaux 1 et 2 de la stratégie de vaccination).

Principes éthiques concernant la priorisation :

L'ordre de priorité des groupes cibles proposé au chapitre 2 et le schéma de priorisation exposé ici ont pour objectif principal de limiter les formes graves et mortelles de COVID-19. Ils permettent également de maintenir directement ou indirectement le fonctionnement du système de santé. Le schéma de priorisation est en premier lieu fondé sur le principe « les plus malades d'abord » (groupe prioritaire P1 : personnes vulnérables, cf. tableau ci-dessous). Ce schéma est axé sur les principes directeurs de spécialistes de renom en matière d'équité [14, 18]. En second lieu, le schéma de vaccination proposé s'appuie sur le principe précédemment évoqué de maximisation des bénéfices en protégeant indirectement le système hospitalier de la surcharge.

La priorité donnée au groupe P2 (personnel de santé au contact de patients / personnel d'encadrement des PV, cf. tableau ci-dessous) peut être comprise comme une « valeur instrumentale » (mesures stratégiques pour protéger les groupes importants sur le plan systémique qui sont au contact de groupes cibles vulnérables). Dans ce contexte, la priorité est donnée à un groupe de personnes important pour le maintien du fonctionnement du système de santé. Ce principe peut également se rapporter à la maximisation des bénéfices. En outre, les personnes de ce groupe prennent un risque pour l'intérêt général car leur propre risque de contamination peut être accru. Ce risque supplémentaire est pris en compte au moyen de la priorisation. S'agissant du groupe P3 (contacts étroits avec, en particulier, des PV immunosupprimées) et du groupe P4 (institutions communautaires présentant un risque accru d'infection et de flambées), l'association à un principe éthique de répartition est la plus difficile à justifier suivant la situation épidémiologique et les propriétés des vaccins. Des contacts étroits avec des personnes vulnérables (P3) ne peuvent être des justifications que dans la perspective où ces fonctions notamment d'encadrement (et sociales) sont assumées et revêtent donc une « valeur instrumentale ». Ces fonctions sont par conséquent similaires à celles du personnel de santé au contact des patients.

S'agissant du groupe P4, on suppose que la règle de distance ne peut pas ou difficilement être respectée, et qu'un risque de contamination accru existe suivant la situation épidémiologique et les propriétés du vaccin, ce qui chez certaines personnes peut entraîner



des complications médicales. On peut également avancer que finalement, un traitement prioritaire favorise le maintien du fonctionnement du système de l'institution (valeur instrumentale). Cet argument vaut toutefois aussi pour d'autres institutions que celles mentionnées ici.

Schéma de priorisation recommandé en cas de disponibilité limitée des vaccins pour protéger les personnes vulnérables

Groupes prioritaires (groupes P1 à P4 par ordre hiérarchique décroissant en fonction de la disponibilité des vaccins).	
P1	Personnes vulnérables conformément au document « Catégories de personnes vulnérables » Priorisation au sein de ce groupe de personnes : <ol style="list-style-type: none">1. Personnes de 75 ans ou plus2. Personnes atteintes de maladies chroniques à haut risque (cf. tableau)3. Personnes de 65 ans ou plus4. Personnel de soins et d'encadrement, ensemble du personnel au contact de résidents d'établissements pour personnes âgées (dans la mesure du possible, vaccination en même temps que les résidents)5. Personnes de 16 ans ou plus au sein des « Catégories de personnes vulnérables »
P2	Personnel de santé au contact des patients / personnel d'encadrement des PV (si ces personnes ne sont pas encore vaccinées au sein du groupe P1)
P3	Contacts étroits (membres du même ménage de 16 ans ou plus, proches aidants) avec, en particulier, des PV immunosupprimées (si ces personnes ne sont pas encore vaccinées au sein des groupes P1 et P2)
P4	Personnes de 16 à 64 ans vivant dans des institutions communautaires présentant un risque accru d'infection et de flambées (si ces personnes ne sont pas encore vaccinées au sein des groupes P1, P2 et P3)

Indications concernant les groupes prioritaires :

Vaccination des personnes âgées de 75 ans ou plus et de 65 ans ou plus : ces classes d'âge présentent le risque de complications et de mortalité le plus élevé (en raison de l'âge et de maladies préexistantes). Il est donc possible d'éviter un grand nombre de décès et d'hospitalisations. Il est facile de mettre en œuvre et de communiquer une indication suivant la classe d'âge.

Vaccination des **adultes de 65 ans ou plus dans des établissements pour personnes âgées (maisons de retraite) et des établissements médico-sociaux, et vaccination simultanée du personnel dans la mesure du possible** : outre le risque élevé de complications et de décès, ce groupe présente aussi un risque accru d'exposition à la maladie. La vaccination des personnes appartenant à ce groupe peut donc contribuer à réduire la surcharge du personnel et du système de santé (domaine de l'encadrement et des soins) et à prévenir les flambées.

Vaccination des personnes âgées de 16 à 64 ans présentant des maladies préexistantes (PV) : ces personnes présentent un risque de complications et de mortalité plus faible que les



personnes de 65 ans ou plus et requièrent moins souvent un traitement en unité de soins intensifs.

La priorisation des groupes P3 et P4 par rapport au reste de la population de 16 ans et plus (groupe cible 5, cf. annexe 2) est à prévoir si les vaccins sont efficaces contre la contamination et la transmission.



10 Annexe 4 : données détaillées concernant les bases légales et la responsabilité

Mise en œuvre de la vaccination

La vaccination consiste à administrer un médicament soumis à ordonnance. Le droit fédéral définit à cet égard uniquement les conditions-cadre (cf. art. 24, al. 3, de la loi sur les produits thérapeutiques [LPTh] et art. 52 de l'ordonnance sur les médicaments [OMéd]). Une autorisation cantonale est nécessaire pour désigner les spécialistes pouvant administrer des médicaments soumis à ordonnance de manière autonome. Il est de la responsabilité du spécialiste concerné de définir la manière dont sera rempli le devoir de diligence (cf. art. 3 et 26 LPTh ; art. 40 de la loi sur les professions médicales [LPMéd] ; art. 16 de la loi sur les professions de la santé [LPSan]). Dans ce contexte, toutes les informations disponibles sont à prendre en considération.

À cela s'ajoute un autre élément central, à savoir l'obligation d'informer les patients et d'obtenir leur consentement. Le spécialiste responsable doit informer la personne souhaitant se faire vacciner, notamment sur les risques et les effets secondaires associés à la vaccination afin que cette personne puisse donner son consentement en connaissance de cause. Les données fournies sont conformes au contenu des informations professionnelles et comprennent également les informations relatives à une éventuelle utilisation hors étiquette. Il est important que la personne souhaitant se faire vacciner reçoive toutes les informations nécessaires afin de pouvoir jauger les avantages et les inconvénients avant de décider de se faire vacciner ou non (consentement éclairé). L'information et le consentement doivent être consignés.

La surveillance de l'exercice de la profession relève de la responsabilité des cantons.

Dans l'ensemble, il convient de noter ce qui suit : le spécialiste médical responsable peut administrer le vaccin lui-même ou le faire administrer par des personnes auxiliaires sous sa surveillance. Bien que l'administration d'un vaccin puisse être déléguée, par exemple à des personnes formées (tels que des professionnels de la santé, des assistants médicaux ou des soldats sanitaires), la responsabilité de la mise en œuvre de la vaccination incombe en permanence au spécialiste responsable. Le spécialiste responsable peut également déléguer l'obligation d'informer (cf. guide pratique de l'ASSM « Bases juridiques pour le quotidien du médecin »⁹). Il demeure toutefois responsable de l'information dans le cadre du devoir de diligence. Cet aspect se retrouve également dans la responsabilité du spécialiste concerné à l'égard de ses auxiliaires (art. 101 du droit des obligations). La sécurité des patients doit être garantie à tout moment. Ce principe importe tout particulièrement du point de vue de la responsabilité.

Dans le cadre de la mise en œuvre par les cantons, les modalités de la réalisation de la vaccination (centre de vaccination, équipe mobile, cabinets médicaux, pharmacies, personnel de soins, etc.) doivent être réglementées par le canton.

Quand y a-t-il un dommage consécutif à une vaccination ?

Les réactions courantes après une vaccination (p. ex. réactions locales au point d'injection, douleurs musculaires, douleurs articulaires, maux de tête) ou des effets secondaires indésirables (p. ex. irritabilité accrue) ne sont pas tous considérés, du point de vue juridique, comme des dommages consécutifs à une vaccination et, par conséquent, n'engagent pas la responsabilité du fabricant ou du service de vaccination.

⁹ Disponible à l'adresse <http://www.samw.ch> > Publications > Guides pratiques. Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique



On entend par dommage grave consécutif à une vaccination des atteintes graves et durables à la santé de la personne vaccinée qui conduisent à un dommage selon la page [OFSP](#) (c'est-à-dire une diminution de patrimoine).

Qui répond des dommages consécutifs à une vaccination ?

Si les dommages sont consécutifs à un vaccin acquis et recommandé par la Confédération, la responsabilité est d'abord régie par les dispositions usuelles applicables en matière de responsabilité, comme c'est le cas pour les autres médicaments ou vaccins.

En cas de dommages consécutifs à une vaccination, il peut y avoir une responsabilité du fabricant du vaccin (a), du site de vaccination (responsabilité contractuelle ou de l'État) (b) et, à titre subsidiaire, de la Confédération au titre de la loi sur les épidémies (responsabilité subsidiaire) (c) :

a) Responsabilité du fabricant du vaccin (responsabilité du fait des produits)

Le fabricant du vaccin répond du dommage en vertu de la loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits (LRFP ; RS 221.112.944).

b) Responsabilité du site de vaccination (responsabilité contractuelle ou de l'État)

La responsabilité du médecin qui exerce dans un cabinet privé ou une clinique privée est régie par le code des obligations, en particulier par les dispositions relatives au mandat (s'il exerce dans un hôpital public, les conditions de la responsabilité sont semblables, mais celle-ci est régie par le droit cantonal sur la responsabilité des collectivités publiques). La pharmacie qui réalise la vaccination est tenue au même devoir de diligence que le corps médical (art. 26, al. 1, de la loi sur les produits thérapeutiques [LPT_h ; RS 812.21]). S'agissant de la vaccination contre le COVID-19, les mêmes règles que pour tous les autres vaccins s'appliquent concernant l'information des patients. La responsabilité du service ou de la personne qui réalise la vaccination n'est engagée qu'en cas de manquement au devoir de diligence et si les autres conditions de la responsabilité sont remplies (notamment, s'il s'agit d'une relation contractuelle : violation du contrat, lien de causalité adéquat, faute et s'il s'agit de la responsabilité de l'État : illicéité et lien de causalité adéquat). Il revient aux autorités et aux tribunaux cantonaux de décider au cas par cas si et dans quelle mesure il pourrait exister une violation du devoir de diligence engageant la responsabilité.

c) Indemnisation par la Confédération (responsabilité subsidiaire)

L'indemnisation par la Confédération n'entre en ligne de compte que lorsqu'une personne a subi un préjudice consécutif à une vaccination ordonnée ou recommandée par les autorités (cf. art. 64 LEP). Toutefois, l'indemnisation n'est accordée que si le dommage n'est pas couvert autrement (« responsabilité subsidiaire »). En vertu de l'art. 64, al. 1, LEP, la Confédération accorde une indemnisation ou une réparation morale en cas de dommage consécutif à une vaccination¹⁰.

L'OFSP publie des recommandations de vaccination et des directives concernant la lutte contre les maladies transmissibles (art. 20, al. 1, LEP ; art. 9, al. 3, LEP). Le fait que l'OFSP, en collaboration avec la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), élabore et publie des recommandations de vaccination n'engage pas pour autant la responsabilité de l'OFSP ou de la CFV, car le corps médical n'est pas tenu d'observer ces directives et recommandations.

¹⁰ Des informations complémentaires et les documents en lien avec l'indemnisation et la réparation morale peuvent être consultés ici sur le site de l'OFSP.