HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Procès-Verbal

DE LA COMMISSION TECHNIQUE DES VACCINATIONS

Séance ordinaire du mardi 7 juillet 2026

Diffusion interne : Collège, Directeurs, membres du SESPEV et du SEM

Diffusion externe : Membres de la Commission, Ministère, Publication internet

Ordre du jour

- **Ouverture de la réunion**
- **Rappel sur les liens d'intérêt : déports ?**
- **Retour de la consultation publique – Révision de la stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoques**
- **Avis vaccin pédiatrique Covid-19 : Comirnaty 10 µg chez les 6 mois-4 ans**
- **Retour de la consultation publique – Recommandation de la stratégie de vaccination contre les encéphalites à tiques**
- **Points divers**
- **Conclusion et fin de séance**

Participants

Membres professionnels
Mme CRÉMIEUX Anne-Claude, Présidente
M. COCHAT Pierre, Vice-Président (excusé)
M. GRIMPREL Emmanuel, Vice-Président
M. BAGUELIN Marc, Chercheur universitaire
Mme BAYEUX-DUNGLAS Marie-Cécile, Médecin du travail
M. BELEC Laurent, Microbiologiste
Mme CARCELAIN Guislaine, Immunologiste
Mme CATEAU Chantal, Formatrice sanitaire médico-social
M. CHIDIAC Christian, Infectiologue
M. De TRUCHIS Pierre, Infectiologue
Mme ESCOLANO Sylvie, Biostatisticienne
Mme GARNIER Valérie, Pharmacienne
M. LE GOFF Jérôme, Microbiologiste
Mme LEBLANC Judith, Infirmière

M. LELIEVRE Jean-Daniel, Immunologiste
M. LÉVY-BRUHL Daniel, Santé publique et Épidémiologiste
Mme MURA Marie, Immunologiste
M. PAUL Stéphane, Immunologiste
Mme QUELET Sylvie, Santé publique et Epidémiologiste
M. ROMAIN Olivier, Pédiatre
Mme ROSSIGNOL Louise, Médecine générale
Mme ROUBAUD BAUDRON Claire, Gériatre
M. SEBBAN Sydney, Pédiatre
M. WARD Jérémy, Sociologue

Membres institutionnels
M. PIEL Clément, DGS
Mme DELOFFRE-MATHIEU Isabelle, DGS
Mme CASANOVA Sophie, DGS
M. CROMMELYNCK Samuel, ANSM
Mme HENRY Sabine, HCSP
Mme ZANETTI Laura, Santé publique France
M. CROS Mickaël, DGS

DEAI/SESPEV

Rédaction
Ubiqus

Ouverture de la réunion

La séance est ouverte à 9 heures 35 sous la présidence d'Anne-Claude CRÉMIEUX.

Rappel sur les liens d'intérêt : déports ?

Trois déports en raison de liens d'intérêt sont recensés pour la révision de la stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoques.

Retour de la consultation publique – Révision de la stratégie de vaccination contre les infections à pneumocoques

SESPEV

L'objectif de la démarche est, d'une part, de déterminer la place du VPC20 dans la stratégie pédiatrique, et d'autre part, de préciser la stratégie adulte, en particulier la place préférentielle entre VPC20 et VPC21.

Sur le plan épidémiologique, la révision de la stratégie vaccinale est justifiée par la progression des infections invasives à pneumocoque depuis 2015. Des niveaux dépassant la période prépandémique du Covid-19 ont été atteints en 2024, avec surreprésentation des cas chez les nourrissons de moins de 1 an et les adultes de plus de 65 ans.

Dans ce contexte épidémiologique et vaccinal, des recommandations provisoires ont été élaborées et adoptées à l'unanimité par la CTV en avril. Elles ont été soumises à consultation publique des parties prenantes entre le 7 et le 25 mai.

Pour les nourrissons, y compris les prématurés, il était proposé de remplacer le schéma actuel par une administration du VPC20 selon un schéma à 4 doses (2,4,6 et 11 mois, soit un schéma 3+1). Pour les enfants à risque de 15 mois à moins de 18 ans, il était proposé d'utiliser le VPC20 selon l'AMM en s'appuyant sur l'avis d'un groupe de travail spécifique. Enfin, chez les adultes de 18 à 64 ans à risque et les adultes de 65 ans et plus, il était proposé d'utiliser préférentiellement le VPC21 avec une dose unique.

La consultation publique avait pour objectif de recueillir l'avis des principaux acteurs de la vaccination, en complément des travaux conduits par les experts de la HAS, et de finaliser le projet de recommandations en tenant compte des propositions des parties prenantes. Au total, 35 contributions, couvrant une pluralité d'acteurs, ont été analysées.

Les niveaux d'accord sont élevés, avec une majorité des répondants favorables aux trois recommandations. Certaines divergences méritent cependant d'être examinées plus en détail, notamment celles exprimées par les deux laboratoires. Pfizer a exprimé un accord élevé pour les recommandations pédiatriques mais un avis plus réservé pour la recommandation adulte. À l'inverse, MSD a exprimé son désaccord pour les recommandations pédiatriques mais a approuvé la recommandation adulte.

Pfizer défend le maintien d'une double offre VPC20/VPC21, en lien avec les incertitudes sur l'évolution épidémiologique et la possible réémergence des sérotypes couverts uniquement par le VPC20. Quant à MSD, il propose un scénario mixte VPC15/VPC-20 pour les nourrissons, notamment au regard des enjeux d'approvisionnement. Pour les enfants à risque

à partir de 2 ans, il souligne également l'intérêt potentiel du VPC21 pour lequel il vient de recevoir une extension d'AMM.

Deux points principaux ont été soulevés lors de la consultation. Le premier concerne la demande de données supplémentaires permettant de justifier les recommandations provisoires. Toutefois, le rapport contient déjà l'ensemble des données disponibles. Les vaccins ne sont pas utilisés depuis suffisamment longtemps pour avoir des données en vie réelle à l'exception d'une étude menée auprès d'adultes aux États-Unis.

Le deuxième concerne la mise en place d'un programme de rattrapage vaccinal pour les adultes à risque ou âgés de 65 ans et plus ayant déjà reçu le VPC20 depuis la première recommandation de 2022. L'argument avancé est la couverture d'un plus grand nombre de sérotypes par le VPC21. D'un point de vue éthique, le fait d'avoir reçu un vaccin offrant une protection moins étendue ne devrait pas limiter l'accès à un vaccin plus récent.

Plusieurs arguments peuvent aller à l'encontre de la mise en œuvre d'un programme de rattrapage vaccinal, en particulier l'absence de données justifiant sa pertinence. Le coût serait en outre élevé et l'invitation des personnes concernées à se faire revacciner pourrait poser des problèmes logistiques. Si cette évolution était malgré tout recommandée, il faudrait préciser l'intervalle entre les deux doses et la justifier.

Rapporteur

Le principal sujet à traiter concerne le rattrapage. Un aspect important, qui n'a d'ailleurs pas du tout été abordé, est celui des nourrissons qui se trouvent en cours de schéma vaccinal avec le VPC13 ou le VPC15, en distinguant ceux dont la primovaccination est complète et ceux pour lesquels elle est incomplète. Il existe un enjeu de protection directe, qui perdurera pendant un ou deux ans après la mise en place de la nouvelle stratégie vaccinale.

Certains pays ont fait d'emblée un rattrapage, comme l'Angleterre, et d'autres, comme les Pays-Bas, ont attendu que les nourrissons grandissent et bénéficient de leur rappel. La comparaison des résultats entre ces deux approches suggère que le rattrapage permettrait de faire baisser l'incidence des IIP beaucoup plus rapidement chez le nourrisson.

Rapporteur

Le rapport est d'une grande qualité et fait référence en matière de vaccination contre les infections à pneumocoques mais il n'insiste peut-être pas suffisamment sur l'intérêt d'une couverture vaccinale optimale chez l'adulte. C'est le facteur principal pour diminuer le nombre de cas, plus que l'élargissement du nombre de sérotypes couverts avec le VPC21. Dans ce contexte, l'organisation de la vaccination doit être la plus simple possible et il faut éviter de brouiller les messages en recommandant un rattrapage par rapport au VPC20. La plus-value apportée ne le justifie pas. La priorité doit être de vacciner les personnes qui ne le sont pas.

Rapporteur

La consultation publique n'apporte pas vraiment d'éléments nouveaux. En revanche, certaines données ont été ajoutées dans le rapport depuis la précédente version et mériteraient d'être explicitées.

Rapporteur

Il est essentiel d'améliorer la couverture vaccinale chez les adultes, en simplifiant la prescription. Si un rattrapage peut sembler une bonne idée en théorie, il risque d'être un élément de complexité. La situation est très différente chez les enfants, pour lesquels la couverture vaccinale est déjà très élevée. Le rattrapage permettrait de gagner du temps pour obtenir un impact épidémiologique.

La discussion porte sur les éléments suivants :

- L'Assurance maladie a récemment fait 40 propositions pour réduire le déficit. L'une d'elles est d'intensifier la vaccination antipneumococcique chez les adultes, voire de lancer une campagne spécifique. Le rapport pourrait insister sur l'intérêt d'aller dans ce sens.
- Les recommandations sont trop récentes pour disposer d'une estimation de la couverture vaccinale des adultes de 65 ans et plus contre les infections à pneumocoques. Il serait toutefois intéressant que l'Assurance maladie puisse livrer des chiffres de consommation et de remboursement, afin qu'ils soient intégrés dans le rapport.

- S'agissant des nourrissons dont le schéma de vaccination est incomplet, il est possible de faire un rattrapage mais, le cas échéant, il faudra déterminer s'il faut opter pour le schéma du VPC20 ou rester sur le schéma précédent. Dans d'autres cas, comme le HPV, la HAS a recommandé de terminer le schéma en cours. En l'occurrence, il semble préférable de mettre en œuvre la nouvelle recommandation de schéma vaccinal pour tous les nourrissons, en passant au VPC20 (même si les premières doses étaient du VPC13 ou VPC15) pour assurer une protection individuelle immédiate.

- Pour les nourrissons ayant reçu une primovaccination avec VPC13 ou VPC15, complète ou incomplète, une dose de VPC20 peut être administrée à 6 mois. En revanche, après 6 mois, il est préférable d'attendre le rappel à 11 mois de manière à bénéficier pleinement de l'effet rappel avec le VPC20.

- La question d'une primovaccination à deux ou trois doses a de nouveau été posée dans la consultation publique. Pour le moment, il paraît souhaitable de rester sur le schéma homologué par l'AMM, c'est-à-dire trois doses. Des évolutions s'inspirant du modèle scandinave ne sont toutefois pas impossibles dans le futur. Un groupe de travail doit d'ailleurs faire prochainement des propositions de schémas vaccinaux pour les nourrissons à la CTV.

- Pour les enfants de moins de 2 ans qui ont reçu le schéma complet actuel avec le VPC13 ou 15, se pose la question de réadministrer une dose de VPC20. À cet âge, le risque individuel commence cependant à chuter. Pour les enfants à risque se trouvant dans ce cas de figure, une dose de VPC20 est prévue à 15 mois, conformément à l'AMM.
- S'agissant des adultes, le taux de vaccination contre les infections à pneumocoques est faible, sans doute moins de 20 %. La priorité doit être d'augmenter ce taux, en proposant un calendrier simple et lisible.
- Certains membres évoquent des cas particuliers tels que les immunisations en cours, le rattrapage, la co-administration, les personnes immuno- déprimées. La CTV considère qu'il pas possible de couvrir l'ensemble des cas de figure. A noter que des groupes de travail travaillent actuellement sur l'élaboration de recommandations pour la vaccination

spécifique des patients immunodéprimés. Il sera possible d'y faire référence. Le calendrier vaccinal, qui couvre le cas général, doit porter un message simple.

- Pour les travailleurs de la métallurgie, entre autres, il est souhaitable de revoir la rédaction afin de mieux mettre en avant le fait que le problème vient de l'exposition régulière aux fumées de soudage. La question des apprentis, qui ont moins de 18 ans, est également à prendre en compte. Pour le moment, rien n'est prévu les concernant.

Conclusions de la CTV :

Les recommandations modifiées, telles qu'elles ont été présentées en séance, sont adoptées à l'unanimité.

Avis vaccin pédiatrique Covid-19 : Comirnaty 10 µg chez les 6 mois-4 ans

SESPEV

La formulation à 10 microgrammes de Comirnaty a vocation à remplacer l'actuelle formulation pédiatrique à 3 microgrammes. Pfizer a récemment saisi la HAS car cette dernière formulation va être retirée du marché. Cette décision ne résulterait pas d'un problème identifié d'efficacité ou de sécurité.

Le laboratoire propose un schéma simplifié de passage de trois doses à 3 microgrammes vers un schéma à deux doses de 10 microgrammes, espacées de huit semaines, chez les enfants naïfs de 6 mois à 4 ans, Chez les enfants déjà primovaccinés avec 3 microgrammes, des doses supplémentaires avec 10 microgrammes peuvent être administrées pour compléter le schéma de primo-vaccination.

Pour les enfants de 6 mois à 4 ans, la stratégie actuelle de vaccination contre le Covid-19 cible les enfants à risque de formes graves ou vivant dans l'entourage de personnes immunodéprimées. L'analyse des données disponibles permet de recommander le remplacement de la formulation à 3 microgrammes par celle à 10 microgrammes. Cet avis devra être actualisé en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, notamment au regard des données de suivi à plus long terme, des données d'efficacité en vie réelle et des données de pharmacovigilance.

Rapporteur

La question principale est de savoir si la nouvelle formulation à 10 microgrammes protège au moins aussi bien que la formulation à 3 microgrammes. Une étude montre que c'est le cas chez les moins de 2 ans. Ça ne l'est pas chez les 2 à 4 ans, mais le nombre d'enfants pris en compte ne permet pas vraiment d'en tirer de conclusion. La tolérance est par ailleurs comparable.

En France et dans de nombreux pays, la recommandation de vaccination concerne les enfants à risque ou vivant avec des personnes immunodéprimées. Pour sa part, l'Académie américaine de pédiatrie considère qu'il faut vacciner tous les enfants de 6 à 23 mois, même

en bonne santé, car l'âge est en soi un facteur de risque. Selon les données américaines, plus de la moitié des moins de 2 ans hospitalisés pour Covid-19 n'avait aucune comorbidité.

Le changement de formulation est d'une certaine façon imposé. Le remplacement de la formulation à 3 microgrammes par celle à 10 microgrammes peut être recommandé. Des données complémentaires pourraient toutefois être demandées, en particulier chez les enfants immunodéprimés.

 *Rapporteur*

La population cible est assez modeste. Le vaccin peut être utilisé dans le cadre de son AMM. Le dossier est solide en termes d'immunogénicité. Les données de tolérance sont limitées mais elles ne seront disponibles qu'avec le temps. Dans la mesure où il n'existe aucune solution alternative, il est difficile de ne pas permettre l'utilisation de la nouvelle formulation, avec un schéma à une ou de deux doses en fonction de l'immunité antérieure. Une infection documentée avec une PCR positive ou une séroconversion pourrait être prise en compte pour se contenter d'un schéma de rappel à une seule dose.

La discussion porte sur les éléments suivants :

- Pour les enfants infectés entre les deux doses, le calendrier vaccinal prévoit actuellement que la seconde dose doit être administrée en respectant un délai d'au moins trois mois après l'infection. Cette seconde dose ne paraît pas nécessaire, car l'infection fait toujours mieux que le vaccin.

Conclusions de la CTV :

L'avis concernant l'utilisation du Comirnaty 10 µg chez les 6 mois-4 ans est adopté à l'unanimité.

Retour de la consultation publique – Recommandation de la stratégie de vaccination contre les encéphalites à tiques

 SESPEV

La CTV a examiné le projet de recommandations le 19 mai et la consultation publique s'est tenue du 11 juin au 25 juin 2026.

Concernant la vaccination chez les personnes séropositives au virus de l'encéphalite à tiques (TBEV) et l'intérêt du dépistage, le CNR Arbovirus a été sollicité mais il n'y a eu aucun retour à ce jour. Les recommandations internationales ne mentionnent pas de stratégie de dépistage préalable à la vaccination. Il ne semble pas y avoir de contre-indication à vacciner des personnes séropositives, ce point restant toutefois à documenter.

Les principaux déterminants de l'exposition au virus sont d'ordre géographique, saisonnier et comportemental. Le risque d'exposition repose sur la combinaison de ces trois déterminants. Cette convergence sous-entend l'approche de recommandations ciblées qui est proposée.

Une évaluation économique a été menée. Elle montre qu'au niveau d'incidence actuel, la vaccination généralisée dans les régions concernées n'est pas compensée par les coûts évitables. Il faudrait des niveaux d'incidence extrêmement élevés pour inverser cette conclusion, ce qui va dans le sens d'une approche vaccinale ciblée.

Dans le cadre de la consultation publique, 15 contributions ont été reçues, couvrant un panel diversifié d'acteurs. Le niveau d'acceptabilité du projet de recommandations est élevé (compris entre 7 et 10) : l'ensemble des acteurs convergent vers la nécessité d'une stratégie vaccinale contre la TBEV. Plusieurs points ont cependant été remontés. Ils portent principalement sur le ciblage de la population et des territoires, la nécessité de renforcer la communication et la prévention, ainsi que sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination.

Les retours de la consultation publique ont été pris en compte et les recommandations ont été mises à jour. La vaccination est recommandée contre l'encéphalite à tiques à partir de 3 ans chez les personnes exposées de manière régulière et répétée pendant la période d'activité vectorielle à un risque élevé de piqûre de tiques en raison d'activités professionnelles ou de loisirs dans les régions de circulation active du virus.

La vaccination repose sur une primo-vaccination complète en trois doses nécessaires à l'obtention d'une immunité protectrice, réalisable à partir de l'âge de 3 ans avec le vaccin TICOVAC et de 12 ans avec le vaccin ENCEPUR, idéalement en fin d'hiver ou au début du printemps pour assurer une protection avant la période de plus grande incidence.

En complément de la vaccination des mesures de prévention doivent faire l'objet d'une information systématique et répétée, indépendamment du statut vaccinal, afin d'éviter toute perception erronée d'une protection complète vis-à-vis des maladies transmises par les tiques, dont la borréliose de Lyme.

Les professionnels de santé ont un rôle central à jouer dans la mise en œuvre de la stratégie pour identifier les personnes exposées, informer sur les risques et les mesures de protection, proposer et réaliser la vaccination et assurer le suivi des schémas vaccinaux.

Rapporteur

L'incidence est assez faible, mais l'augmentation des cas dans certaines régions justifie la vaccination des personnes exposées. Il existe une forte demande du côté des professionnels. La liste des activités professionnelles concernées ne doit pas se limiter aux activités forestières et doit rester non exhaustive. Les mesures de protection contre les tiques restent par ailleurs nécessaires.

La consultation publique n'a pas permis de définir une durée d'exposition ou une quantité de piqûres de tiques car il n'est pas possible d'aller jusqu'à ce degré de précision. Le fait d'être exposé régulièrement suffit.

Rapporteur

Les participants à la consultation publique auraient souhaité un ciblage plus précis de la population à vacciner, ce qui n'est pas possible. Il est donc préférable de laisser des marges d'appréciation aux professionnels de santé des régions concernées.

Le risque de transmission orale en cas d'épidémie autour d'un élevage ou d'une exposition au lait cru pourrait par ailleurs être évoqué.

Rapporteur

Les recommandations paraissent équilibrées entre le risque réel et la complexité du schéma vaccinal à trois doses.

La discussion porte sur les éléments suivants :

- La mise en œuvre pratique des recommandations soulève des interrogations. En effet, si trois régions sont concernées, la population se déplace. Il ne devrait pas y avoir de filtre géographique pour les remboursements. La décision de vacciner sera prise par les professionnels de santé. Aujourd'hui, la prescription est déjà possible partout en France mais il n'y a pas de remboursement.
- Cette vaccination pourrait être comparée à toutes celles recommandées aux voyageurs, qui ne sont jamais remboursées. La situation est toutefois spécifique, puisqu'il s'agit de personnes qui seraient exposées en France. La population cible pourrait néanmoins être très importante. Il est rappelé que l'exposition doit être régulière et répétée. Il est impossible d'être plus précis. Limiter la recommandation aux résidents pourrait aller à l'encontre de l'objectif, car des personnes venues d'autres régions peuvent être davantage concernées. La CTV pourrait exprimer ces limites et renvoyer à une décision médicale partagée au cas par cas.
- S'agissant des expositions professionnelles, l'élargissement aux activités agricoles et d'élevage peut sembler trop vaste. Les personnes qui les exercent sont néanmoins une population cible, avec des cas avérés. Il appartiendra au médecin du travail d'évaluer le risque, en fonction du contexte.
- Les recommandations sont en décalage avec l'AMM de TICOVAC et d'ENCEPUR, en ce qui concerne les intervalles de rappel, qui ont été allongés. En fait, les études épidémiologiques montrent que la protection est beaucoup plus longue que celle définie dans le RCP. Plusieurs pays, dont la Suisse et la Finlande ont également fait ce choix d'allonger les délais.
- Inciter à une vaccination avant la saison d'exposition peut donner l'impression que la protection sera courte. L'objectif de la rédaction adoptée est uniquement d'insister sur la nécessité d'anticiper, car le schéma vaccinal est en trois doses.
- En cas de fort risque d'exposition, la possibilité de vacciner dès 1 an est évoquée. De telles situations paraissent toutefois marginales avant 3 ans.
- Il paraît préférable de procéder à une évaluation du risque au cas par cas, en insistant sur les critères à prendre en compte dans cette analyse pour aider les professionnels. La CTV

souhaite éviter la sur-prescription qui pourrait découler de recommandations trop générales.

Conclusions de la CTV :

Aucune recommandation n'est proposée à ce stade.

Points divers

La DGS informe que la loi a autorisé les médecins, les infirmiers et les sage-femmes à disposer de stocks de vaccins. Il faut maintenant attendre la publication des décrets d'application. Un lancement dégradé de cette mesure, limité à certains vaccins (grippe, COVID-19), devrait intervenir à l'automne.

Conclusion et fin de séance

La séance est levée à 15 heures 40.

Anne-Claude CRÉMIEUX
Présidente de la CTV