

Décision n° 2020.0308/AC/SEESP du 17 décembre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de recommandations complétant la recommandation vaccinale « Stratégie de vaccination contre le SARS-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner »

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 17 décembre 2020,

Vu les articles L. 161-37 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu la décision n° 2020.0278/DC/SEESP du 27 novembre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation vaccinale intitulée « Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner »

Vu la saisine du Directeur général de la santé du 10 décembre 2020 ;

DECIDE :

Article 1^{er}

Les recommandations ci-après viennent compléter les recommandations préliminaires de la HAS adoptées par décision du 27 novembre 2020¹. Elles répondent aux questions, formulées en gras dans le corps de la présente décision, dans la saisine du Directeur général de la santé du 10 décembre 2020.

Les recommandations préliminaires de priorisation des populations à vacciner s'inscrivent dans une approche populationnelle et de santé publique. Leur objectif est de réduire la morbi-mortalité attribuable à la maladie et de maintenir le fonctionnement du pays, en particulier du système de santé.

Ces recommandations tiennent compte également d'un contexte d'approvisionnement progressif des doses de vaccins au fil de l'année 2021 et se fondent sur les données scientifiques disponibles à date, notamment sur l'ensemble des études épidémiologiques publiées relatives :

- aux facteurs de risque de développer une forme sévère de la maladie ;
- aux facteurs de risque d'exposition accrue à la COVID-19.

L'analyse des données disponibles ainsi que le modèle populationnel², indiquent le rôle prépondérant de l'âge comme facteur de risque indépendant de Covid 19 sévère :

- L'âge est le facteur le plus fortement associé au risque d'hospitalisation ou de décès dans toutes les études. Ces études montrent un accroissement quasi-exponentiel du risque par décennie supplémentaire dès 50 ans,
- L'influence jouée par les comorbidités ou maladies chroniques apparaît moindre et l'appréciation du niveau de risque de chacune d'elle est variable et a conduit la HAS à considérer parmi la liste de comorbidités étudiées celles dont le sur-risque était confirmé à ce jour et celles pour lesquelles les données étaient non concluantes ou discordantes ;
- Le modèle populationnel indique que la stratégie permettant de minimiser le nombre de décès et d'hospitalisations est la vaccination des populations les plus âgées. Ainsi, la vaccination des individus de

¹ Rapport HAS – novembre 2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_2020-11-30_10-40-59_242.pdf

² Il s'agit d'un modèle populationnel de type transmission dynamique que la HAS a commandité à l'Institut Pasteur et à l'EHESP en collaboration avec Santé publique France.

50-64 ans présentant au moins une comorbidité conduit à une réduction plus faible des décès que celle des individus d'une tranche d'âge plus élevée 65-74 ans à présence de comorbidité identique (1,9% vs 3,9% respectivement sous les hypothèses du modèle). La stratégie de vaccination de la tranche d'âge des 18-49 ans présentant une comorbidité ou plus conduit, quant à elle, à une réduction minimale des décès (0.1%).

La HAS recommande donc de protéger en priorité les populations les plus à risque de formes graves et les plus exposées au risque d'infection.

La revue de la littérature sera actualisée au fil de l'eau. Dans l'attente de nouvelles données publiées, la HAS n'exclut pas que soit envisagée, dès le début de la campagne vaccinale et sur la base d'une appréciation du rapport bénéfice/risque individuel, la vaccination de sous-populations non priorisées du fait de leur âge mais particulièrement vulnérables³ et exposées à la COVID-19.

Ainsi, les médecins pourront, au cas par cas proposer la vaccination aux personnes pour lesquelles les risques liés à la COVID19 apparaissent majeurs.

1) S'agissant des personnes atteintes de trisomie 21, si votre avis mentionne leur risque élevé de présenter une forme grave, il n'en tire pas de conclusions pratiques ni de conduite à tenir concernant ces personnes : nous vous remercions de nous éclairer sur ce point. Des données récentes indiquent que les patients souffrant de déficits génétiques de production d'interféron ou ayant développé des anticorps anti-interféron sont à très haut risque de formes graves. Ne faut-il pas considérer ce groupe de patients dans un groupe prioritaire et ce quel que soit l'âge des patients ?

Vaccination des personnes atteintes de trisomie 21

Pour rappel, les recommandations préliminaires de la HAS ont identifié la trisomie 21 comme constituant un facteur de risque avéré d'hospitalisation ou de décès. Les personnes atteintes de trisomie 21 sont donc considérées comme prioritaires pour la vaccination de la même manière que pour les autres comorbidités à risque.

Vaccination des sous-populations particulièrement à risque

Si la priorisation recommandée se fonde notamment sur les facteurs de risque de gravité identifiés dans les études publiées (cette revue de la littérature sera actualisée) ainsi que sur les résultats du modèle populationnel, elle n'exclut pas pour autant - sur la base d'une appréciation du rapport bénéfice/risque individuel - que soit envisagée, très précocement dans la campagne, une vaccination de sous-populations non âgées mais particulièrement vulnérables⁴ et exposées au COVID-19 (déficits immunitaires sévères, hémopathies malignes, insuffisants rénaux dialysés...). Ainsi, les médecins (en particulier pour les domaines cités) pourront au cas par cas proposer la vaccination aux patients pour lesquels les risques liés à la Covid 19 apparaissent majeurs, dès lors que les doses de vaccins seront disponibles et que la DGS sera en mesure d'organiser localement les circuits logistiques en lien avec les ARS et les structures de soins.

D'une façon générale, la consultation médicale préalable à la vaccination au cours de laquelle sera prescrit le vaccin anti-COVID devra permettre d'évaluer au cas par cas la pertinence de la vaccination.

Dès lors que vous soulignez que la grossesse est un facteur de risque de forme sévère, quelles seraient, par exemple, les conditions à respecter pour la vaccination chez une femme enceinte (contre-indication, test de grossesse préconisé avant vaccination, précautions renforcées pour la femme et le nouveau-né en cas de vaccination nécessaire ou réalisée) ?

Il convient de rappeler que la HAS, dans ses recommandations préliminaires, n'a pas priorisé la vaccination des femmes enceintes, en raison de l'absence de données sur cette population exclue des essais cliniques. Les recommandations nationales étrangères (notamment anglaises) identifiées à ce stade ne recommandent pas la vaccination pendant la grossesse. Les études programmées voire déjà en cours concernant ces populations pourraient faire évoluer les recommandations.

³ la HAS a prévu d'actualiser la revue de la littérature relative aux facteurs de risque de forme grave de Covid -19

⁴ la HAS a prévu d'actualiser la revue de la littérature relative aux facteurs de risque de forme grave de Covid -19

2) Phase 1 de la stratégie vaccinale

Vous nous indiquez dans votre rapport, un séquençage de priorisation pour lesquelles nous souhaitons quelques précisions :

- ***Bien que l'âge apparaisse comme facteur de risque essentiel, la priorisation en fonction de l'âge versus les comorbidités n'est pas toujours très claire (« et/ou Pouvez-vous préciser votre position sur ce point ?***
- ***La catégorie des « personnes âgées résidant dans des établissements et hébergements de longue durée ou dans des services de longs séjours » recouvre un spectre large d'hébergement : EHPAD et USLD en priorité, mais aussi d'autres structures clairement identifiées comme hébergeant spécifiquement des personnes âgées en longue durée/pour de longs séjours (établissements d'hébergement pour personnes âgées, résidences autonomie, etc...).***

Deux interrogations subsistent :

- ***au regard des durées moyennes de séjour constatées, incluez-vous dans votre recommandation les personnes âgées séjournant en services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ?***
- ***parmi les personnes âgées résidant en établissement, un certain nombre vivent dans des établissements médico-sociaux non spécialisés sur la population des personnes âgées (exemple : foyers d'accueil médicalisé (FAM), lits d'accueils médicalisés (LAM), etc). Quel spectre d'établissements recommandez-vous, à ce titre, d'inclure dans la phase 1 (pour leur population âgée uniquement) ?***

L'influence respective de l'âge et des comorbidités est difficile à mettre en évidence car l'effet des interactions entre ces facteurs est peu documenté dans la littérature. Il est cependant évident que l'âge est le facteur le plus fortement associé au risque d'hospitalisation ou de décès dans toutes les études ; les comorbidités ont une influence moindre.

La phase 1 de la campagne de vaccination cible en priorité les populations exposées à deux facteurs de risque : la vulnérabilité liée à l'âge élevé (risque de forme grave) et l'hébergement en collectivité (exposition accrue au virus). Les établissements considérés sont donc ceux accueillants des résidents âgés de façon prolongée et ne se limitent pas aux seules EHPAD ou ULSD, mais également aux EHPA non médicalisés, aux résidences autonomie ou foyers-logements, etc.

Les SSR n'ont pas été retenus en phase 1 compte-tenu d'un risque moindre d'exposition à la COVID-19 : durée moindre de séjour (en moyenne 5-6 semaines) avec moins de vie en collectivité (type salle commune pour prendre les repas, etc.).

Vous préconisez de prioriser les personnes âgées en EHPAD en priorité 1 tout en soulignant la nécessité de disposer, pour chacun des vaccins autorisés, des données spécifiques chez les personnes âgées afin de s'assurer d'une balance bénéfice/risque favorable. Pensez-vous que cette priorisation doit être maintenue compte tenu de la nature des résultats disponibles des essais phase III concernant ce groupe de personnes, ou cet ordre de priorisation est-il susceptible d'être modifié ?

Les recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner sont préliminaires⁵ et destinées à être mises à jour au fur et à mesure.

La HAS précisera les populations à vacciner en priorité au regard des données cliniques disponibles (notamment de phase 3) sur l'efficacité, la sécurité et l'immunogénicité de chaque vaccin ainsi que sur les données épidémiologiques. L'évaluation des données relatives à chaque vaccin dans le cadre de l'AMM délivrée permettra de juger si le vaccin étudié s'inscrit dans la stratégie définie ou s'il est nécessaire de l'adapter.

Ainsi sur la base des calendriers annoncés par les autorités réglementaires, la HAS devrait rendre un avis rapidement après l'octroi des AMM :

- sur le vaccin de Pfizer BioNTech d'ici la fin de l'année ;
- sur le vaccin de Moderna en fin d'année ou début d'année 2021 ;

⁵ Rapport HAS – novembre 2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_2020-11-30_10-40-59_242.pdf

– puis sur d'autres vaccins annoncés pour le premier trimestre 2021.

Par ailleurs, sur saisine de la DGS, la HAS proposera, en lien avec la recommandation de chaque vaccin concerné, une réponse rapide, afin de permettre notamment d'accompagner la visite médicale de pré-vaccination en apportant au médecin toutes les informations utiles sur les vaccins en vue de la bonne information de leurs patients. Cette réponse sera actualisée au fur et à mesure de l'élaboration des recommandations pour chaque vaccin.

Les recommandations globales sur la stratégie de vaccination contre la Covid-19 seront revues afin de positionner notamment les différents vaccins les uns par rapport aux autres dans la stratégie vaccinale si les données disponibles le permettent.

Ce travail sera réalisé lorsque plusieurs vaccins, issus de plateformes différentes ou de même mécanisme d'action mais disposant de données nouvelles ou spécifiques pour des populations particulières (femmes enceintes, population pédiatrique, ...) auront une AMM.

Enfin, une actualisation des avis et des recommandations sera réalisée, dès lors que de nouvelles données seront disponibles, notamment les données de suivi des essais à plus long terme sur l'immunogénicité, la tolérance et l'efficacité des vaccins (en particulier sur la transmission), ainsi que les données observationnelles post-utilisation.

S'agissant des professionnels de santé, vous proposez une priorisation en fonction du lieu d'exercice et des comorbidités de la personnes (priorité 1) ou en fonction de son âge et de ses comorbidités (priorité 2). Ces propositions nous paraissent extrêmement complexes à mettre en œuvre dans la mesure où cela nécessite de devoir disposer de données d'ordre médical et pourrait poser des problèmes pratiques en termes d'organisation de la vaccination dès lors qu'il est envisagé de vacciner des professionnels de santé exerçant dans un même lieu dans des séquences temporelles différentes.

En l'absence de données sur l'efficacité des vaccins sur la transmission de la maladie, la priorisation de la vaccination de ces professionnels répond à l'objectif de minimiser le nombre de décès et d'hospitalisations dans un contexte de tension en approvisionnement des doses de vaccins à court terme. Ainsi, les professionnels exerçant dans les établissements accueillant des personnes âgées (en premier lieu en EHPAD, USLD) et présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave ou de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidités) ont été priorisés en raison de leurs facteurs de risque et de leur exposition accrue au virus Sars-Cov 2 (les EHPAD étant à eux seuls à l'origine de près de 15 % des clusters). De la même façon que pour les résidents de ces établissements, c'est le cumul de ces deux facteurs de risque (vulnérabilité *et* exposition) qui a conduit la HAS à une telle priorisation. Cette priorisation au sein des établissements accueillant des personnes âgées permet également d'optimiser les circuits logistiques lors de la toute première phase (vaccination dans un même temps des professionnels les plus à risque et des résidents). Toutefois, dans l'hypothèse où il resterait des doses disponibles à l'issue de la vaccination des résidents et des professionnels priorisés en phase 1 dans les établissements accueillant des personnes âgées, les autres professionnels exerçant dans ces établissements pourraient alors être vaccinés s'ils le souhaitent, selon la priorisation envisagée dans les phases ultérieures.

3) Phase 2 de la stratégie vaccinale

Vous préconisez de prioriser les personnes âgées de 75 ans et plus. Comment prioriser au sein de la population que vous considérez comme ultra prioritaire des plus de 75 ans si le nombre de doses disponibles est inférieur à la taille de cette population ? Proposez-vous une limite supérieure en termes d'âge ? Préconisez-vous une limitation liée à l'état général d'un patient très âgé ou à son niveau de dépendance ?

Il n'est pas justifié en l'état des connaissances de fixer un âge maximal pour la vaccination. Les recommandations identifiées dans d'autres pays n'ont d'ailleurs pas fixé une telle limite.

En cas de stock disponible inférieur à la taille de cette population, la HAS recommande de prioriser les populations les plus âgées en commençant par celles présentant une ou plusieurs comorbidités qui accroissent leur risque de décès de la Covid-19, comme cela est indiqué dans les tableaux en pages 5 et 50-51 des recommandations

préliminaires⁶. L'influence du niveau de dépendance ou de l'état général du patient est peu étudié à ce stade et la HAS souligne le manque de données françaises permettant de répondre à ces questions. La consultation médicale préalable à la vaccination au cours de laquelle sera prescrit le vaccin anti-COVID permettra de prendre en compte ces considérations.

Cette même phase 2 semble proposer une distinction par âge des personnes à vacciner dans les établissements hors EHPAD, multipliant ainsi les sites de vaccination ou encore le nombre de campagnes de vaccination à organiser sur un même site. De plus, elle conduit à commencer très tôt la vaccination en ville des personnes les plus âgées, très vraisemblablement avec les vaccins de Pfizer puis de Moderna, qui présentent le plus de contraintes techniques. De quelle manière ces problèmes opérationnels très significatifs peuvent-ils être pris en compte selon vous ?

La HAS a rappelé dans ses recommandations intermédiaires relatives aux modalités de mise en œuvre de la vaccination⁷ la nécessaire mobilisation des acteurs habituels de la vaccination, les médecins généralistes notamment, ainsi que les infirmières qui peuvent effectuer l'acte de vaccination sur prescription médicale. La HAS a insisté sur le rôle central des médecins dans l'orientation, la transmission d'une information médicale claire et adaptée (pour l'obtention du consentement), la prescription, la vaccination et le suivi des personnes. Elle préconise, dans la mesure du possible, au cours des premières phases, que la vaccination soit effectuée sous la supervision d'un médecin. Elle a également souligné la nécessité de prendre en compte les contraintes logistiques liées aux conditions de conservation des vaccins, en particulier en début de campagne.

Nous souhaitons, par ailleurs, vous interroger sur d'autres aspects de cette stratégie : sur un plan international, le décalage entre la limite d'âge de 65 ans que vous retenir et celle de 60 ans retenue par l'OMS Europe interroge. Quels éléments expliquent ce choix ?

Les études sont hétérogènes dans les classes d'âge analysées mais les personnes âgées de 65 ans ou plus constituent le groupe d'âge généralement retenu pour les comparaisons internationales et dans les études sur le vieillissement. Par ailleurs, comme cela est précisé dans les recommandations préliminaires de la HAS publiées le 30 novembre 2020, les recommandations nationales d'autres pays, lorsqu'elles considèrent l'âge des personnes adoptent également ce seuil : l'ACIP, le JCVI, la Belgique et le Luxembourg.

1) Phase 4 de la stratégie vaccinale

Vous soulignez que certaines collectivités ont une proportion plus importante de cluster à criticité élevée (prison, établissements sociaux d'hébergement). Vous préconisez de les vacciner en phase 4. Ne faut-il pas les vacciner plus précocement ?

De plus, les publics concernés par la phase 4 peuvent aussi, pour une partie d'entre eux, être concernés par les phases précédentes, s'ils répondent aux critères de priorisation.

Or la conséquence de cette priorisation sera une vaccination en plusieurs séquences temporelles pour ces publics. Cela nous semble délicat à organiser pour certaines structures d'accueil de ces publics précaires, qui risquent d'être obligées d'orienter ces publics vers la vaccination à l'extérieur. Ces situations ne relèvent donc pas de la logique de l'« aller vers », habituellement privilégiée pour ces publics. Du point de vue de l'efficacité de la stratégie vaccinale, ne faudrait-il pas prendre en compte l'ensemble des populations concernées ?

La priorisation finale ne fait pas apparaître les ESMS hébergeant des personnes handicapées alors qu'elles sont citées comme à risque de cluster à criticité élevée, ce qui semble contradictoire. Quelle est la conduite à tenir pour ces ESMS hébergeant des personnes handicapées ?

Les populations les plus à risque de formes graves en raison de leur âge et/ou de la présence de comorbidités parmi celles citées en phase 4 sont déjà identifiées dans les phases 2 et 3 tandis que les populations à risque d'exposition sans facteur de vulnérabilité (et donc non à risque de forme grave) pourront être vaccinées dans la

⁶ Rapport HAS – novembre 2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_2020-11-30_10-40-59_242.pdf

⁷ Recommandations HAS décembre 2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination

phase 4. La vaccination des personnes en situation de handicap hébergées dans les établissements sociaux et médico-sociaux obéit à cette logique. La disponibilité limitée des doses de vaccins dans les premiers mois du lancement de la campagne a conduit la HAS à prioriser les personnes à risque de formes graves (pour les phases 2 et 3) afin de maximiser l'impact en termes de réduction de la morbi-mortalité sur le plan populationnel.

En outre, dans les phases ultérieures, des campagnes de vaccination plus spécifiques auprès de publics particuliers pourront être envisagées. Ainsi, si les recommandations intermédiaires relatives aux modalités de mise en œuvre de la campagne de vaccination⁸ ont préconisé de privilégier les modalités de vaccinations existantes, elles ont aussi évoqué la possibilité de recourir à des équipes mobiles pour faciliter l'accès à la vaccination, notamment auprès des populations précaires ou dans certaines structures d'accueil. La HAS a également insisté sur l'importance de la mise en place d'une communication via des canaux multiples, spécifiques à chaque population, ou plus larges, permettant ainsi l'identification des personnes concernées prioritairement.

La HAS tient toutefois à souligner que les différentes phases se succéderont dans un continuum de temps permettant la couverture progressive des populations ciblées par la vaccination, en fonction de la mise à disposition des doses de vaccins. Si le nombre de doses disponibles le permet, il pourrait donc être envisagé de procéder plus précocement à la vaccination de l'ensemble des populations exposées citées en phase 4 (y compris les personnes exposées mais non à risque de formes graves). En particulier, les 29 300 personnes en situation de handicap réparties dans les 710 MAS et les 29 640 personnes résidant dans les 1 010 FAM seront repriorisées, dans le cadre de l'actualisation de la revue de la littérature sur les facteurs de risque.

De même, si des données épidémiologiques complémentaires le justifient la HAS sera amenée à prioriser plus précocement d'autres sous populations fortement exposées. Enfin, si les vaccins démontraient une efficacité sur la transmission, la stratégie de vaccination serait bien évidemment actualisée.

2) S'agissant des patients ayant été infectés par le virus de la Covid19 et leurs contacts

- **Que préconisez-vous pour la vaccination d'une personne infectée qui se présenterait avec un test virologique positif récent ? Quelle serait alors la place de la RT-PCR ou du test antigénique ?**
- **Quel doit être le délai entre la guérison clinique d'une infection par la Covid 19 et une vaccination anti Covid ?**
- **Quel délai doit-être respecté pour un cas contact Covid entre son exposition et la vaccination anti Covid ?**

La durée de l'immunité à long terme conférée par la COVID-19 n'est actuellement pas connue. Bien que la fréquence réelle des cas de réinfection soit difficile à connaître, le nombre de cas publiés de réinfection dument documentés reste faible (une dizaine environ) à ce jour.

D'une part il n'y a pas de données qui permettent actuellement de savoir s'il y a un bénéfice à vacciner les personnes qui ont déjà été infectées par le Covid et, si oui, quand et comment. D'autre part, les données dont on dispose avec un recul moyen de 3 mois, permettent, à ce stade, de considérer qu'il n'y a pas d'effet indésirable grave particulier dans cette population.

Par ailleurs, il semble pouvoir exister des symptômes prolongés après une COVID-19 ; une vaccination au décours de la maladie rendrait difficile l'imputabilité de ces symptômes.

La HAS estime donc à ce stade, qu'il n'y a pas lieu de vacciner systématiquement les personnes ayant déjà développé une forme symptomatique de la COVID. Toutefois, dans le respect des recommandations préliminaires du 30 novembre, ces personnes doivent pouvoir être vaccinées si elles le souhaitent à l'issue d'une décision partagée avec le médecin. Dans ce cas il paraît alors préférable de respecter un délai minimal de 3 mois à partir du début des symptômes.

Enfin, la HAS recommande que les personnes contact d'un cas se fassent tester pour confirmer ou infirmer une infection active selon les recommandations déjà émises⁹, avant d'envisager une vaccination.

⁸ Recommandations HAS décembre 2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination

⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3190801/fr/prise-en-charge-de-premier-recours-des-patients-suspectes-de-covid-19

Cette position sera revue en fonction de l'évolution des connaissances, notamment au regard des résultats complets des essais de phase 3 de chaque candidat vaccin et des données épidémiologiques.

- ***Quelle est la place de la sérologie COVID-19 pour les personnes déjà immunisées et qui ont présenté un résultat positif de sérologie antérieure ?***

Il est difficile à l'heure actuelle de définir le marqueur immunologique de protection contre le SARS-Cov-2. En effet, l'immunité conférée par la maladie implique à divers degrés la voie cellulaire et la voie humorale, de sorte que la seule sérologie n'est pas un marqueur suffisant de protection. Elle permet seulement d'attester d'un contact avec le SARS-CoV-2. La titration des anticorps neutralisants pourrait permettre d'avérer une réponse humorale protectrice. Mais il s'agit d'un test spécifique différent d'une sérologie de routine. De plus, le caractère protecteur des anticorps neutralisants n'est pas encore parfaitement démontré.

Pour ces raisons, la HAS recommande de :

- Ne pas réaliser de sérologie avant vaccination
- Ne pas tenir compte d'une éventuelle sérologie positive ou négative pour décider de la vaccination

Cette position sera revue en fonction de l'évolution des connaissances, notamment au regard des résultats complets des essais de phase 3 de chaque candidat vaccin et des données épidémiologiques.

Article 2

Le directeur général de la Haute Autorité de santé est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fais le 17 décembre 2020.

Pour le collège :
La présidente,
Pr Dominique LE GULUDEC
Signé