

FAIRE OU NE PAS FAIRE D'INJECTION DE RAPPEL ? LE DÉBAT CONTINUE

www.medscape.org/livewebcast/covid19-booster-debate-french

Dr Karine Lacombe, MD, PhD : Bonjour à tous. Je suis vraiment heureuse de vous accueillir à ce webinaire de Medscape Education Global : « Faire ou ne pas faire d'injection de rappel ? Le débat continue. Je suis Karine Lacombe, spécialiste en maladies infectieuses à Paris, et je co-présiderai ce webinaire avec Saul Faust, professeur en immunologie pédiatrique et maladies infectieuses à Southampton.

Dr Saul Faust, FRCPCH, PhD : Merci, Karine.

Dr Lacombe : Bon. De quoi allons-nous parler au cours de ce programme ? Nous aborderons les éléments suivants : les données cliniques sur les rappels bivalents, les personnes qui ont besoin d'un rappel. Nous passerons également en revue les recommandations actuelles dans l'UE et au Royaume-Uni. Et enfin, nous parlerons brièvement des attentes pour l'hiver 2022. Tout d'abord, pour commencer, quelle est la justification des doses de rappel pour la COVID-19 ? Vous savez tous que l'efficacité du vaccin diminue après la primovaccination, et qu'un rappel, que ce soit une troisième dose ou des doses ultérieures, peut augmenter les titres d'anticorps neutralisants ainsi que l'efficacité du vaccin. Mais bien sûr, l'effet de la troisième dose varie en fonction des caractéristiques du patient, de la classe du vaccin et de la séquence de vaccination. Nous pensons qu'un rappel ultérieur peut rétablir la réponse humorale et cellulaire aux niveaux atteints après la dose précédente.

Quels sont donc les rappels actuellement disponibles dans l'UE ? Nous avons les rappels originaux, que ce soit de Moderna, Pfizer, Novavax, Sanofi-Pasteur, GSK, AstraZeneca et Janssen. Vous avez le nom sur le côté gauche de la diapositive. Au milieu, vous voyez les nouveaux rappels appelés « bivalent original Omicron BA1 », de Moderna ou de Pfizer. Et enfin, le dernier sorti, le bivalent original Omicron BA4 et BA5, également de Moderna et Pfizer.

Dr Faust : Voici donc quelques données sur ce que nous savons maintenant à propos des rappels que nous utiliserons cet hiver. Il y a donc eu un essai de phase II/III sur une quatrième dose du vaccin bivalent BA.1 de Moderna. La diapositive est un peu compliquée, mais vous pouvez voir que la réponse en anticorps neutralisants était un peu meilleure avec le rappel bivalent qu'avec le rappel original, quel que soit le statut de l'infection antérieure.

Vous pouvez voir à gauche tous les participants. Les barres les plus hautes, en bleu clair, représentent le vaccin original, et le vaccin bivalent est représenté par les barres bleu foncé. Vous pouvez voir que l'infection antérieure n'a entraîné aucune différence en termes d'amélioration de cette immunogénicité sur les anticorps dans la propre étude de la société. Elle a été publiée dans le New England Journal of Medicine au début du mois d'octobre de cette année. Pfizer s'est également penché sur ses vaccins bivalents. Ce sont des données qui ont été présentées au gouvernement américain au moment où il prenait ses décisions. Sur cette diapositive, vous pouvez observer que la ligne supérieure correspond au vaccin bivalent Omicron BA1 et la ligne inférieure au vaccin de type sauvage. À nouveau, vous pouvez observer une amélioration pour la ligne supérieure, une différence située entre 700 et environ 450, une amélioration du vaccin bivalent par rapport à Omicron.

Cependant, par rapport à la souche de référence, on constate très peu de différence entre les vaccins. Et c'est la ligne de référence, les deux chiffres, qui représentent environ 6000 des unités qu'ils ont utilisées pour ces tests. Examinons ensuite l'immunogénicité, les anticorps produits dans ce cas pour une quatrième dose avec le vaccin bivalent BA45 par rapport au vaccin monovalent. Vous pouvez voir ici que quelle que soit la souche qu'on examine, les souches étant représentées sur l'axe des X, les barres bleues et les barres rouges sont quasiment identiques. En bleu, ce sont les quatre injections de virus de type sauvage, et le trois représente trois injections de type sauvage suivies du bivalent BA45. Donc très peu de différence entre le vaccin bivalent et le vaccin de type sauvage dans les titres d'anticorps neutralisants. Ensuite, une autre prépublication d'étude disponible pour cette petite étude portant sur seulement 33 personnes qui avaient reçu deux doses antérieures de vaccin.

Il s'agit donc d'une troisième dose d'un bivalent contenant BA.5, où 15 personnes ont reçu le monovalent et 15 ont reçu le bivalent. Vous pouvez observer un mélange de deux doses de Pfizer et de deux doses de Moderna entre chaque groupe. Et vous pouvez voir encore une fois que c'est avec les deux doses originales mélangées, donc soit le monovalent de Pfizer avec le monovalent de Moderna, soit les deux bivalents sur la droite. Donc, à gauche, c'est le monovalent, à droite, le bivalent, et encore une fois, vous pouvez les comparer aux différentes souches qui sont indiquées le long de l'axe X. On constate très peu de différences entre le monovalent et le bivalent. Par conséquent, une augmentation similaire des anticorps neutralisants avec les rappels monovalents et bivalents, et aucune différence dans les profils des lymphocytes T activés ou des lymphocytes B mémoires. Dans la même étude, vous pouvez constater une immunogénicité très, très similaire entre le bivalent Pfizer et celui de Moderna. La dose de l'ARNm est différente entre les deux vaccins, tout comme les premières doses de vaccin que nous avons administrées aux patients l'année dernière. Les chiffres sont légèrement plus élevés pour le Moderna, mais cliniquement, nous ne pensons pas qu'il y aura une différence significative, car à mesure que les titres d'anticorps diminuent, les données deviennent de plus en plus similaires. Des profils d'anticorps donc très

similaires avec chaque type de rappel bivalent. Alors, qu'en est-il de la sécurité, de la réactogénicité et des effets secondaires des vaccins bivalents ? Pouvez-vous nous en parler, s'il vous plaît, Karine ?

Dr Lacombe : Oui, bien sûr. Exactement. Que savons-nous de la sécurité et de la tolérance ? Vous avez donc ici la sécurité d'une quatrième dose du vaccin original provenant d'essais randomisés menés au Royaume-Uni. Ces astérisques identifient les événements indésirables survenant dans les sept jours suivant la quatrième dose, les événements modérés à graves et les événements graves. Si nous examinons la prévalence de ces événements, vous pouvez constater que des douleurs ont été signalées, principalement des douleurs, sinon tous les autres événements étaient vraiment légers, et la fréquence était très, très faible. Si vous examinez les événements graves de grade 3 ou 4, il n'y a rien de vraiment notable, et dans tous les cas, la prévalence était en dessous de 5 %. Ainsi, les deux rappels ont été bien tolérés et la douleur était vraiment l'événement indésirable le plus courant.

Dr Faust : Et de façon très similaire à l'original, les rappels avec une troisième dose également, entre la troisième et la quatrième dose.

Dr Lacombe : Exactement. Donc maintenant, si nous examinons la sécurité de la quatrième dose du rappel bivalent de Moderna, vous avez ici les incidences des événements indésirables, très similaires avec les deux rappels. Là encore, les effets indésirables les plus fréquents étaient la douleur au site d'injection, la fatigue, les maux de tête, la myalgie, l'arthralgie, et la plupart de ces événements étaient de grade 1 ou 2. Très peu d'effets secondaires locaux et même systémiques donc. Voici pour la sécurité de la première dose d'un rappel bivalent de Pfizer chez les patients âgés de plus de 55 ans. Là encore, un profil d'événement local et systémique similaire. Parmi les participants âgés de plus de 55 ans, aucun événement indésirable grave n'a été lié au vaccin. Vous voyez ainsi sur le graphique que la douleur au site d'injection se situe à nouveau autour de 50-60 %, et l'incidence des cas de gonflement ou de rougeur est très, très faible. Concernant les effets systémiques, environ 50 % des patients ont signalé une certaine fatigue, mais des effets indésirables autrement très, très légers.

Dr Faust : En résumé, que devons-nous utiliser : bivalent ou monovalent ? Les pays achètent des vaccins bivalents parce que c'est ce que les fabricants ont mis à disposition. Mais si vous n'avez pas de vaccin bivalent dans votre zone ou votre région, vous pouvez alors administrer aux personnes qui en ont besoin un vaccin de type sauvage, et vous obtiendrez une réponse tout aussi bonne pour les variants actuellement en circulation.

Les vaccins bivalents s'ajoutent à notre arsenal thérapeutique si vous voulez. Ils constituent une police d'assurance. Si le virus change à nouveau en direction opposée au type sauvage, il se pourra alors que nous ayons besoin du vaccin bivalent. La stratégie de l'Union européenne et du Royaume-Uni consiste à disposer d'une large gamme de vaccins adaptés afin que les pays et les comités de

vaccination disposent de différentes options pour répondre aux besoins. Les études commanditées par les fabricants suggèrent qu'il y a une légère augmentation des anticorps neutralisants avec le bivalent par rapport au monovalent, mais d'autres études apparaissent maintenant, suggérant qu'en réalité, les vaccins bivalents ou monovalents sont équivalents. De toute évidence, la sécurité et les effets secondaires, la sécurité et la réactogénicité semblent être équivalents entre les vaccins bivalents et monovalents, et entre la troisième et la quatrième dose.

Encore une fois, si vous regardez la modélisation, basée sur certaines données au niveau de la population, certaines modélisations ont montré un avantage avec les vaccins bivalents. Mais en réalité, si vous regardez les commentaires concernant cet article, les experts cliniques du monde entier, tant au Royaume-Uni qu'aux États-Unis, ont affirmé qu'il y a, en fait, très peu de différence entre ces vaccins. Alors, quelle sera l'efficacité des rappels actuels contre les variants émergents et futurs ? Eh bien, face aux variants actuels, ils s'en sortent bien, mais nous ne savons pas à ce stade combien de temps cela va durer. Nous savons que les anticorps augmentent à des niveaux très élevés avec les vaccins à ARN au cours des deux à quatre premières semaines, puis qu'ils diminuent avec le temps. Mais nous ne savons pas exactement combien de temps les gens resteront protégés ; c'est pourquoi la surveillance est très importante et pourquoi nous ne devrions pas dire aux patients « Vous devez recevoir ce vaccin et ce sera le dernier ». Le fait est que nous ne savons tout simplement pas quand les comités de vaccination devront recommander de futures doses.

Alors, qui aura besoin d'une quatrième dose en automne et en hiver 2022 ? Certains patients restent à risque même après la troisième dose. Et les personnes chez qui le déclin des anticorps a le plus d'impact sont les personnes âgées. Vous pouvez voir sur la diapositive du haut ici que l'âge avancé est associé à un risque accru d'hospitalisation et de décès après la troisième dose. Et c'est également vrai pour les personnes présentant un nombre croissant de comorbidités. Mais l'infection antérieure ne semble pas être si forte lorsqu'on examine ces groupes. Les personnes âgées et les personnes présentant des comorbidités ou des facteurs de risque sont donc celles que nous nous efforcerons le plus de vacciner cet automne et cet hiver. Et si vous regardez les données d'Israël, il y a quelques études que nous pouvons vous montrer indiquant qu'une quatrième dose de vaccin peut protéger contre Omicron chez les adultes âgés. Il s'agit d'une étude réalisée au début de l'année avec une quatrième dose du type sauvage de Pfizer chez des personnes de plus de 60 ans en Israël.

Vous pouvez voir que par rapport à trois doses, la quatrième dose était associée à un risque plus faible d'infection par Omicron lui-même, bien que pendant une courte période pour l'étude. Mais la durabilité était l'impact et la prévention de la forme sévère de la maladie, c'est-à-dire l'hospitalisation et le décès. Donc un avantage certain de cette quatrième dose. Une étude distincte a été menée en Israël auprès de travailleurs de la santé, environ 30 000, dont 25 000 n'avaient reçu aucune dose supplémentaire, et 5 000 avaient reçu une quatrième dose et aucune

infection immédiatement après cette dose. Les cas de percée d'infection étaient moins nombreux chez les personnes qui avaient reçu une quatrième dose par rapport à celles qui avaient reçu une troisième dose seulement. Ainsi, quatre doses semblaient être utiles chez les professionnels de santé, évidemment de tous âges, pas seulement les personnes âgées pour cette étude. Alors quelles sont les recommandations dans l'Union européenne cette année, Karine ?

Dr Lacombe :

Oui, exactement. Vous voyez donc sur cette diapositive la recommandation de l'ECDC de l'EMA pour le deuxième rappel, qui sera la quatrième dose. Le deuxième rappel doit donc être envisagé chez les personnes âgées de plus de 60 ans, et vous verrez que c'est un peu différent de ce qui est recommandé au Royaume-Uni, et aussi chez les personnes médicalement vulnérables, quel que soit leur âge. Vous devez vous rappeler que les vaccins bivalents sont actuellement approuvés pour une utilisation chez les personnes âgées de plus de 12 ans, et que la priorité pour ces vaccins doit être donnée aux personnes qui risquent de développer une forme sévère de la maladie. Et nous vous avons parlé de l'âge mais aussi des comorbidités, de l'immunosuppression, etc. Les autorités nationales de chaque pays pourraient donc publier des directives qui varient quelque peu d'un pays à l'autre. Par conséquent, je vous recommande vraiment de vous référer aux recommandations de votre propre pays. Mais toutes les recommandations sont basées sur des facteurs liés aux taux d'hospitalisation, à la couverture vaccinale, etc. Saul, pouvez-vous nous dire comment cela se passe au Royaume-Uni maintenant ?

Dr Faust :

Tout à fait. Alors au Royaume-Uni, nous avons un seuil de 50 ans par rapport à l'Union Européenne, concernant les recommandations pour cet hiver. Et pour être un peu plus précis, le comité paritaire pour la vaccination et l'immunisation, ou JCVI, a également recommandé un rappel pour les personnes vivant ou travaillant en maisons de retraite, les soignants âgés de plus de 16 ans, toute personne âgée de plus de cinq ans vivant avec une personne immunodéprimée, les femmes enceintes et/ou les professionnels de santé de première ligne. Je ne vais pas les lire, ils figurent sur la diapositive, mais le JCVI a précisé quels sont les groupes de personnes à haut risque qui devraient recevoir cette quatrième dose. Je vais juste souligner les femmes enceintes, groupe chez qui les recommandations ont été très lentes à être émises. Et je pense que tout le monde, nous tous en tant que communauté médicale, devons mieux expliquer aux femmes enceintes l'impact de la COVID sur leur santé et celle de leur nouveau-né, car les femmes enceintes sont beaucoup plus exposées au risque de forme sévère de la COVID que les autres femmes du même âge.

Dr Lacombe :

Et je dois dire qu'en France, ce sont exactement les mêmes recommandations qu'au Royaume-Uni. Donc maintenant, concernant les recommandations pour le seuil d'âge pour la première dose par pays ou région, nous avons indiqué sur ce graphique les pays et le seuil d'âge. Ainsi, si vous regardez par exemple le Canada et l'Allemagne, le seuil d'âge est de 70 ans, et pour les Pays-Bas, il est recommandé à partir de 12 ans. Par exemple, en France, il est de 60 ans, comme je vous l'ai dit plus tôt, et au Royaume-Uni, il est de 50 ans. Ce qui est également très important, c'est

d'examiner les recommandations pour une campagne de vaccination combinée contre la grippe et contre la COVID-19. Si vous regardez les pays, par exemple aux Pays-Bas, en Suisse, au Royaume-Uni, en France, etc., nous recommandons de coupler les campagnes contre la grippe et contre la COVID. Mais en Autriche, au Canada, en Allemagne, en Irlande ou aux États-Unis, il n'existe aucune recommandation de ce type jusqu'à présent.

Peut-être, Saul, pouvons-nous faire un petit récapitulatif concernant les besoins concernant la première dose et donner à l'audience quelques messages clés à retenir. Alors, qu'est-il important de retenir de ce que vous avez dit ?

Dr Faust : Bien sûr. Les rappels sont recommandés pour les personnes âgées, les professionnels de santé et pour d'autres groupes à risque pour cette année. Mais pour les personnes plus jeunes, il n'est pas nécessaire de leur administrer une quatrième dose à ce stade. L'autre élément que nous avons expliqué est qu'il existe des différences marginales entre les vaccins disponibles pour les rappels. Si votre pays dispose d'un vaccin bivalent, c'est parfait et vous pouvez l'utiliser. Mais si vous ne disposez que d'un vaccin de type sauvage, vous pouvez également l'utiliser. L'essentiel est d'utiliser un rappel dans les groupes de personnes qui en ont réellement besoin.

Dr Lacombe : Exactement. Et si je peux ajouter quelques éléments à cela, vous pouvez être rassuré sur les effets indésirables ; il n'y a rien de très différent de ce que nous savons déjà de la primovaccination. Et il est également très important de penser à coupler les campagnes de vaccination contre la COVID et contre la grippe, car dans la plupart des pays, les cibles sont exactement les mêmes.

Dr Faust : Oui. Merci. Maintenant, les gens vont se demander « Eh bien d'accord ». Vous nous avez dit que pour les variants actuellement en circulation, tous les vaccins dont nous disposons conviennent. À quoi devons-nous nous attendre pour la suite, Karine ?

Dr Lacombe : Eh bien, vous savez depuis ces deux dernières années que le paysage épidémiologique du SARS-CoV-2 est en constante évolution et, de fait, Omicron continue d'évoluer. Nous avons beaucoup parlé de cette souche BA.2.75 qui présente une infectiosité accrue et un échappement immunitaire. Si vous regardez du côté de l'infectiosité, les affinités de liaison de l'ECA2 augmentent lorsque nous comparons le variant BA.2.75 au BA.4 ou au BA.5. On observe également une utilisation accrue de la voie endosomale pour l'entrée dans les cellules. Du côté de l'échappement immunitaire, nous avons malheureusement constaté un échappement aux anticorps thérapeutiques ciblant les épitopes du BA.5. De plus, cette souche BA.2.75 échappe aux anticorps provenant du plasma de patients convalescents ayant été précédemment infectés par les variants delta et BA.5. Et c'est un gros problème pour nous lorsque nous avons affaire à des patients immunodéprimés, car le plasma de patients convalescents était parfois la seule option que nous avions comme outil thérapeutique. Dans la diapositive suivante,

vous voyez maintenant quelques données concernant les nouveaux variants, BQ.1 et BQ.1.1, qui augmentent très rapidement aux États-Unis et dans l'UE en ce moment, en France par exemple. Ils représentent plus de 50 % des infections automnales, c'est déjà le cas aux États-Unis et nous savons que d'ici le début de l'année 2023, ils représenteront plus de 80 % de l'ensemble des variants.

Quel est donc le problème avec ces deux sous-variants ? Eh bien, ils contiennent des mutations qui favorisent l'échappement immunitaire et réduisent ou annulent complètement l'efficacité du traitement par anticorps monoclonal ; par exemple, les anticorps monoclonaux recommandés pour la prophylaxie et d'autres anticorps monoclonaux tels que le bebtélovimab perdent complètement leur activité contre ce variant. Ces deux sous-variants sont donc des sous-lignées d'Omicron BA.5, mais nous pensons que les vaccins qui sont efficaces contre Omicron devraient aussi l'être avec B.Q1 et BQ.1.1. Il est donc très important de promouvoir cette quatrième dose de rappel auprès des patients ou des personnes qui en ont besoin. Ces vaccins bivalents, BA4 et BA5, ont été recommandés très récemment pour approbation par l'EMA.

Dr Faust :

Je pense que vous venez de faire une très bonne remarque, Karine. C'est que certains des traitements dont nous disposons en termes d'anticorps monoclonaux pour les personnes qui ne peuvent pas produire d'anticorps ne vont pas fonctionner aussi bien. Mais en fait, les vaccins fonctionnent grâce à de multiples mécanismes différents et jusqu'à présent, et je croise les doigts pour que cela dure, la protection contre les hospitalisations pour forme sévère de la maladie et contre les décès est maintenue. Nous nous attendons à ce qu'elle soit maintenue avec le variant que nous avons observé, indépendamment de l'échappement immunitaire théorique, car les vaccins fonctionnent de nombreuses façons différentes, et pas seulement en fournissant des anticorps.

Alors, faut-il faire ou ne pas faire une injection de rappel ? Et bien, administrer un rappel peut augmenter les niveaux d'anticorps et l'efficacité du vaccin, et peut stimuler la réponse cellulaire des lymphocytes T et B. Malgré l'apparition de nouveaux variants, la protection contre l'hospitalisation et le décès reste très élevée. Une quatrième dose peut être bénéfique, mais nous donnons la priorité aux personnes âgées et aux groupes à haut risque dans les pays développés pour le moment, et certainement au Royaume-Uni et dans l'UE. Et les profils de réactogénicité de rappel et de sécurité sont très similaires pour les vaccins bivalents, tous de type sauvage utilisés comme quatrième dose, comme nous l'avons vu pour la primovaccination ou les troisièmes doses avec ces vaccins originaux.

Karine, je pense que nous avons maintenant une session de questions et réponses. Je vais donc commencer par la première question qui se trouve en haut de la liste : quelle est le délai recommandé entre le troisième et le quatrième rappel ? Il est vrai que les essais qui ont été réalisés l'ont été assez rapidement, avec six mois entre les deux doses, parce qu'ils étaient menés afin d'éclairer les décisions politiques. Mais

le fait est que vous devriez recevoir votre prochaine dose lorsque votre pays l'a recommandé, car certaines personnes âgées peuvent avoir besoin de doses supplémentaires plus tôt que, par exemple, les professionnels de santé. Il faut donc vraiment faire attention aux moments recommandés pays par pays et ne pas s'inquiéter de la date exacte du rappel lui-même. Alors Karine, combien de rappels pensez-vous que nos patients devront recevoir au cours de l'année prochaine ou des deux prochaines années ?

Dr Lacombe :

Eh bien, il est très difficile de répondre à cette question, et je pense qu'il est impossible d'y répondre de manière définitive. Au début, nous pensions n'avoir peut-être besoin que d'un schéma de primovaccination, mais nous avons vu qu'avec un rappel, nous améliorions la réponse et en particulier sa durabilité. Nous avons donc ce premier et ce deuxième rappel, donc peut-être qu'à l'avenir la lutte contre le SARS-CoV-2 sera comparable à la lutte contre la grippe avec des sous-variants communs à prendre en compte chaque année, et peut-être un rappel chaque année pour les personnes âgées et les personnes présentant des comorbidités. Ceci afin non pas d'arrêter la transmission mais de diminuer le risque d'hospitalisation et d'évolution en forme sévère de la maladie. Et je suppose que c'est la seule chose que nous pouvons affirmer maintenant. C'est plus une prédiction qu'une réalité pour le moment.

Dr Faust :

Et je suppose qu'il se pourrait que les personnes âgées, en particulier, se voient recommander une autre dose intermédiaire, mais pour l'instant, nous n'en savons rien, car cela dépend de ce qui se passera avec la pandémie.

Oui, il y a quelques questions sur les enfants. La première est donc la suivante : « Les enfants ont-ils besoin de rappels après la primovaccination » ? Cela a été très difficile pour les pédiatres parce qu'en fait, au fur et à mesure que nous avons progressé dans la pandémie, et bien qu'il y ait quelques enfants qui subissent les effets du COVID long, leur nombre est très, très faible par rapport au nombre d'adultes, de personnes âgées et de personnes à risque qui tombent malades. Et donc, en général, et certainement dans l'UE et au Royaume-Uni, nous ne recommandons pas d'administrer un rappel chez les enfants normaux en bonne santé. Et nous savons aussi que les enfants normaux en bonne santé ont une séroprévalence très élevée. Des niveaux d'anticorps donc très élevés dans les enquêtes et les études qui ont été menées. Ainsi, les enfants ont soit été en contact avec la COVID, soit ont reçu un vaccin, et ils semblent avoir une protection immunitaire importante par rapport aux personnes plus âgées. Les ressources pour les vaccins sont donc ciblées sur la population âgée et à risque. C'est différent pour les enfants à risque : les enfants atteints de cancers, de problèmes immunitaires, d'asthme sévère ou d'autres troubles respiratoires. Si vous regardez les diapositives, vous verrez une longue liste sur celle concernant le Royaume-Uni et l'UE, je pense, Karine, que vous devriez peut-être me rappeler la recommandation de l'UE sur l'âge. Au Royaume-Uni, nous offrons certainement des rappels à tous les enfants à risque âgés de plus de cinq ans.

- Dr Lacombe :** Oui, c'est la même chose. Oui, nous proposons la même chose. Avec les rappels bivalents, nous avons une indication au-dessus de 12 ans, mais avec le vaccin monovalent, c'est au-dessus de cinq ans.
- Dr Faust :** Et ce n'est pas parce que ces personnes tombent nécessairement très malades et doivent être hospitalisées, mais plutôt parce que nous avons les vaccins, nous savons qu'elles sont à risque et nous ne voulons pas prendre de risque. Nous allons donc proposer des rappels, nous allons encourager toutes les personnes à risque âgées de plus de cinq ans à faire un rappel afin de maximiser leur protection. Et cela les protégera aussi bien sûr si le virus et la pandémie évoluent à nouveau. Karine, pour revenir sur ce que nous disions, pensons-nous que les vaccins actuels seront utiles contre les tout nouveaux variants qui apparaissent, et pas seulement ceux sur lesquels nous avons montré des données ?
- Dr Lacombe :** Tout à fait. Très probablement parce que nous vous avons dit que le vaccin développé avec la souche ancestrale s'est avéré efficace contre les sous-variants de la souche Omicron, les souches d'Omicron. Il n'y a donc aucune raison pour qu'il ne soit pas efficace contre BQ.1, BQ.1.1, etc., et les autres variants qui apparaîtront en 2023. Il est donc absolument important de recevoir un rappel lorsque nous en avons besoin, car il a été démontré qu'il permet de prévenir les formes sévères de la maladie et les hospitalisations.
- Dr Faust :** Merci. Et une autre question nous arrive pour savoir si l'immunité acquise naturellement a été étudiée, et comparée à celle des personnes vaccinées et aux études sur l'immunité renforcée. Je suppose que nous avons abordé ce sujet avec les données d'Israël, n'est-ce pas ? Où vous avez une différence entre les personnes qui ont reçu trois et quatre doses, et où un avantage certain a été mis en évidence avec la quatrième dose. Je pense donc qu'il existe de bonnes preuves que vous ne pouvez pas simplement supposer que l'infection naturelle va vous protéger contre la forme la plus sévère de la maladie. Et bien sûr, je pense que nous en avons discuté lors de notre dernier webinaire, n'est-ce pas, Karine. Lorsque vous avez autant de personnes infectées en même temps, les rappels sont vraiment importants pour alléger la pression sur nos systèmes de santé. Dans toute l'Europe, en hiver, les systèmes de santé sont mis sous pression par les virus respiratoires hivernaux, dont l'un est la COVID. Je vous inciterais donc vraiment à encourager vos patients et à éduquer vos communautés pour que les gens reçoivent les rappels de vaccins recommandés par les comités de vaccination de votre pays.
- Très bien. Je pense que nous sommes sur le point d'arriver à la fin de notre session, nous n'avons plus aucune question. Ce fut un plaisir de parler avec vous à nouveau. Merci beaucoup et merci à tous d'avoir regardé ce webinaire. Merci beaucoup.
- Dr Lacombe :** Et merci à vous, Saul.

Il s'agit d'une transcription qui n'a pas été révisée.

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre éducatif. Aucun crédit de formation médicale continue (FMC) ne sera accordé pour la lecture du contenu de ce document. Pour participer à cette activité, rendez-vous sur www.medscape.org/viewarticle/985708

Pour toute question concernant le contenu de cette activité, veuillez contacter le prestataire responsable de cette activité éducative à l'adresse CME@medscape.net.

Pour obtenir une assistance technique, contactez l'adresse CME@medscape.net.

L'activité pédagogique présentée ci-dessus peut impliquer des scénarios de cas simulés. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs et aucune association avec un patient réel quel qu'il soit n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas nécessairement l'opinion de Medscape, LLC ou celle des sociétés qui soutiennent les programmes éducatifs sur medscape.org. Ce contenu pourrait porter sur des produits thérapeutiques n'ayant pas encore été approuvés par la Food and Drug Administration des États-Unis et des utilisations hors AMM de produits approuvés. Un professionnel de santé qualifié doit être consulté avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier toutes les informations et les données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette activité éducative.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC