

ÉVOLUTION DES HESITATIONS ET DES OBJECTIONS AUX DOSES DE RAPPEL DE VACCIN CONTRE LA COVID-19 : DISTINGUER LE VRAI DU FAUX

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

Dr Rosemary Leonard, MBE, MA, MB, BChir, MRCGP, DRCOG : Bonjour. Aujourd'hui, nous allons parler de la réticence à l'égard de la vaccination. Les thèmes abordés appartiennent généralement à 3 catégories : l'évolution de la réticence à l'égard de la vaccination, les principaux moteurs de cette réticence et les réponses à y apporter pour renforcer la confiance envers le vaccin et son adhésion. Commençons par définir ce qu'est la réticence à l'égard de la vaccination. La réticence à l'égard de la vaccination est définie comme un délai à accepter ou à refuser les vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination. Le manque de confiance dans les vaccins contre la COVID-19 représente une menace directe et indirecte pour la santé et pourrait faire échouer les efforts visant à éradiquer la pandémie actuelle. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a identifié la réticence à l'égard de la vaccination comme une menace majeure pour la santé mondiale. La réticence à l'égard de la vaccination n'est pas nouvelle. Nous savons tous qu'elle existe depuis longtemps et nous avons rencontré des problèmes avec le vaccin ROR [rougeole, oreillons et rubéole], toutes sortes de problèmes de réticence à l'égard de la vaccination, mais le phénomène a pris de l'ampleur depuis, une ampleur à laquelle les réseaux sociaux ont largement contribué. Les attitudes à l'égard des vaccins ont toujours été instables, mais l'acceptation des vaccins est actuellement plus dynamique. Elle évolue rapidement.

Dr Thomas Frese, MD, PhD : Cette diapositive montre la couverture vaccinale actuelle en Europe. Vous pouvez voir les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19, celles ayant reçu une deuxième dose, puis celles ayant reçu une dose de rappel. Vous observez que les gens ont assez bien accepté les 2 premières doses, avec des taux compris entre 72 % et 75 %, mais ont vraiment moins bien accepté, dans une large mesure, les première, deuxième et troisième doses de rappel. Cependant, il faut prendre en compte le fait que tout le monde n'est pas éligible aux deuxième et troisième doses de rappel. La réticence à l'égard de la vaccination évolue dans le temps. Au début, les gens attendaient les vaccins avec une certaine impatience. La réticence initiale est apparue avec la mise à disposition des vaccins pour la première fois. Depuis, les patients se sont répartis en deux catégories, ceux qui acceptent le vaccin et ceux qui le refusent. Ce phénomène, appelé « épidémiologie émotionnelle », n'est pas nouveau. Il avait déjà été décrit pour les vaccins anti-H1N1.

De même, la réticence à l'égard de la vaccination évolue dans le temps au niveau de la population comme au niveau individuel. Cela souligne la nécessité de suivre longitudinalement la réticence et de l'aborder différemment dans le temps. La réticence à l'égard de la vaccination varie assez largement selon les lieux. Le graphique montre, par exemple, les différences

régionales aux États-Unis. En ce qui concerne la réticence à l'égard de la vaccination, il existe donc non seulement des différences internationales, mais aussi des différences régionales et locales. Des approches ciblées sont donc nécessaires pour mieux faire accepter le vaccin. Ces approches ciblées peuvent avoir à être utilisées dans de très petites unités comme des communautés, des sous-populations spécifiques et autres. Quand l'on parle de réticence à l'égard de la vaccination, soyez conscient de la situation locale, de la population spécifique qui consulte à votre cabinet, de vos patients, et anticipez leurs inquiétudes.

Dr Leonard : Les moteurs de la réticence à l'égard de la vaccination évoluent. Certains de ces motifs existaient avant la COVID-19, comme le fardeau du calendrier vaccinal, en particulier pour les vaccinations infantiles. Certains parents nous disaient, « Mais comment pouvez-vous injecter 6 vaccins en 1 ? 6 microbes dans un seul vaccin, n'est-ce pas beaucoup pour le système immunitaire ? » Ensuite, il y a eu des inquiétudes concernant les ingrédients du vaccin, comme « Est-ce qu'il y a du mercure dedans ? Est-ce que ça va faire mal ? » Il y a également eu les risques perçus des vaccins, dont le plus important est le risque perçu, mais totalement inexact, d'autisme. L'autre problème réside dans le faible risque d'infection perçu : « Pourquoi devrais-je faire vacciner mon enfant contre la poliomyélite ou la diphtérie ? Ces maladies ont disparu, non ? » Les objections de ce type existaient avant la COVID-19.

Ensuite, d'autres moteurs d'hésitation sont apparus avec la première vague de vaccination. Certains disaient « Mais attendez, c'est un tout nouveau vaccin, vous n'avez pas de données, comment savez-vous qu'il sera efficace ou sûr ? » Il y a eu beaucoup de désinformation sur les vaccins. On a pu constater un manque de confiance dans les institutions et les experts scientifiques : les gens ne les croyaient tout simplement pas, et il y avait une polarisation politique. Cela s'est produit au début de la pandémie de COVID-19, et nous avons tous été confrontés à des personnes mettant en doute la sécurité du vaccin et son incapacité à empêcher de contracter une forme grave de la maladie et indiquant qu'ils ne se feraient tout simplement pas vacciner. Les moteurs actuels, dont certains émergent tout juste, sont différents. Des personnes qui ont déjà reçu plusieurs doses semblent montrer maintenant une fatigue vaccinale. Il est intéressant de noter que cette fatigue vaccinale que nous constatons avec les doses de rappel contre la COVID concerne également la campagne annuelle de vaccination contre la grippe. Les gens se sentent obligés. Ils estiment avoir reçu assez de doses de vaccin.

Ils ont également trop confiance dans l'immunité acquise en ayant contracté précédemment la COVID. « Ça va, j'ai déjà eu la COVID. » Ils demandent : « Pourquoi devrais-je me faire vacciner ? Je n'en ai plus besoin, mon système immunitaire fonctionne bien, j'ai eu la COVID et n'ai plus besoin de me faire vacciner. » Le risque perçu lié à Omicron est aussi plus faible. Ils pensent que « ça va, ce n'est pas grave, je ne vais pas aller à l'hôpital à cause de la COVID, inutile de s'inquiéter. » Pourquoi devrais-je me faire vacciner contre Omicron ? » Et ils complètent : « Écoutez, j'ai eu Omicron, le vaccin n'a pas fonctionné contre Omicron. Il y aura d'autres nouvelles souches, pourquoi devrais-je me faire vacciner contre Omicron ? Quel est l'intérêt de se faire vacciner maintenant alors qu'il y aura sûrement une nouvelle souche ? » Ce sont les moteurs émergents auxquels nous sommes confrontés.

Dr Frese : Oui. Cette diapositive présente les données de réticence vis-à-vis des doses de rappel au sein de l'Union européenne (UE), d'États réellement libres, d'Autriche, d'Allemagne et de Suisse. Les données ont été estimées pendant l'été 2021 à partir d'une enquête auprès

d'environ 2500 personnes. La question principale était : « Êtes-vous prêts à recevoir des doses de rappel annuelles contre la COVID-19 ? » 82 % des personnes ont accepté l'idée de recevoir une dose de rappel anti-COVID-19 annuelle, alors que 17,6 % des personnes n'étaient pas d'accord. Un âge avancé était un facteur associé à la volonté de se faire vacciner, et les personnes résidant en Autriche ou en Allemagne répondaient plus positivement que les personnes résidant en Suisse. La participation aux dernières élections nationales était aussi un facteur. Les personnes qui ne fréquentent pas régulièrement un culte religieux étaient plus susceptibles d'accepter des rappels anti-COVID annuels. Les personnes qui approuvaient totalement ou partiellement les mesures d'atténuation de la COVID-19 étaient également plus susceptibles d'accepter les rappels anti-COVID annuels. Ce travail de Weitzer *et al.*, qui a également été publiée dans le Lancet Regional Health Europe, s'est appuyé sur des personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la COVID. Toute la population n'a donc pas été interrogée.

Dr Leonard : J'ai ici des données des États-Unis : celles d'une autre enquête auprès d'un peu plus de 1500 adultes américains auxquels on a injecté une dose de rappel. Ils en ont eu une, et parmi toutes ces personnes, 34 % seulement se sont dites très susceptibles de recevoir une seconde dose de rappel. Si l'on essaie de savoir pourquoi, les réticences tenaient essentiellement aux effets secondaires et, comme je l'ai mentionné, à l'idée chez les patients que le vaccin n'était pas nécessaire. Il y a également eu des personnes qui ont refusé le vaccin par altruisme en se disant que d'autres avaient plus besoin du vaccin qu'elles, ont refusé de s'absenter du travail pour se faire vacciner ou redoutaient les effets secondaires. D'autres, encore, ont indiqué n'avoir tout simplement pas le temps.

Dr Frese : Mais quels sont les principaux moteurs de la réticence à l'égard du vaccin contre la COVID-19 ? D'abord, il y a des inquiétudes concernant l'efficacité. De nombreux patients considèrent la prévention de l'infection ou d'une forme grave de la maladie comme essentielle. Le risque perçu de la COVID-19 est aussi relativement faible. Le risque de toute infection et forme grave de la maladie est donc sous-estimé. Du point de vue de la pratique quotidienne, les inquiétudes concernant la sécurité sont très importantes : les patients et les personnes craignent que les effets secondaires soient importants. Ils se méfient des éventuels effets à long terme des vaccinations et des substances utilisées.

Dr Leonard : Parlons donc des contre-vérités. Nous avons tous été confrontés aux contre-vérités sur l'efficacité des vaccins. Commençons par les inquiétudes concernant l'efficacité. Le vaccin est-il efficace ? « Le vaccin est sans effet, puisque l'on peut quand même contracter la COVID-19. » Malheureusement, nous l'avons constaté. Bien sûr, une fois que vous avez reçu le vaccin, vous avez beaucoup moins de risque de développer une forme grave de la maladie, mais les gens continuent à prétendre que le vaccin ne marche pas. Ils pensent aussi que l'infection ou l'immunité naturelle est plus efficace que le vaccin. « Laissez-moi être immunisé en contractant naturellement la maladie. » Voilà pour les inquiétudes concernant l'efficacité. Il y a ensuite les problèmes de sécurité d'emploi, qui étaient très importants au début de la campagne de vaccination. Certains y pensent toujours : « Les vaccins sont nouveaux, on n'a pas assez de données sur leur sécurité à long terme. »

Il y a aussi l'impact sur la fertilité, dont nous allons reparler dans 1 minute. « Ils sont dangereux pour les femmes enceintes. » Ils sont préoccupés par leur sécurité. Ensuite, il y a, là encore, une idée fautive et une inquiétude concernant la sécurité d'emploi : « Les effets secondaires

des vaccins sont aussi dangereux que la COVID-19 ». Là encore, il y a une idée fautive et une inquiétude concernant la sécurité d'emploi : l'idée que le risque de myocardite l'emporte sur les bénéfices de la vaccination chez les jeunes, qui craignent alors que le vaccin soit plus dangereux que la maladie elle-même. Et il y a alors eu une nouveauté, car les gens ont appris que c'était un vaccin à ARNm et se sont dit : « C'est un vaccin à ARN, ça va affecter mon ADN, je n'en veux pas ». Ces nouvelles idées fausses ont commencé à circuler avec la campagne de vaccination contre la COVID-19.

Dr Frese : Il y a également d'autres facteurs de réticence à l'égard du vaccin contre la COVID-19, et certains facteurs ne sont pas liés aux vaccins eux-mêmes. Pensez au rôle des réseaux sociaux, qui fournissent des informations, influencent largement l'attitude et le comportement de la population et des patients. La désinformation. Les fausses informations diffusées, quelle que soit l'intention cachée derrière, qu'elles soient diffusées exprès pour induire les gens en erreur ou pas, c'est de la désinformation. Elle joue elle aussi un rôle dans la réticence à l'égard de la vaccination. La méfiance envers les institutions, que l'on a observé plus souvent pendant les premières vagues de COVID, par exemple, vis-à-vis des gouvernements, des organismes de santé publique, des experts scientifiques, des médecins en général et des systèmes de santé, ces méfiances sont elles aussi des moteurs de la réticence à l'égard de la vaccination et peuvent s'avérer pertinentes dans d'autres contextes que celui de la COVID-19.

Dr Leonard : Les réseaux sociaux jouent eux aussi un rôle important. Là encore, un sondage effectué en octobre 2021, il y a donc plus de 1 an, mais toujours d'actualité, montre sur ce graphique, par exemple, que si une personne lit sur un réseau social qu'un membre de sa famille ou des amis proches se sont fait vacciner, cette personne est plus susceptible de se faire elle-même vacciner. À l'inverse, si un membre de sa famille ou des amis proches ont été vaccinés et infectés ensuite, la personne peut peut-être se demander « à quoi bon se faire vacciner ? ». Ainsi, au-delà des facteurs individuels, le réseau social d'une personne peut influencer considérablement sa décision de se faire vacciner. Là encore, si vous avez vous-même contracté la maladie, vous pouvez penser que vous êtes immunisé et que vous n'avez pas besoin de vous faire vacciner. Le revenu du ménage, et la recherche plus importante publiée dernièrement à ce sujet, une classe socio-économique plus élevée et un niveau d'instruction supérieur sont associés à une plus forte probabilité de se faire vacciner. Les proportions sont à peu près les mêmes pour les deux sexes, pour les différentes tranches d'âge, en revanche, il y a une forte disparité en ce qui concerne l'origine ethnique.

J'exerce dans le sud de Londres, où il y a une forte population d'origine afro-antillaise, et ces patients ont vraiment beaucoup hésité à se faire vacciner. Vous le constatez là aussi sur la diapositive. Les réseaux sociaux sont également une source d'information importante sur la santé. Ces réseaux sociaux sont devenus les principaux canaux d'information et de partage pendant la pandémie et ils facilitent la propagation de la désinformation. Facebook, Twitter, TikTok, YouTube, pendant la pandémie, l'utilisation des réseaux sociaux est passée de 20 % à 87 %.

Dr Frese : Il n'y a pas que sur les réseaux sociaux que l'on trouve différentes couches d'informations : elles sont affichées à droite. Les réseaux sociaux se trouvent en bas, les médias d'information forment la couche suivante, la politique et la pratique médicale forment la couche encore supérieure et, tout au-dessus, vous avez la science et l'information scientifique. La science et l'information scientifique représentent la plus petite couche de cette somme

d'informations si l'on tient compte du volume d'informations, mais elles passent par des cycles de production rigoureux et très sélectifs. Les réseaux sociaux constituent le segment le plus important et, comme a pu le souligner Rosemary, ils diffusent des informations presque sans filtre ni contrôle, qui sont générées, amplifiées et modifiées par le public.

Quel est l'impact de la désinformation sur les vaccins ? La désinformation, en particulier lorsqu'elle est amplifiée par les réseaux sociaux, peut avoir des conséquences graves et néfastes et aboutir à la méfiance envers les experts en général ou envers les vérités scientifiques. Des informations trompeuses peuvent également avoir, et ont eu, des effets néfastes sur les campagnes de vaccination contre la COVID-19. De mars à avril 2020, les publications sur les réseaux sociaux contenant des informations erronées sur les vaccins ont été vues 4,5 milliards de fois, un volume de vues incroyable. Repensez aux couches d'information et à la somme d'informations, qui montrent très bien à quel point les réseaux sociaux jouent un rôle important et essentiel dans la propagation de la désinformation. Internet fourmille d'informations fausses sur la prévention et la gestion de la COVID-19, et pire encore, la désinformation peut avoir des effets néfastes sur la santé en incitant les gens à prendre des remèdes inefficaces, voire nocifs. Pensez à la chloroquine, à l'ivermectine et au rôle qu'elles ont joué dans la pandémie de COVID-19.

Dr Leonard : Le variant Omicron et les vaccins actuels. Le variant Omicron comporte de nombreuses mutations nouvelles, tant au niveau des protéines structurelles, qu'au niveau des protéines non structurelles, ce qui suscite des inquiétudes concernant l'échec du vaccin, l'évasion immunitaire et l'augmentation de la transmissibilité. Malgré cela, nous disposons maintenant de preuves attestant que la vaccination ou une infection antérieure par d'autres variantes de la COVID, à savoir les anciens variants Delta, protègent partiellement de la COVID-19 causée par le variant Omicron. De même, le variant Omicron a tendance à provoquer des formes moins graves de la maladie, en particulier, dans de très fortes proportions, dans les populations vaccinées. Mais soyons justes, nous avons maintenant besoin de renforcer la recherche sur l'évolution de l'immunité vis-à-vis du variant Omicron dans le temps.

Pour nous orienter pendant la vague Omicron de la pandémie, nous avons besoin de renforcer la recherche. Nous devons connaître le degré d'efficacité des vaccins que nous administrons actuellement. En ce qui concerne les vaccins actuels, les vaccins bivalents dirigés contre le variant Omicron et le variant Delta, nous avons besoin de données issues d'essais cliniques pour connaître leur degré d'efficacité contre les nouveaux variants. Vous devez donc rester informé pour être à même de mener cette discussion avec des patients qui demanderont si « ce vaccin contre les souches précédentes est efficace contre le variant Omicron ? Et contre les nouveaux variants ? » Nous avons également besoin de confiance dans les institutions et les experts. Cette confiance a été sapée par la désinformation et une mauvaise communication, et nous devons faire des efforts pour que le public reprenne confiance à long terme.

Nous devons également nous montrer très prudents afin d'éviter d'éloigner des populations à risque. Nous devons donc identifier les populations cibles et répondre à leurs inquiétudes spécifiques, comme celles des minorités ethniques, des personnes ayant certaines croyances religieuses. Cela pourrait aider une personne hésitante vis-à-vis des vaccins à ne pas les refuser totalement. Nous ne voulons pas éloigner ces populations.

Dr Frese : À quelles stratégies pourrait-on avoir recours pour lutter contre l'hésitation vis-à-vis de la vaccination ? Ce qui fonctionne généralement dans les faits, et qui fonctionne aussi dans les données, c'est l'engagement personnel des professionnels de santé, qui partagent des informations positives pertinentes pour les différents patients. Nous avons besoin d'une communication sur mesure, qui cible des communautés spécifiques, des sous-populations spécifiques parmi la population qui fréquente votre cabinet. Cette communication peut également cibler des personnes particulières, dont l'effet multiplicateur dans leur sous-population ou leur communauté peut s'avérer très importante. Il s'agit d'amener les vaccins dans la communauté et, à cette fin, il peut s'avérer vraiment important de les rendre plus accessibles. Ainsi, on peut faciliter les campagnes de vaccination et répondre à la réticence à l'égard de la vaccination en aplanissant les obstacles. Notez que les approches descendantes ne fonctionnent pas sur des populations qui n'ont pas confiance dans les institutions. De plus, si les personnes désireuses de se faire vacciner apprécient les passeports vaccinaux, ils ne font qu'éloigner davantage ceux qui refusent la vaccination.

Dr Leonard : Donc, en ce qui concerne la lutte contre la désinformation... Face à un patient qui ne veut pas du vaccin, vous lui demandez d'où il tient ses informations et d'où viennent les messages qu'il a reçus. Parfois, il y a l'envie de leur dire que « cette source est une poubelle ». Mais si je le fais, ça risque de les éloigner. Nous ne devons donc pas critiquer leur source de désinformation, mais plutôt instaurer la confiance, reconnaître leurs inquiétudes et leur méfiance, et essayer de les orienter vers des sources d'information fiables répondant aux questions qui les préoccupent. Plutôt que de nous en prendre à leur source d'information, je recommanderais de les orienter vers une source d'information fiable et de partager des ressources et des faits. Il faut éviter de les stigmatiser, afin de gagner leur confiance, et se montrer amical et empathique vis-à-vis d'eux.

Dr Frese : Parmi les contre-vérités que l'on entend sur les vaccins COVID, il y a « les vaccins ne marchent pas, la preuve, on peut encore attraper la COVID-19 ». En voici quelques exemples. « Je crois que les vaccins ne fonctionnent même pas, j'ai entendu dire que certaines personnes avaient encore eu le COVID après avoir été vaccinées. » C'est une contre-vérité courante. La COVID-19 peut continuer à circuler même une fois que l'on a été immunisé par infection naturelle ou vaccination, ce qui montre l'importance des efforts d'atténuation de la transmission à long terme. Par conséquent, quels que soient nos antécédents d'infection, nous devons tous continuer à atténuer la propagation de l'infection. Un point très important si vous passez du point de vue d'une personne prise individuellement au point de vue de la population. Il est important de souligner que les vaccins contre la COVID-19 autorisés sont très efficaces pour prévenir les formes graves de la COVID-19 et pas seulement pour éviter les formes légères.

Dr Leonard : L'autre contre-vérité : l'immunité naturelle est supérieure à l'immunité obtenue par vaccination. Il est important d'expliquer que toute immunité est naturelle, qu'elle soit induite par un vaccin ou obtenue après avoir contracté la COVID-19. Mais l'immunité due à la vaccination possède des bénéfices supplémentaires vraiment importants, et nous pouvons en parler à nos patients. Les vaccins conduisent le système immunitaire à réagir de manière plus contrôlée que lors d'une infection et évitent les dommages sévères que l'infection naturelle après avoir contracté la COVID-19 peut parfois causer. Qui va tomber gravement malade, qui va avoir une COVID longue ? C'est très imprévisible. C'est un autre problème que nous devons aborder. On

doit aussi leur rappeler que la vaccination réduit le risque de transmettre le virus à d'autres personnes par rapport à la maladie elle-même.

D'autre part, il est intéressant de constater que la réponse immunitaire après la COVID-19 varie beaucoup, tandis que la réponse au vaccin reste généralement forte et constante.

Par ailleurs, et j'ai pu m'en rendre compte car je travaille beaucoup dans le domaine de la santé des femmes, les vaccins contre la COVID-19 affectent la fertilité. Plusieurs réseaux sociaux, Mumsnet et d'autres, se sont fait le relais de discussions sur la fertilité, où l'on s'interroge sur l'impact des vaccins contre la COVID-19 sur la fertilité. Cela s'explique en grande partie par le fait que la vaccination affecterait le cycle menstruel. Ainsi, bien que les effets sur la fertilité future n'aient pas été étudiés dans les essais initiaux, à l'heure actuelle, rien ne prouve que le vaccin contre la COVID-19 a un effet sur la fertilité future.

Oui, le calendrier menstruel peut changer, mais le cycle redevient normal et la fertilité reste inchangée. Il y a hélas de la désinformation concernant l'impact du vaccin sur la fertilité future. Cela doit être contrôlé très durement afin d'éviter toute hésitation chez les jeunes femmes qui se présentent à l'hôpital pour se faire vacciner. Nous devons les rassurer sur la sécurité de la vaccination pendant la grossesse, sur sa sécurité avant de commencer une grossesse, mais si vous contractez la COVID-19 pendant la grossesse, la réponse immunitaire sera modifiée en raison de la grossesse. Si vous contractez la maladie alors que vous êtes enceinte, vous êtes beaucoup plus à risque de développer une forme grave. Toutes les sociétés d'obstétrique et de gynécologie recommandent aux femmes enceintes de se faire vacciner.

Dr Frese : Oui. Une autre contre-vérité prétend que les effets secondaires du vaccin contre la COVID-19 sont aussi dangereux que la COVID-19. Mais une analyse de données issues d'essais cliniques publiés et de données de vie réelle a montré que si le spectre des effets indésirables liés au vaccin est extrêmement large, la plupart des effets indésirables restent tolérables et sont principalement de grades 1 et 2. Par exemple, la fièvre (éventuelle) est généralement légère et passagère et dure 1 ou 2 jours en tout. Certains effets indésirables sévères ont cependant été identifiés. Leur incidence était extrêmement faible, en particulier par rapport à la maladie naturelle. Le nombre affiché ici représente les événements thrombo-emboliques de l'ordre de 21 à 75 cas par million de doses administrées. Pour la myocardite, la péricardite, 2 à 3 cas par million de doses administrées aux patients.

Des complications neurologiques des vaccins COVID-19 ont été décrites, mais sont bien plus rares que les complications neurologiques qui peuvent durer longtemps après la COVID-19. La plupart des symptômes apparaissent peu après la vaccination et beaucoup de gens se rétablissent sans traitement en quelques jours. Sur la diapositive suivante, vous voyez des chiffres comparés entre les hospitalisations prédites associées à la COVID-19, donc les cas de maladie sévère, et les cas prévus de myocardite due à la vaccination, divisés par tranches d'âge. Vous voyez, surtout pour les adultes, que les bénéfices des hospitalisations évitées sont beaucoup plus importants, par exemple, que les risques de myocardite.

Dr Leonard : Encore une autre contre-vérité : « Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 vont altérer mon ADN. » Les gens le disent, car ils ont appris que ces vaccins contiennent de l'ARN messager. De là est née la croyance qu'il existe des preuves que la COVID-19 altère l'ADN. Ce point est devenu un facteur prédictif pour identifier la réticence à l'égard du vaccin. Nous devons pouvoir rassurer nos patients et leur dire que la technologie de l'ARNm de ces vaccins est en cours de développement depuis près de 20 ans. Nous devons rassurer nos patients

quant au fait que la translation de l'antigène a lieu dans le cytoplasme et non dans le noyau, ce qui rend peu probable l'incorporation de l'ARNm à leur génome, à leur ADN.

Les professionnels de santé restent toujours les conseillers les plus fiables et ceux qui influencent les décisions en matière de santé. J'ai aussi eu des patients qui sont venus pour le vaccin contre grippe, mais refusaient le vaccin contre la COVID. J'ai pu leur parler. Les patients demandent parfois « si nous aussi nous sommes fait vacciner ». Je leur réponds que « oui, je me suis fait vacciner ». Ils disent « d'accord, si vous vous êtes fait vacciner, je vais me faire vacciner aussi. » Mais nous pouvons également donner à nos patients des conseils, des informations précises sur le vaccin. Nous devons donc être conscients de la situation locale pour anticiper les inquiétudes des patients et être en mesure d'adapter la discussion à la personne face à nous. Cette adaptation implique également de s'adapter aux croyances, aux attitudes et aux expériences spécifiques de chaque personne. On peut alors adapter les messages ou les informations qu'on leur propose afin de les rendre plus pertinents et renforcer la probabilité que ces personnes modifient leur comportement.

Dr Frese : À quelles stratégies de communication pourrions-nous avoir recours ? Posez des questions pour susciter des inquiétudes individuelles et répondez à des questions spécifiques lorsque vous le pouvez. Essayez d'évaluer les attentes, les inquiétudes, les risques perçus des patients, etc. Évoquez les bénéfices du vaccin lors de plusieurs rencontres, si nécessaire. C'est le rôle privilégié que nous jouons en qualité de médecins généralistes : nous voyons souvent les patients et n'avons pas à résoudre le problème dès la première consultation. Conservez des sources d'information fiables, à jour et accessibles pour les distribuer aux patients afin de leur apporter des conseils clairs et actuels. Assurez-vous plusieurs fois que les patients comprennent bien lorsque vous discutez de la vaccination. Ajustez votre style en fonction des différents niveaux d'alphabétisation, d'instruction et de langue, comme nous le faisons habituellement en médecine générale, puis adoptez une approche très centrée sur le patient. Restez toujours ouvert et faites preuve d'empathie.

Dr Leonard : La réticence à l'égard de la vaccination s'explique par différentes raisons. Comment se fait-il qu'un patient hésite désormais à se faire vacciner ? Nous avons identifié 2 voies. Tout d'abord, une logique néolibérale, qui consiste à croire que chacun est responsable de sa propre santé. Ils évaluent les informations disponibles et font le choix qui leur convient le mieux. Mais leurs choix peuvent se heurter aux concepts de santé publique et aux campagnes de vaccination. Ils le font vraiment de leur côté : « J'ai fait mes recherches et voici ce que j'ai décidé ». D'un autre côté, il y a l'exclusion sociale des groupes marginalisés, qui peuvent se méfier des institutions. Ils estiment que le gouvernement ne répond pas vraiment aux besoins de leur petit groupe minoritaire. Ils peuvent souffrir d'une absence de liens sociaux et quand ils se montrent réticents à l'égard de la vaccination, c'est une façon de dire « C'est mon choix ». Ils deviennent réticents à l'égard de la vaccination.

Et puis il y a d'autres types de personne qui font preuve de réticence à l'égard des vaccins. Certains croient aux théories du complot. « Quelqu'un va surveiller mon ADN, va me suivre avec ce vaccin. » Mais les personnes hésitantes à l'égard des vaccins ne croient pas toutes aux théories du complot, et une meilleure identification des facteurs sous-jacents de la réticence permet de mieux communiquer et de fournir des informations pertinentes.

Dr Frese : Cette diapositive est très importante. N'oubliez pas les principes « RULE », les principes utilisés dans le cadre des entretiens de motivation. Le « R » signifie « résister » à la

tentation de corriger le patient : n'essayez pas de résister à la position du patient réticent. Le « U » signifie « understand » (comprendre) : comprendre les motivations. Posez des questions qui font émerger les valeurs et les inquiétudes, et écoutez-les. Même s'il y a beaucoup de patients sur votre carnet de rendez-vous, essayez d'écouter. Les informations que vous fournissez à un patient réticent à l'égard de la vaccination ne suffisent pas automatiquement à entraîner un changement. Il est également très important de responsabiliser le patient. Guidez le patient en l'aidant à réfléchir à haute voix, à mieux décider et montrez-lui comment changer.

Dr Leonard : Ce programme est très intéressant, en particulier pour moi qui travaille dans le sud de Londres où vit une forte population noire. Black Women in Health est une organisation britannique à but non lucratif qui a lancé un programme de sensibilisation à la COVID-19 pour faire de la pédagogie auprès des communautés ethniques noires, asiatiques et minoritaires au Royaume-Uni, qui étaient très hésitantes à l'égard du vaccin. Bon nombre d'entre eux hésitaient à se faire vacciner. Nous avons pu constater de vrais problèmes de vaccination auprès de ces communautés. Les femmes de Black Women in Health assurent une présence sur les réseaux sociaux, ont créé des podcasts en plusieurs langues avec des personnes issues de leurs communautés. Elles ont également organisé un webinaire de 2 heures pour briser les contre-vérités entendues ici et là sur les vaccins contre la COVID-19. Cet événement a réuni plus de 150 membres de la communauté noire, asiatique et d'autres minorités ethniques. Cela a permis de modifier certaines perceptions sur les vaccins. Si nous regardons ici, les chiffres sont réduits, mais avant le webinaire, 66 % étaient prêts à se faire vacciner, contre 90 % des personnes ensuite. Cette augmentation a été de nouveau obtenue dans toutes les populations noires, asiatiques et de minorités ethniques du Royaume-Uni. Cela a fait une vraie différence en ce qui concerne l'acceptation du vaccin.

Dr Frese : Un cas me vient à l'esprit. Pensez à une femme de 37 ans présentant une comorbidité, un asthme sévère, qui avait déjà reçu 2 injections de vaccins contre la COVID en 2021 et sa première dose de rappel il y a 10 mois. Elle envisage de recevoir une nouvelle dose de rappel. Comment aborderiez-vous cette discussion si elle hésite à recevoir une nouvelle dose de rappel et la dose suivante ? Pensez aux principes RULES et demandez-vous comment vous aborderiez le cas de cette patiente.

Dr Leonard : La période a été compliquée pour nous médecins généralistes qui essayions d'administrer aux gens leurs doses de rappel. Mais nous devons nous rappeler que la réticence à l'égard des vaccins évolue. Il y a aujourd'hui différents moteurs, différents types de réticence. Les moteurs standard persistent : les problèmes d'efficacité, les problèmes de sécurité, les réseaux sociaux et la désinformation. Mais il y a également de nouveaux facteurs qui émergent, en particulier la fatigue vaccinale, l'excès de confiance dans les doses précédentes, la COVID contractée précédemment, le risque perçu du variant Omicron qui reste faible et l'incertitude quant à l'efficacité contre les variants futurs. Quelles mesures pouvez-vous prendre ? Nous sommes une source d'information fiable. Nous devons être conscients de la situation locale et anticiper les questions et les inquiétudes et adapter les discussions à chacun.

Passons maintenant aux questions/réponses. Je vais donc demander maintenant quelles sont les preuves l'efficacité des doses de rappel contre la COVID-19 chez les patients qui ont contracté la COVID-19 précédemment ?

Dr Frese : Oui. En fait, je ne connais pas une population très exacte sur cette question, mais on peut dire que la prévention immunitaire décroît dans le temps. Il existe des données claires

montrant qu'un patient recevant une dose de rappel contractera une forme plus légère de la COVID s'il est de nouveau infecté.

Dr Leonard : Il y a une autre question ici.

Dr Frese : Oui.

Dr Leonard : Il reste des personnes atteintes de formes sévères de la COVID même après la dose de rappel. Comment l'expliquer ?

Dr Frese : Je n'en suis pas sûr, mais on doit dire que de pareils cas existent, nous le savons tous grâce à notre pratique, et on peut toujours se demander « pourquoi la vaccination n'a pas fonctionné chez tel patient en particulier ? ». Mais par ailleurs, on doit également se demander comment aurait évolué la situation si ce patient précis n'avait pas reçu la primovaccination et les doses de rappel. Quelle serait alors l'évolution en général ? Nous le voyons avec les infections par le variant Omicron, et les personnes n'ayant jamais contracté la COVID, qui restent plus susceptibles de contracter une forme sévère que les personnes vaccinées.

Dr Leonard : Oui, oui. Une autre question : les vaccins actuels ont été développés pour les premiers variants. Comment convaincre les gens qu'ils restent efficaces sur les souches émergentes ? Y a-t-il des preuves de leur efficacité sur les souches émergentes ? C'est une question importante, non ?

Dr Frese : C'est une question essentielle. Il est vrai qu'un vaccin qui peut être adapté à la souche actuelle arrivera assez tard sur le marché pour la souche actuelle, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il y a un certain chevauchement plus ou moins important entre les variants. C'est un point important. L'autre point important, comme on le suppose pour la grippe et les vaccins contre la grippe : si un nouveau variant apparaît, qui peut émerger d'une évasion partiellement immunitaire, c'est bien aussi d'avoir une protection de base. Cela peut vous aider à ne pas développer une forme sévère de la maladie. Et si on constate que le variant Omicron et d'autres variants deviennent moins pathogènes au fil du temps, nous ne pouvons pas exclure la possibilité qu'il puisse y avoir de nouveaux variants qui présentent un risque beaucoup plus élevé pour nos populations que le variant Omicron actuel.

Dr Leonard : Oui. On doit donc espérer que cela n'arrivera pas. Nous devons l'espérer. Comme vous avez été vacciné contre les variants Omicron et Delta, vous avez une certaine immunité de base contre une souche émergente. Merci beaucoup à tous d'avoir participé à cette activité. J'espère que vous l'avez trouvée éducative et utile.

Dr Frese : Merci beaucoup.

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

Avis de non-responsabilité

Ce document n'est fourni qu'à titre pédagogique. La lecture du contenu de ce document ne permet pas d'obtenir de crédit de formation médicale continue (FMC). Pour participer à cette activité, consultez www.medscape.org/viewarticle/987018

Pour toute question sur le contenu de cette activité, contactez le prestataire responsable de cette activité éducative, à l'adresse CME@webmd.net.

Pour obtenir une assistance technique, envoyez un courrier électronique, à l'adresse CME@medscape.net.

L'activité pédagogique ci-dessus peut impliquer des scénarios simulant des cas. Les patients représentés dans ces scénarios sont fictifs, et aucune association avec un patient réel, vivant ou décédé, n'est voulue ni ne doit être présumée.

Le contenu présenté ici ne reflète pas forcément l'opinion de Medscape, LLC ou celle des personnes ou entités commerciales qui soutiennent les sociétés qui soutiennent les programmes pédagogiques sur medscape.org. Ces contenus peuvent inclure des discussions relatives à des produits thérapeutiques n'ayant pas reçu d'autorisation de l'Agence européenne des médicaments en vue d'une utilisation en Europe, à des utilisations hors AMM de produits autorisés ou à des données présentées sous forme de résumé. Ces données doivent être considérées comme préliminaires jusqu'à leur publication dans une revue à comité de lecture. Il est de la responsabilité des lecteurs de vérifier l'ensemble des informations et des données avant de traiter des patients ou d'utiliser des traitements décrits dans cette ou toute autre activité pédagogique. Avant la prise de tout produit thérapeutique mentionné, un professionnel de santé qualifié doit être consulté.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC