

# COVID-19: SE PRÉPARER À L'ARRIVÉE DES PREMIERS VACCINS

JEAN-YVES NAU  
jeanyves.nau@gmail.com

C'est sans précédent: jamais dans l'histoire une telle somme d'énergie et de moyens n'avait, comme aujourd'hui, été aussi vite déployée pour mettre au point un vaccin antiviral. Huit mois après l'émergence du SARS-CoV-2, plusieurs essais cliniques de phase III sont d'ores et déjà en cours pour évaluer différentes approches vaccinales, et les premières autorisations de mise sur le marché pourraient être délivrées dès la fin de cette année 2020. L'heure est donc déjà venue, pour les autorités sanitaires, d'anticiper le choix qui devront être opérés et les mesures qui devront être prises.

En France, à la demande du ministère des Solidarités et de la Santé, la Haute autorité de santé (HAS) vient de formuler des recommandations préliminaires pour anticiper l'élaboration de la stratégie vaccinale contre le COVID-19 dans la perspective de l'arrivée future d'un ou plusieurs vaccins.<sup>1</sup> Qui vacciner? Selon quel schéma? Par quels professionnels? Pour éclairer la décision publique, la HAS a dessiné différentes stratégies de vaccination envisageables – et ce à travers quatre scénarios fondés sur le niveau de circulation du virus sur le territoire. S'il devra encore être actualisé en fonction de l'évolution des connaissances sur le virus et sur l'épidémie, de la disponibilité de traitements, de vaccins et du nombre de doses requises, ce travail constitue une première approche d'un sujet sanitaire, politique et économique majeur.

On sait que depuis les épidémies de SARS-CoV (2002-2003) et de MERS-CoV

(2012 à nos jours), aucun vaccin contre un coronavirus n'a encore été mis au point, rappelle la HAS. On sait aussi que dans le cas du SRAS-CoV, plusieurs vaccins avaient été testés sur des animaux – toutefois, l'épidémie ayant pris fin avant la fin de leur développement, aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'essais cliniques chez l'homme. «Aujourd'hui, précise la HAS, l'identification de plusieurs antigènes cibles d'une part (protéine de la nucléocapside, protéine S [spike] permettant la fixation au récepteur ACE-2, sous-unités S1 et S2 de la protéine S, et domaine RBD de la protéine S, Plpro, MTase) et la diversité des plateformes de production disponibles (vaccin vivant atténué, vaccin inactivé, vecteur viral, vaccin protéique recombinant sous-unitaire avec ou sans adjuvant, vaccin à ARNm ou à ADN) d'autre part, ont permis le développement accéléré de plus d'une centaine de candidats vaccins.»

Parmi eux, plus d'une vingtaine font d'ores et déjà l'objet d'essais cliniques de phase I, II et III chez l'homme (liste OMS actualisée au 15 juillet 2020). Tout est clair: dans le contexte de la pandémie de COVID-19, l'enjeu est de concevoir un vaccin le plus efficace et le plus sûr possible en un temps record. Et tout laisse penser que ces vaccins (dès lors que leur sécurité et leur efficacité seront établies et vérifiées) constitueront le meilleur outil de prévention et de lutte contre la pandémie – en complément des mesures barrières indispensables, des mesures de détection et de gestion des chaînes de transmission et des cas groupés, et d'éventuels traitements.

**TOUT LAISSE  
PENSER QUE CES  
VACCINS CONSTITU-  
ERONT LE  
MEILLEUR OUTIL  
DE PRÉVENTION  
ET DE LUTTE  
CONTRE LA  
PANDÉMIE**

En France, la HAS observe que des avis préliminaires ont déjà été publiés par certains pays ou organisations internationales pour définir les populations prioritaires pour la vaccination (ECDC pour la Commission Européenne, ACIP aux Etats-Unis, JCVI au Royaume-Uni, Conseil supérieur de la santé en Belgique) et estimer ainsi les quantités de vaccins nécessaires sur leur territoire. Et la HAS de préciser que si tous soulignent que les données sont encore très précoces (et les incertitudes nombreuses eu égard à l'évolution des connaissances sur la maladie COVID-19 et aux caractéristiques des différents vaccins candidats en cours de développement), ces avis préconisent, à ce stade de la réflexion, «de vacciner en priorité les professionnels du secteur de la santé, les professionnels ayant une activité

considérée essentielle ainsi que les personnes à risque de développer une forme grave de la maladie en raison de leur âge ou de leurs comorbidités».

Les quatre scénarios envisageables en France varient selon le niveau de circulation du virus à l'arrivée des vaccins: forte circulation virale au niveau national, forte circulation virale localisée sur certains territoires, circulation virale à bas bruit (foyers d'infection limités), absence d'indicateur de circulation virale. «Chacune de ces situations implique des choix différents sur les populations à cibler en priorité (âge, état de santé, profession, doses nécessaires...) et des modalités de mise en œuvre adaptées (professionnels mobilisés pour vacciner, suivi des personnes vaccinées, conditions d'administration et stockage), détaille la HAS. Les caractéristiques des vaccins disponibles influenceront également ces choix».

Mais quelle que soit la situation épidémique à l'arrivée d'un vaccin, les professionnels de santé et du médico-social de première ligne apparaissent bel et bien, pour la HAS, «comme les populations cibles prioritaires et incontournables». Leur vaccination répond aux trois objectifs de prévention individuelle, collective et de maintien des activités essentielles du pays en période épidémique. La HAS considère par ailleurs que les personnes à risque de formes graves de Covid-19 (personnes âgées de plus de 65 ans, personnes présentant une comorbidité) seront également des



cibles prioritaires – du moins dès lors que les essais cliniques permettront de garantir un bénéfice/risque favorable.

En France, à la demande du Premier Ministre,<sup>2</sup> un autre avis relatif à la stratégie de vaccination contre le Sars-CoV-2 a été formulé par les experts appartenant au CARE, au Comité scientifique COVID-19 et au Comité scientifique Vaccins COVID-19. «Le gouvernement français négocie actuellement (en partenariat avec ses homologues européens) des contrats de réservation de vaccins dont on ne connaît pas encore les caractéristiques (efficacité contre l'infection, la pathologie sévère et la transmission, chez quelles personnes/classes d'âge, sécurité, nombre de doses pour induire une immunité protectrice (2 doses avec un rappel au jour 28 pour la plupart), durée de protection), écrivent les auteurs. Le nombre de vaccins qui sera finalement

commandé est encore inconnu, mais on s'attend à avoir plusieurs dizaines de millions de doses de vaccins (potentiellement correspondant à 2-5 produits différents) disponibles entre le dernier trimestre de l'année 2020 et le premier trimestre de 2021, qui pourraient être déployées s'il survient une seconde vague de COVID-19».

Selon ces auteurs, il est impératif de se donner le temps nécessaire à une évaluation rigoureuse tant de l'efficacité que de la sécurité des vaccins candidats avant leur utilisation à grande échelle. En outre, pour la HAS, les recommandations préliminaires sur les populations cibles prioritaires devront être actualisées, notamment au regard des évaluations de chacun des vaccins qui obtiendront une autorisation de mise sur le marché et selon les indications retenues par les autorités d'enregistrement.

Enfin, pour éclairer les enjeux éthiques et d'acceptabilité posés par la vaccination contre le Covid-19, la HAS a saisi son «Conseil pour l'engagement des usagers» afin qu'il formule des recommandations dès la rentrée. Elle envisage, selon les vaccins et la quantité de doses disponibles, de saisir le Conseil consultatif national français d'éthique plus particulièrement sur les questions éthiques liées à la «priorisation des populations à vacciner».

1 Quatre scénarios pour anticiper la stratégie vaccinale contre le COVID-19. Haute Autorité française de Santé, 28 juillet 2020.

2 Vaccins contre le SARS-CoV-2. Une stratégie de vaccination. Avis du Comité Analyse Recherche Expertise (CARE), du Comité scientifique COVID-19 et du Comité Vaccin COVID-19, 9 juillet 2020.

## CARTE BLANCHE



Dr Daniel Widmer

2, avenue Juste Olivier  
1006 Lausanne  
drwidmer@belgo-suisse.com

## LE TEMPS DE CERVEAU DISPONIBLE POUR SE FORMER

Cela avait commencé assez bien. Avec cet inquiétant virus, on nous a remis un algorithme qui nous orientait dans la jungle décisionnelle. C'était rassurant. Il suffisait de trouver la voie, comme le fils de Wang Jen-Ghié dans le Lotus Bleu. Le radjaïdjah nous frappait déjà et nos yeux hallucinés regardèrent l'algorithme avant de voir le patient et d'entendre sa plainte. Il fallut lutter pour que notre attention sorte de sa captivité et redevienne flottante comme il se doit, suffisamment ouverte aux surprises. On avait encore de beaux restes et l'on a réussi la plupart du temps à écouter nos patients, du moins je l'espère.

Ensuite il y a eu Zoom, un parcours de combattant pour organiser le

congrès de l'Union Européenne de Médecine de Famille (UEMO): comprendre où cliquer, comment afficher son Power point, comment lever la main, comment parler, comment couper son image pour répondre à un téléphone, comment ne pas montrer que l'on fait autre chose si l'on est à l'image, comment réfléchir quand l'attention est prise par les boutons, les mots de passe perdus et les clics qui ne se font pas... et surtout comment travailler ensemble pour produire un papier exprimant le vécu du généraliste européen au front, mais à la voix étouffée par le brouhaha des épidémiologues et autres professeurs télévisuels. Si nous avons pu travailler ensemble et produire quelque chose,<sup>1</sup> c'est que nous nous connaissions bien et que par Zoom nous reprenions un travail déjà rodé et préparé en petits groupes. Ce fut donc possible de se «réapproprier une technologie numérique pour la mettre au service de nos besoins attentionnels plutôt que de leur exploitation».<sup>2</sup> Ensuite il y a eu la formation continue qu'il fallait bien reprendre. Il est vrai que les algorithmes ne pouvaient en tenir lieu. Deux colloques intéressants sont arrivés en même temps et j'ai cru bon devoir allumer mes deux portables côte à côte pour passer de l'un à l'autre et ne pas perdre de la substantifique moelle. Pas de



© istockphoto/mrPflskin

nécessité d'intervenir mais de l'écoute passive avec deux oreilles indépendantes. On est multi-tâches ou on ne l'est pas. Comme tout n'était pas passionnant et que je n'étais pas filmé personnellement, j'ai mis en ordre mes dossiers sur l'écran fixe du cabinet, encadré de mes deux Macbook, et ainsi la formation continue ne m'a pas fait perdre de temps et m'a valu deux certificats de participation. J'ai aussi fait mes emails et mes Whatsapp avec un rendement maximal. C'était vraiment super de pouvoir avancer pareillement. Juste ce pharmacien le lundi

suivant qui m'a demandé si c'était bien de la Prostaurgénine que devait prendre Madame Martin. Quel gâche métier, ce pharmacien. Après l'attention captive, l'attention dispersée. Souhaitons que lors de la prochaine épidémie les Chinois nous fournissent la ritaline avec le virus.

1 UEMO. Statement on Covid 19. <https://primary-hospital-care.ch/online-magazine/post/uemmo-statement-on-covid-19>

2 Citton Y. L'économie de l'attention, nouvel horizon du capitalisme. La Découverte, Paris, 2014.