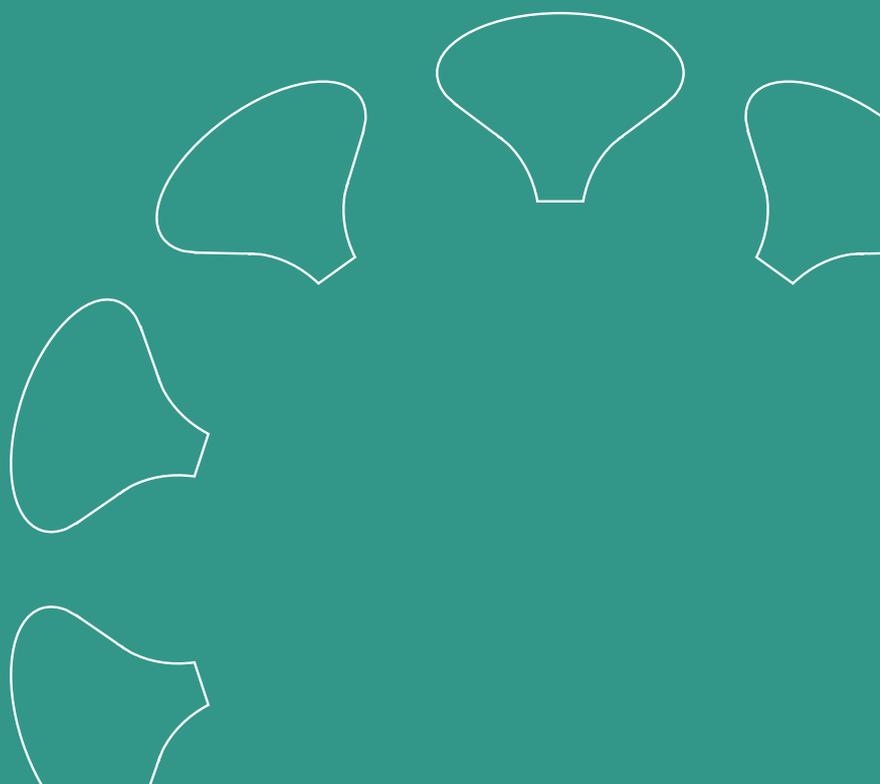


Plan de Transition COVID

Mai 2024



Contenu

Contexte	4
Les défis à l'amélioration de la couverture vaccinale de la COVID	7
Recommandations de l'ICT	12
À propos de l'Initiative de Transition COVID	15
Les références	16

Bien que la pandémie soit terminée, la COVID représente toujours une menace pour la santé publique. Son ampleur et son impact sont désormais similaires à ceux de la grippe, qui demeure un problème de santé publique persistant. Dans ce contexte, une vaccination régulière reste un outil essentiel pour lutter contre la COVID, en particulier pour les groupes à risque tels que les personnes âgées et les personnes immunodéprimées.

Pourtant, le taux de vaccination contre la COVID n'était que de 12 % en moyenne chez les personnes âgées de 60 ans et plus en Europe au cours de la campagne de vaccination 2023/24. Ce taux est nettement inférieur au taux annuel de vaccination contre la grippe saisonnière.

Face à cette situation, d'éminents spécialistes de toute l'Europe se sont réunis dans le cadre de l'Initiative de Transition COVID (ITC). Organisée par Novavax au début de l'année 2024, l'ITC est un groupe informel, indépendant et multipartite. Son travail est rendu possible grâce au soutien institutionnel de Novavax. Le contenu et les recommandations de l'ITC (et tout autre livrable de l'ITC) reflètent l'avis des membres du groupe de l'ITC qui le composent.

Les recommandations contenues dans ce document ont pour but d'inciter les décideurs politiques à engager un débat sur la façon d'améliorer les taux de vaccination contre la COVID en Europe. À cette fin, les spécialistes membres du groupe recommandent ce qui suit :

Protéger les citoyens contre la menace d'une COVID « endémique » en augmentant le taux de vaccination

1. Organiser des campagnes de vaccination régulières contre la COVID conformément aux recommandations nationales et en mettant particulièrement l'accent sur la protection des populations à risque
2. Communiquer efficacement et de manière cohérente sur l'importance de la vaccination contre la COVID pour les populations à risque
3. Optimiser et diversifier l'accès à la vaccination contre la COVID
4. Coadministrer les vaccins contre la COVID et contre la grippe, lorsque cela est cliniquement approprié et appuyé par des recommandations nationales
5. Encourager et inciter les professionnels de santé à vacciner contre la COVID
6. Mettre à disposition plusieurs technologies de vaccin COVID

Garantir la mise en place d'un cadre approprié à long terme pour la vaccination de routine contre la COVID

7. Clarifier le calendrier et le processus de sélection des souches vaccinales contre la COVID
8. Veiller à ce que les décisions d'approvisionnement ne soient pas basées sur un seul produit vaccinal contre la COVID
9. Encourager la recherche et l'innovation dans de nouveaux outils contre la COVID
10. Revoir et renforcer la formation des professionnels de santé sur la vaccination

Faire progresser la vaccination contre la COVID d'année en année

11. Maintenir le suivi des données et la production de rapports en temps opportun sur les indicateurs clés de la COVID
12. Prendre des mesures proactives pour lutter contre le COVID long, protéger les groupes à risque et minimiser son incidence
13. Fixer comme objectif un taux de vaccination contre la COVID de 75 %, comme pour la grippe

Contexte

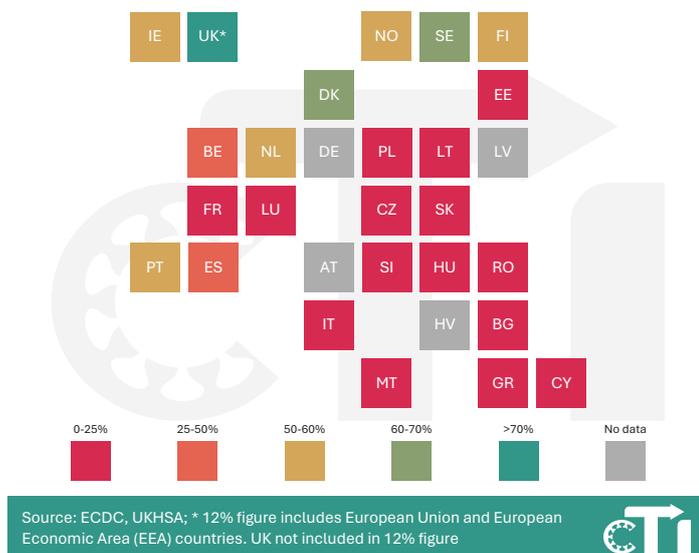
Selon les tendances épidémiologiques, la COVID restera présente en Europe en tant qu'agent pathogène endémique dans un avenir prévisible.¹ Entre septembre 2023 et mars 2024, plus de 3 millions de cas de COVID ont été signalés dans la Région européenne de l'OMS – ce chiffre étant probablement sous-estimé compte tenu de la baisse d'accès aux tests et des déclarations de cas de COVID depuis la pandémie. Néanmoins, au cours de la même période et dans la même région, il y a eu plus de 100 000 hospitalisations, 3 800 admissions en soins intensifs et 15 000 décès.² Les personnes immunodéprimées sont fortement surreprésentées dans ces chiffres et continuent d'être touchées de manière disproportionnée.³ La probabilité de tels pics restera élevée, même si une tendance saisonnière régulière n'est pas encore complètement établie. De plus, l'hypothèse de l'émergence d'un futur variant ne peut être écartée.

En outre, on estime que 10 à 20 % des personnes infectées par la COVID présenteront des symptômes plus graves qui dureront beaucoup plus longtemps que prévu – collectivement désignés sous le terme de « COVID long ».⁴ Bien que l'incidence de la COVID longue après une infection de type Omicron soit plus faible qu'après le variant original de type sauvage, la COVID longue représente toujours une menace pour les systèmes de santé et les économies européennes.^{5,6} Les vaccins contre la COVID se sont avérés efficaces pour réduire le risque de symptômes de la COVID longue,^{7,8,9} confirmant l'importance de la vaccination pour prévenir les symptômes persistants de la COVID, en particulier chez les adultes.

Les vaccins contre la COVID ont joué un rôle essentiel dans la lutte contre la pandémie et auraient permis de sauver la vie de plus de 1,4 million de personnes dans la Région européenne de l'OMS.¹⁰ La vaccination reste un outil important pour lutter contre la COVID, d'autant plus que de nouveaux variants continuent d'émerger. Certains groupes – notamment les personnes immunodéprimées, les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies sous-jacentes – sont particulièrement vulnérables malgré une vaccination répétée et nécessitent des doses de rappel périodiques. La vaccination contre la COVID reste également cruciale pour le personnel soignant qui est confronté à une exposition accrue en raison de contacts étroits et réguliers avec des patients affectés par la COVID.¹¹

Dans la plupart des pays européens, l'approche de la vaccination contre la COVID a maintenant évolué vers des campagnes automnales/hivernales annuelles, similaires à celles de la vaccination contre la grippe. Un certain nombre de pays ont ainsi ajouté la COVID à leur programme national de vaccination, tandis que d'autres sont en train de le faire.¹²

Durant la saison 2023/24, la moyenne du taux de couverture vaccinale des plus de 60 ans dans l'UE était de 12% seulement



Pourtant, le taux de vaccination contre la COVID – essentielle pour protéger la population à risque – a considérablement diminué. En moyenne, seulement 12 % des personnes âgées de 60 ans et plus en Europe ont reçu un vaccin contre la COVID au cours de la saison 2023/24, contre 50,8 % pour la grippe, selon les dernières données de 2021 disponibles à l'échelle de l'UE.^{13,14,15,16,17}

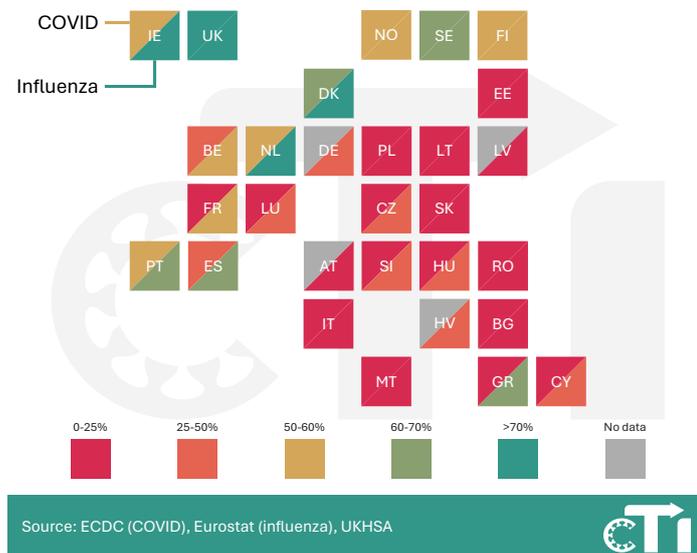
Au cours de la saison 2023/24, une grande majorité des pays européens ont signalé un taux de vaccination contre la COVID inférieur à 25 %. Plusieurs pays ont même atteint un taux de vaccination de 3 % (la Roumanie, la Hongrie, Malte, la Bulgarie, la Lituanie et la Slovaquie). Seuls trois pays ont réussi à dépasser 60 % de vaccination chez les plus de 60 ans (le Royaume-Uni, le Danemark et la Suède) ; quatre autres pays se situent entre 50 et 60 % (l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande).

Dans la plupart des pays, le taux de vaccination chez les personnes âgées de 60 à 69 ans était nettement inférieur à celui des personnes âgées de 70 à 79 ans ou de 80 ans et plus. Par exemple, au Danemark, le pays de l'UE le plus performant en termes de vaccination, même si le taux de vaccination chez les 70-79 ans et les plus de 80 ans était respectivement de 80,7 % et 88,6 %, il n'était que de 43,8 % chez les 60-69 ans.

Seuls deux pays ont communiqué des données sur les personnes immunodéprimées, montrant un très faible taux de vaccination dans ce groupe cible : 2 % en République Tchèque et 6,6 % en Espagne. Plus inquiétant, le taux de vaccination est également resté faible chez le personnel soignant, le taux le plus élevé étant enregistré en Belgique (21 %), les autres pays rapportant un taux inférieur à 20 %.

Il est intéressant de comparer ces taux de vaccination aux données des précédentes campagnes de rappel vaccinal contre la COVID. Les deuxièmes campagnes de rappel ont été largement déployées à partir de mi-2022 ; en février 2023, 35,4 % des plus de 60 ans avaient reçu un rappel.¹⁸ Cette différence explique la baisse du taux de vaccination représentant environ un quart (23,4 %) de la population cible.

Le taux de vaccination annuel contre la grippe est constamment supérieur au taux de couverture contre la COVID de 2023/22.



Le taux de vaccination contre la grippe est peut-être le point de référence le plus utile, car les populations à risque ciblées par les vaccins contre la COVID et contre la grippe sont très similaires. Un grand nombre des pays qui ont connu un taux élevé de vaccination contre la COVID en 2023/24 sont également les plus performants en matière de vaccination annuelle contre la grippe. Le Royaume-Uni, l'Irlande, le Danemark et les Pays-Bas dépassent tous 70 % de couverture vaccinale contre la grippe chez les plus de 65 ans.^{19, 20} Cependant en moyenne, ces pays font état d'une couverture beaucoup plus élevée contre la grippe que contre la COVID. De plus, un grand nombre des pays les moins bien classés en termes de vaccination contre la grippe ont des taux encore plus faibles pour la COVID : par exemple, la Roumanie, qui a un taux de vaccination contre la grippe saisonnière de 22,6 % chez les plus de 60 ans, a eu un taux de vaccination contre la COVID quasi nul de 0,01 % en 2023/24.

Dans ce contexte, il est clair que des mesures doivent être prises pour inverser la tendance à la baisse des taux de vaccination contre la COVID, qui devraient être à la hauteur des résultats obtenus en matière de vaccination contre la grippe. L'objectif de ce document est de fournir des recommandations spécifiques et d'établir un Plan de Transition COVID permettant de les mettre en œuvre.

La première étape consiste à comprendre les obstacles actuels au succès des campagnes de vaccination systématique contre la COVID. Sur cette base, il sera possible d'identifier les actions les plus susceptibles d'avoir un impact ; les mesures qui doivent être prises par les décideurs politiques au niveau national et au niveau de l'Union Européenne (UE) et, surtout, qui doivent être motivées par un consensus d'experts et fondées sur des données probantes.

Les recommandations contenues dans ce document qui font consensus entre les membres de l'Initiative de Transition COVID, visent à susciter un débat au niveau européen pour répondre à la question suivante : comment l'Europe peut-elle réussir sa transition pour s'adapter à une situation de COVID endémique et non plus pandémique ?

Les défis à l'amélioration de la couverture vaccinale de la COVID

L'hésitation vaccinale, à savoir le délai dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination, est souvent citée comme obstacle à la vaccination contre la COVID. L'hésitation vaccinale est un problème complexe et multidimensionnel, qui comprend des facteurs tels que la confiance, la complaisance et la commodité. Pourtant, d'autres obstacles critiques à la vaccination systématique contre la COVID existent, tels que les capacités limitées des différents établissements de santé ; la dépendance excessive à l'égard d'un seul fournisseur ; un processus de sélection des souches incertain ; et le manque de données pertinentes.

Hésitation à se faire vacciner contre la COVID

Une étude portant sur les pays de l'UE réalisée en 2022 montre que la confiance dans les vaccins contre la COVID était généralement positive.²¹ Les portugais, les espagnols et les danois étaient amplement d'accord avec l'affirmation « les vaccins contre la COVID sont importants », tandis que les slovaques, les lettons et les bulgares l'étaient beaucoup moins. Pourtant, dans l'ensemble, une majorité de résident de l'UE était d'accord avec cette affirmation. La Bulgarie se classait dernière pour ce qui est de l'importance des vaccins, avec 51,3 % des personnes interrogées qui étaient d'accord avec cette affirmation. La croyance en la sécurité des vaccins contre la COVID est légèrement plus faible, mais toujours supérieure à 50 % dans tous les pays sauf un.²²



Étude de cas

Royaume-Uni : Possibilités d'élargir l'accès via le marché privé

Jusqu'à l'année dernière, les personnes qui ne faisaient pas partie d'un groupe à risque et qui voulaient se faire vacciner ne pouvaient pas accéder au vaccin. Pourtant, depuis mi-avril 2024, afin de garantir l'accès à un vaccin contre la COVID à toute personne (cliniquement adaptée) le souhaitant, le gouvernement britannique a adapté son cadre national pour ouvrir le marché privé. Les vaccins contre la COVID mis à jour en fonction des souches sont devenus directement disponibles à l'achat dans les pharmacies après leur intégration dans les documents de santé publique nécessaires (le « Green Book »). D'autres données sur le taux de vaccination seront disponibles d'ici fin 2024.

Cette approche était, en partie, un apprentissage des meilleures pratiques en matière de vaccin antigrippal. Le marché privé des vaccins antigrippaux a été créé au Royaume-Uni en 2004 et représente actuellement plusieurs millions de doses administrées chaque année.

L'un des principaux défis est la communication post-pandémique sur la nécessité de vacciner, en particulier compte tenu de l'accumulation de la fatigue liée à la COVID. La déclaration par l'OMS le 5 mai 2023 selon laquelle la pandémie de COVID était « terminée » a peut-être donné l'impression qu'il n'y avait désormais plus de besoin de vacciner les populations à risque.²⁵ De plus, la désinformation concernant la durée de la protection des vaccins contre la COVID peut avoir contribué à une croyance selon laquelle les populations à risque, vaccinées durant la pandémie, sont protégées de façon optimale et dans la durée, et ce sans besoin de rappel.^{26,27}



Étude de cas

Italie : Le rôle des pharmacies dans l'augmentation du taux de vaccination

À partir de 2021, les pharmacies italiennes ont obtenu la possibilité d'administrer des vaccins pour la première fois.^{21,22} Cela a contribué à faciliter et à soutenir la vaccination au moment de l'état d'urgence. L'expérience positive de la vaccination contre la COVID dans les pharmacies a permis d'élargir cette pratique à la grippe, et un projet de loi est à l'étude pour l'étendre à tous les vaccins du calendrier national.²³

Pourtant, la baisse des taux de couverture en Italie indique des difficultés persistantes. Bien qu'il y ait eu une bonne coordination entre les sociétés scientifiques et le gouvernement pour élaborer des directives fondées sur des données probantes pour la vaccination contre la COVID, la communication, la diffusion et la mise en œuvre de ces directives n'ont pas été aussi efficaces que nécessaire. La fragmentation et la particularité d'un système basé sur les régions ont entraîné des lacunes territoriales dans la mise en œuvre des recommandations. Cela signifie, entre autres, que même si les pharmacies sont désormais bien placées pour administrer les vaccins contre la COVID et alléger la charge des autres services de santé, les possibilités ne sont pas pleinement exploitées.

D'autres défis existent, notamment le manque de volonté des gouvernements de mener de manière proactive des campagnes de communication en faveur de la vaccination contre la COVID ; des messages contradictoires provenant de différentes sources fiables (fonctionnaires et organismes nationaux et régionaux, mais aussi professionnels de santé) ; des campagnes de vaccination non-ciblées qui n'incitent pas les populations à risque d'aller se faire vacciner ; et la désinformation générale sur les dangers liés aux vaccins, en particulier sur les réseaux sociaux.

Au-delà de la confiance et de la complaisance, il y a aussi la question de la commodité. Pour augmenter la couverture vaccinale, il est impératif de créer des conditions propices pour que les usagers puissent facilement accéder aux vaccins contre la COVID, et d'avoir potentiellement un choix élargi de vaccins.

Pour augmenter le taux de vaccination, les services de vaccination contre la COVID doivent être rendus accessibles dans divers établissements de santé. Dans la plupart des pays européens, les usagers ont pu accéder aux services de vaccination principalement par l'intermédiaire de leur médecin généraliste. Pourtant, un nombre grandissant de pays mettent à jour leurs cadres réglementaires pour permettre à d'autres professionnels de santé – pharmaciens et infirmiers – de vacciner.²⁸ Permettre aux pharmaciens ayant reçu une formation adéquate de vacciner peut offrir aux usagers de nouvelles opportunités de se faire vacciner, et ce plus facilement, et donc d'augmenter le taux de vaccination. De plus, la mise à disposition de vaccins dans les environnements de ceux qui en ont le plus besoin – comme dans les maisons de retraite ou les centres de dialyse – devrait être largement répandue.

Sous-utilisation de l'administration concomitante des vaccins contre la grippe saisonnière

Les taux de vaccination contre la grippe saisonnière étant plus élevés, et les populations ciblées pour les campagnes de vaccination contre la grippe étant similaires à celles contre la COVID, il existe une opportunité évidente à encourager les personnes recevant un vaccin contre la grippe à se faire vacciner en même temps contre la COVID, car les données relatives à l'administration concomitante confirment à la fois l'innocuité et l'immunogénicité.^{29,30,31}

Cependant, cette possibilité n'a pas été pleinement exploitée. Cela peut être dû à la charge administrative (par exemple, la nécessité de prendre deux rendez-vous distincts, un pour chaque vaccin), aux mécanismes de remboursement et d'approvisionnement différents pour les deux vaccins, ou simplement à l'absence d'une suggestion proactive d'administrer les deux vaccins par un professionnel de la santé.

Dépendance excessive à un seul produit

L'un des principaux défis des campagnes actuelles de vaccination contre la COVID est la dépendance excessive à un seul produit dans une grande partie de l'Europe.³² Entre le 1^{er} septembre 2023 et le 15 janvier 2024, 97 % des doses administrées au sein de l'UE correspondaient à un seul vaccin à ARNm.³³

Cette situation est le résultat de décisions d'approvisionnement prises au niveau de l'UE durant la pandémie, valides jusqu'à fin 2026, qui impacteront donc la mise sur le marché européen d'autres vaccins dans des conditions de concurrence équitables.^{34,35}

Cette situation a plusieurs conséquences. Premièrement, et surtout, offrir un choix aux usagers et aux professionnels de santé peut avoir des effets positifs sur la confiance dans les vaccins et sur leur acceptabilité. Deuxièmement, étant donné que les différents types de vaccins ont des exigences différentes en matière de conformité, de tolérabilité, de durabilité et de stockage, une dépendance excessive à l'égard d'un seul produit limite la capacité des professionnels de santé et des personnes à accéder au vaccin le plus adapté à leurs besoins. Troisièmement, bien que le fait d'avoir plusieurs produits sur le marché complexifier les processus et nécessiter une coordination accrue, une dépendance excessive à un seul produit rend le système de santé vulnérable aux défaillances de chaînes d'approvisionnement. Quatrièmement, une dépendance excessive à un seul produit fait obstacle à une concurrence saine, ce qui peut envoyer des signaux négatifs pour la recherche et le développement (R&D) de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies.



Étude de cas

UE : Impact des décisions d'approvisionnement sur la disponibilité de plusieurs vaccins

Selon l'ECDC, entre le 1er septembre 2023 et le 15 janvier 2024, 97 % des vaccins utilisés dans l'UE en 2023/24 correspondaient à un seul produit à ARNm.³⁵ Pendant la pandémie, les États membres de l'UE ont opté pour un approvisionnement centralisé des vaccins, la Commission européenne agissant en leur nom. Les accords qui en ont résulté comprenaient jusqu'à 4,4 milliards de vaccins, dont plus de la moitié (2,4 milliards) correspondait à un seul produit.³⁶

Alors que tous ces accords devaient initialement expirer fin 2023, les États membres se sont retrouvés avec un excédent considérable de vaccins une fois l'UE sortie de la pandémie, provenant du plus grand accord signé entre institutions. La Commission a négocié une prolongation de cet accord d'approvisionnement jusqu'en 2026, pour un nombre de doses qui, selon les médias, s'élève à environ 70 millions par an.³⁷ Cet approvisionnement excédentaire d'un seul produit vaccinal, fourni dans le cadre d'un accord central pluriannuel, a limité la disponibilité d'autres vaccins pour les prestataires de soins de santé et les usagers.

Malgré les avantages importants de la disponibilité d'une pluralité de vaccins sur le marché, cette situation peut également rendre le déploiement des campagnes de vaccination plus complexe, et nécessiter des efforts de coordination accrus de la part des décideurs politiques et des autorités. Des inquiétudes concernant la position dominante d'un seul produit ont été soulevées dans le rapport COVI du Parlement européen et par la Cour des comptes européenne, entre autres.^{36,37}

Capacités limitées de certains établissements de soins de santé

Les capacités limitées des différents établissements de santé représentent un défi supplémentaire. Certains vaccins contre la COVID nécessitent un stockage ultra-froid et des dispositions logistiques complexes, ce qui peut compliquer la tâche de certains établissements de santé, comme les cabinets de médecins généralistes et les pharmacies.³⁸ Ces défis peuvent également augmenter la charge de travail et le stress des professionnels de santé.

Un processus de sélection des souches incertain

Alors que les gouvernements ont adopté des campagnes de vaccination saisonnières contre la COVID, certains éléments du cadre de gestion de la COVID ne se sont pas encore adaptés à cette nouvelle réalité.

Parmi ceux-ci figure le processus de sélection de nouvelles souches de COVID, permettant aux fabricants de produire des vaccins efficaces contre de nouveaux variants. Pour les fabricants, il est important de sélectionner une souche au moins six mois avant le début de la campagne, afin de pouvoir produire, conditionner et livrer les vaccins en temps voulu. Pour la grippe saisonnière, l'annonce de la sélection des souches est faite chaque année en février/mars par l'OMS, ce qui laisse suffisamment de temps à la production de toutes les technologies vaccinales. Cependant, pour les vaccins contre la COVID en 2023, l'annonce n'a été faite qu'en mai/juin, et en 2024, elle a été faite fin avril. Cette situation crée une tension supplémentaire au sein du système, à travers une incertitude persistante et obligations des fabricants à produire à risque. En conséquence, il y a également de fortes chances qu'il y ait des retards et des pénuries pouvant affecter le calendrier des campagnes de vaccination.

Bien que la situation épidémiologique impactant le processus de sélection des souches ne soit pas encore réglée, une plus grande prévisibilité et une plus grande clarté procédurale constitueraient un grand pas vers pour rendre plus robuste l'écosystème de la vaccination contre la COVID.

Manque de données

Les problèmes liés à la communication des données constituent un défi supplémentaire. Alors que le suivi et la communication des données pendant la pandémie ont été effectués à une échelle sans précédent, un grand nombre de données sur les campagnes de vaccination qui étaient autrefois possibles ne sont plus publiées ou harmonisées. Le rapport intermédiaire de l'ECDC n'incluait pas de données pour un certain nombre de pays, à savoir l'Allemagne, l'Autriche, la Croatie et la Lettonie, tandis que d'autres ont fourni leurs données tardivement (l'Italie et la Suède), car elles n'étaient pas disponibles au moment de la publication.



Étude de cas

Italie : un système de suivi précis et interopérable

Pendant la pandémie, les autorités italiennes ont travaillé avec le service postal national (Poste Italiane) pour développer un système de suivi des vaccinations qui a fourni des informations en temps réel sur l'administration des vaccins et d'autres indicateurs. Pourtant, ce système n'est plus utilisé et l'Italie est maintenant revenue à une configuration dans laquelle les systèmes régionaux ne sont pas interopérables et les déclarations sont plus lentes. Cela s'est reflété dans la soumission tardive des données pour le rapport intermédiaire de l'ECDC sur le taux de vaccination en 2023/24. Un retour à un système centralisé en temps réel serait un atout majeur pour relever les défis liés à la baisse du taux de vaccination, et pourrait même être étendu à d'autres vaccins.

Recommandations de l'ICT

Protéger les citoyens contre la menace de la COVID « endémique » en augmentant le taux de vaccination

1. Organiser des campagnes régulières de vaccination contre la COVID conformément aux recommandations nationales et en mettant particulièrement l'accent sur la protection des populations à risque

Continuer à vacciner périodiquement les populations à risque, aussi souvent que l'exigent l'évolution des résultats scientifiques, afin de maintenir un niveau élevé de protection contre les nouveaux variants de la COVID. Les campagnes de vaccination doivent être menées selon des stratégies adaptées qui reflètent les expériences et les besoins des groupes à risque, notamment les personnes âgées de 60 ans et plus, les résidents des maisons de retraite, les personnes souffrant de comorbidités ou immunodéprimées, les soignants, les professionnels de santé et les femmes enceintes. La fréquence des vaccinations pour les populations les plus vulnérables peut être plus courte jusqu'à ce que des vaccins offrant une durée de protection plus longue soient disponibles. Alors que les campagnes de communication et les recommandations doivent être axées sur les usagers les plus à risque, la vaccination COVID doit être accessible à tous ceux qui souhaitent se protéger, même si cela se fait en dehors des cadres de remboursement de l'État.

> Gouvernements nationaux > NITAGs

2. Communiquer efficacement et de manière cohérente sur l'importance de la vaccination contre la COVID pour les populations

Promouvoir et lancer des campagnes de communication proactives et visibles sur l'importance pour les populations à risque de se faire vacciner contre les variants de la COVID au moins une fois par an, en veillant particulièrement à ce que cette communication parvienne aux groupes de patients ciblés. Il est également impératif de garantir des recommandations et des messages cohérents de la part de sources fiables, notamment des associations de patients, des dirigeants communautaires, des représentants politiques, des personnalités publiques et enfin des professionnels de santé.

> Gouvernements nationaux > NITAGs > Commission européenne

3. Optimiser et diversifier l'accès à la vaccination contre la COVID

Faciliter l'accès à la vaccination en permettant aux pharmaciens de vacciner, en plus des médecins et des infirmiers. Permettre les vaccinations sans rendez-vous en veillant à ce que des stocks de vaccins adéquats, offrant un choix élargi de vaccins, soient largement disponibles. Soutenir les programmes de vaccination proactifs dans les maisons de retraite et parmi les patients hospitalisés (par exemple, les personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant une surveillance importante à l'hôpital), afin de simplifier la vaccination et ne plus avoir besoin de prendre rendez-vous.

> Gouvernements nationaux

4. Coadministrer les vaccins contre la COVID et contre la grippe, lorsque cela est cliniquement approprié et appuyé par des recommandations nationales³⁹

Tirer parti de la campagne contre la grippe saisonnière pour encourager l'administration concomitante d'un vaccin contre la COVID. À l'avenir, prévoir l'intégration des calendriers de vaccination contre la COVID, la grippe et le VRS dans certains groupes.

> Gouvernements nationaux

5. Encourager et inciter les professionnels de santé à vacciner contre la COVID

Veiller à ce que les professionnels de santé – notamment les médecins de famille, les infirmiers et les pharmaciens – aient un accès facile aux vaccins (en fournissant des stocks réguliers), aient une faible charge administrative et disposent d'incitations humaines et financières suffisantes pour vacciner leurs patients de manière proactive. Un élément clé de cette recommandation consiste également à s'assurer que les professionnels de santé disposent d'informations à jour sur les directives de vaccination et les options de vaccination disponibles.

> Gouvernements nationaux

6. Mettre à disposition plusieurs technologies de vaccin contre la COVID

Conformément aux recommandations et directives nationales, assurer la disponibilité de diverses technologies de vaccination contre la COVID. Cela est essentiel pour garantir que les usagers et les professionnels de santé disposent d'options de vaccination et puissent accéder aux vaccins les mieux adaptés à leurs besoins et à leurs préférences. Le fait de disposer d'une pluralité de vaccins atténuera également les risques de défaillance d'un seul fournisseur, renforcera la confiance dans les vaccins et soutiendra la concurrence entre les fabricants, contribuant ainsi à favoriser l'innovation qui pourrait contribuer à lutter contre la prochaine pandémie.

> Gouvernements nationaux > Commission européenne

Garantir la mise en place d'un cadre approprié à long terme pour la vaccination de routine contre la COVID

7. Clarifier le calendrier et le processus de sélection des souches vaccinales contre la COVID

Mettre en place un cadre prévisible de sélection des souches à l'échelle mondiale pour garantir la disponibilité en temps opportun des vaccins contre la COVID mis à jour selon les variants, pour donner aux fabricants suffisamment de temps pour s'adapter et produire leurs vaccins à temps pour le lancement des campagnes de vaccination d'automne. Cela devrait idéalement être aligné sur le processus existant pour la composition des vaccins contre la grippe saisonnière.

> Agence Européenne des Médicaments > Organisation Mondiale de la Santé

8. Veiller à ce que les décisions d'approvisionnement ne soient pas basées sur un seul produit vaccinal contre la COVID

Dans les cas où plus d'un vaccin est cliniquement approprié, veiller à ce que les décisions d'approvisionnement ne soient pas basées sur un seul produit vaccinal contre la COVID pendant une période prolongée, afin de passer à des modèles permettant l'achat de différentes technologies vaccinales. Une telle diversité est essentielle pour favoriser un environnement propice à l'innovation et soutenir le développement de la prochaine génération de vaccins contre la COVID, notamment les vaccins combinés.

> Gouvernements nationaux > Autorités régionales > Commission européenne

9. Encourager la recherche et l'innovation dans de nouveaux outils contre la COVID

Favoriser un environnement de recherche et développement (R&D) dynamique et propice à l'innovation pour soutenir les investissements dans le développement de nouveaux outils contre la COVID, notamment la prochaine génération de vaccins tels que les vaccins combinés contre la grippe et la COVID, ainsi que les traitements prophylactiques et curatifs pour compléter la vaccination des usagers immunodéprimés.

> Gouvernements nationaux > Commission européenne

10. Revoir et renforcer la formation des professionnels de santé sur la vaccination

Assurer une formation adéquate sur la vaccination à tous les stades de la vie, notamment sur les compétences en communication, dans le cadre des programmes d'études des professionnels de santé et tout au long de leur carrière médicale.

> Gouvernements nationaux > Commission européenne > Sociétés scientifiques

Faire progresser la vaccination contre la COVID d'année en année

11. Maintenir le suivi des données et la production de rapports en temps opportun sur les indicateurs clés de la COVID

Maintenir le suivi des données et la production de rapports de façon cohérente et en temps opportun sur les indicateurs clés de la COVID (cas, hospitalisations, décès) ainsi que sur le taux de vaccination à partager avec l'ECDC, y compris les données spécifiques sur les groupes à risque, notamment les usagers immunodéprimés.

> Gouvernements nationaux > Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

12. Prendre des mesures proactives pour lutter contre le COVID long, protéger les groupes à risque et minimiser l'incidence

S'efforcer d'anticiper le fardeau de la COVID longue sur les patients et les systèmes de santé nationaux en soulignant la valeur des campagnes de vaccination pour la prévention de la COVID longue et en investissant dans la recherche pour mieux comprendre la COVID longue, notamment son incidence, ses causes, son diagnostic, son traitement, sa prévention et son impact économique.

> Gouvernements nationaux > Commission européenne

13. Fixer comme objectif un taux de vaccination contre la COVID de 75 %, comme pour la grippe

Approuver l'objectif ambitieux d'un taux de vaccination contre la COVID de 75 % dans les populations à risque. C'est un enseignement tiré de la vaccination contre la grippe saisonnière : l'OMS a fixé un objectif de 75 % pour les groupes à risque en 2003, et cet objectif a été approuvé en 2009 par les États membres de l'UE.^{40,41,42} Dans l'immédiat, il est crucial d'augmenter les taux de vaccination contre la COVID pour au moins égaler ceux des vaccins contre la grippe.

> Organisation Mondiale de la Santé > Commission européenne > Gouvernements nationaux

À propos de l'Initiative de Transition COVID

Ce document est approuvé par les membres de l'Initiative de Transition COVID. Le groupe comprend (par ordre alphabétique) :



Dr. Vytenis Andriukaitis

Ancien commissaire européen chargé de la santé et de la sécurité alimentaire ; envoyé spécial de l'OMS pour la région européenne



Prof. Paolo Bonanni

Université de Florence



Yvanie Caillé

Renaloo




Prof. Javier Diez Domingo

FISABIO



Prof. Robert Flisiak

Université Médicale de Białystok



Dr. Daphné Holt

Coalition for Life-Course Immunisation (CLCI)



Prof. Heidi Larson

Vaccine Confidence Project ; École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres



Prof. Bruno Lina

Université de Lyon



Prof. Roberta Siliquini

Université de Turin; Présidente de la Société italienne d'hygiène, de médecine préventive et de santé publique



Prof. Sir Jonathan Van-Tam

Université de Nottingham et consultant indépendant

Organisée par Novavax au début de l'année 2024, l'ITC est un groupe pan-européen informel, indépendant, multipartite, composé d'éminents spécialistes, de défenseurs des patients et de décideurs politiques.

La rédaction du Plan de Transition COVID a été réalisée par le secrétariat de l'ITC, Fourtold. Son contenu résume les discussions qui ont eu lieu en avril et mai 2024 entre les membres de l'ITC.

Le travail de l'ITC est rendu possible grâce au soutien institutionnel de Novavax. Novavax participe aux réunions de l'ITC en tant qu'observateur. Le contenu et les recommandations de l'ITC (et de tout autre livrable de l'ITC) reflètent l'avis des membres du groupe de l'ITC.

Les références

1. Townsend JP, Hassler HB, Lamb AD, Sah P, Alvarez Nishio A, Nguyen C, Tew AD, Galvani AP, Dornburg A. "Seasonality of endemic COVID-19", 8 novembre 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37937979/>
2. OMS, "Coronavirus disease (COVID-19) Epidemiological Updates", 12 Apr 2024. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Evans RA, Dube S, Lu Y, Yates M, Arentorp S, Barnes E et al "Impact of COVID-19 on immunocompromised populations during the Omicron era: insights from the observational population-based INFORM study", Oct 12 2023, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100747>
4. OMS, "Post COVID-19 condition (Long COVID)", 7 Dec 2022. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>
5. Atchison, C.J., Davies, B., Cooper, E. et al. Long-term health impacts of COVID-19 among 242,712 adults in England. *Nat Commun* 14, 6588 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41467-023-41879-2>
6. Ramos S, Maldonado, J, Vandeplas A, Ványolós I, Long COVID: A Tentative Assessment of Its Impact on Labour Market Participation & Potential Economic Effects in the EU, janvier 2024: https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/36713cbb-6cbf-4ddb-8a15-55a4f456e2cb_en?filename=eb077_en.pdf
7. Trinh, N. T., Jödicke, A. M., Català, M., Mercadé-Besora, N., Hayati, S., Lupattelli, A., Prieto-Alhambra, D., & Nordeng, H. M. (2024). Effectiveness of covid-19 vaccines to prevent long COVID: Data from Norway. *The Lancet Respiratory Medicine*, 12(5). [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(24\)00082-1](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(24)00082-1)
8. Català, M., Mercadé-Besora, N., Kolde, R., Trinh, N. T., Roel, E., Burn, E., Rathod-Mistry, T., Kostka, K., Man, W. Y., Delmestri, A., Nordeng, H. M., Uusküla, A., Duarte-Salles, T., Prieto-Alhambra, D., & Jödicke, A. M. (2024). The effectiveness of covid-19 vaccines to prevent long covid symptoms: Staggered cohort study of data from the UK, Spain, and Estonia. *The Lancet Respiratory Medicine*, 12(3), 225–236. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(23\)00414-9](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(23)00414-9)
9. Byambasuren O, Stehlik P, Clark J, et al Effect of covid-19 vaccination on long covid: systematic review *BMJ Medicine* 2023;2:e000385. doi: 10.1136/bmjmed-2022-000385
10. Estimated number of lives directly saved by COVID-19 vaccination programs in the WHO European Region, December 2020 to March 2023 The WHO European Respiratory Surveillance Network *medRxiv* 2024.01.12.24301206; doi: <https://doi.org/10.1101/2024.01.12.24301206>
11. Ferland L, Carvalho C, Gomes Dias J, Lamb F, Adlhoch C, Suetens C, Beauté J, Kinross P, Plachouras D, Hannila-Handelberg T, Fabiani M, Riccardo F, van Gageldonk-Lafeber AB, Teirlinck AC, Mossong J, Vergison A, Melillo J, Melillo T, Mook P, Pebody R, Coutinho Rehse AP, Monnet DL. Risk of hospitalization and death for healthcare workers with COVID-19 in nine European countries, January 2020-January 2021. *J Hosp Infect*. 2022 Jan;119:170-174. doi: 10.1016/j.jhin.2021.10.015. Epub 2021 Nov 6. PMID: 34752802; PMCID: PMC8665668.
12. Par exemple, la France (calendrier vaccinal 2024 disponible ici : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/calendrier%20vaccinal%20simplifi%C3%A9%20avril%202024.pdf>) et l'Allemagne (calendrier vaccinal disponible ici : <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/2024/Impfkalender-2024-Englisch.html>).
13. ECDC, "Interim COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns", 13 mai 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-coverage-2023%E2%80%9324.pdf>
14. ECDC, "Addendum: Interim COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns – Italy and Sweden", 05 février 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-coverage-addendum.pdf>
15. UKHSA "National Influenza and COVID-19 surveillance report – Week 51 report (up to week 50 data), 21 décembre 2023. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65843c4123b70a000d234db8/Weekly-flu-and-COVID-19-surveillance-report-week-51.pdf>
16. Note sur les données : Les pays qui ont communiqué des données pour une période autre que septembre 2023 à mars 2024 sont : Chypre, la Hongrie et le Portugal (de septembre 2023 à avril 2024) ; Malte et la Slovaquie (de septembre 2023 à décembre 2023) ; la Roumanie (de septembre 2023 à janvier 2024) ; et le Royaume-Uni (du 1er septembre 2023 au 17 décembre 2023). Les données du Royaume-Uni ne couvrent que les personnes âgées de 65 ans et plus.
17. Eurostat, "Influenza vaccination rate, people aged 65 years and over, 2021 (%)", juillet 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Influenza_statistics
18. ECDC, "Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and deployment plans in the EU/EEA", 3 Mar 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans>
19. Eurostat, "Influenza vaccination rate, people aged 65 years and over, 2021 (%)", juillet 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Influenza_statistics
20. Les dernières données disponibles sur le taux de vaccination contre la grippe saisonnière à l'échelle de l'UE concernent la saison 2021. D'autres pays ont atteint et dépassé 70 % depuis 2021 (par exemple, le Portugal), mais par souci de cohérence, nous ne regardons que la même année pour laquelle un grand nombre de données d'autres pays sont également disponibles.
21. A. de Figueiredo, R.L. Eagan, G. Hendrickx, E. Karafillakis, P. van Damme et H.J. Larson, « État de la confiance dans les vaccins dans l'Union européenne », The Vaccine Confidence Project, août 2022. https://www.vaccineconfidence.org/wp-content/uploads/2022_confidence_rep_en-1.pdf
22. Legge n. 178/2020 (legge di Bilancio 2021) and following D.L. n. 41/2021 (decreto Sostegni): <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/12/30/20G00202/sq>
23. Legge 178/2020: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/03/22/21G00049/sq>
24. DL n41/2021: <https://www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampadel-consiglio-dei-ministri-n-75/25355>
25. ONU, "WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency", 5 May 2023. <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>
26. Zhuang C, Liu X, Chen Q, Sun Y, Su Y, Huang S, Wu T, Xia N. Protection Duration of COVID-19 Vaccines: Waning Effectiveness and Future Perspective. *Front Microbiol*. 2022 Feb 22;13:828806. doi: 10.3389/fmicb.2022.828806. PMID: 35273584; PMCID: PMC8902038.
27. Heath PT, et al. Safety and Efficacy of the NVX-CoV2373 Coronavirus Disease 2019 Vaccine at Completion of the Placebo-Controlled Phase of a Randomized Controlled Trial. *Clin Infect Dis*. 2023 Feb 8;76(3):398-407. doi: 10.1093/cid/ciac803. PMID: 36210481; PMCID: PMC9619635.
28. PGEU, "The role of community pharmacists in vaccination", Nov 2023. <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2023/11/The-role-of-community-pharmacists-in-vaccination-PGEU-Position-Paper.pdf>
29. Rajeka Lazarus, et al Safety and immunogenicity of concomitant administration of COVID-19 vaccines (ChAdOx1 or BNT162b2) with seasonal influenza vaccines in adults in the UK (ComFluCOV): a multicentre, randomised, controlled, phase 4 trial, *The Lancet*, Volume 398, Numéro 10318, 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621023291>
30. COVID-19: the green book, chapter 14a, UK Health Security Agency, p.15: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66223409252f0d71cf757d88/Greenbook-chapter-14a-20240418.pdf>
31. Farhud DD, Zokaei S. A Brief Overview of COVID-19 Vaccines. *Iran J Public Health*. 2021 Jul;50(7):i-vi. doi: 10.18502/ijph.v50i7.6656. PMID: 34568202; PMCID: PMC8426786.
32. À titre d'exemple récent, l'Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health (SITI) et l'Italian Society for Infectious and Tropical Diseases (SIMIT) ont publié en mai 2024 leurs "Proposals for urgent actions for the next COVID-19 vaccination campaign in Italy" (disponibles ici : https://www.aboutpharma.com/wp-content/uploads/2024/05/CS_Documento-congiunto-SIMIT-SItI_Covid-19.pdf). Ces propositions comprennent la garantie d'un approvisionnement national de tous les vaccins disponibles, en particulier les vaccins à ARNm et les vaccins à base de protéines adjuvantes.
33. ECDC, "Interim COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns", 26 janvier 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/interim-vaccine-coverage-eu-eea-2023-24.pdf>
34. Commission européenne, "Safe COVID-19 vaccines for Europeans", 25 August 2023. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_en
35. $2\ 400\ 000\ 000 + 460\ 000\ 000 + 400\ 000\ 000 + 400\ 000\ 000 + 300\ 000\ 000 + 250\ 000\ 000 + 200\ 000\ 000 + 1\ 200\ 000 = 4\ 411\ 200\ 000 ; 2\ 400\ 000\ 000 / 4\ 411\ 200\ 000 = 54,4$
36. European Parliament COVI Committee, "COVID-19 pandemic: lessons learned and recommendations for the future", 12 juillet 2023. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0282_EN.html
37. Cour des comptes européenne, "Special Report 19/2022 on EU COVID-19 Vaccine Procurement", 12 sept. 2022. <https://www.eca.europa.eu/en/publications?did=61899>
38. Fahmi ML, Ismail IA, Refi DM, Almaman A, Yaakob NC, Saman KM, Mansor NF, Noordin N, Babar ZU. Management of COVID-19 vaccines cold chain logistics: a scoping review. *J Pharm Policy Pract*. 2022 Mar 2;15(1):16. doi: 10.1186/s40545-022-00411-5. PMID: 35236393; PMCID: PMC8889047.
39. L'administration concomitante de vaccins contre la grippe et contre la COVID doit respecter strictement les directives réglementaires et les recommandations nationales, y compris, mais sans s'y limiter, s'abstenir de mélanger les vaccins dans une seule seringue et avoir des sites d'administration distincts pour chaque vaccin.
40. OMS, "Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics" 28 mai 2003. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r19.pdf
41. Conseil de l'UE, "Council Recommendation on seasonal influenza vaccination", 22 décembre 2022. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:348:0071:0072:EN:PDF>
42. Un appel à atteindre la parité entre les niveaux de vaccination contre la COVID et ceux de la grippe – notamment un objectif minimum de 75 % pour les personnes âgées et à risque - est une autre recommandation formulée dans le document précédemment référencé publié par l'Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health (SITI) et l'Italian Society for Infectious and Tropical Diseases (SIMIT) publié en mai 2024 dans leurs " Proposals for urgent actions for the next COVID-19 vaccination campaign in Italy" (disponible ici : https://www.aboutpharma.com/wp-content/uploads/2024/05/CS_Documento-congiunto-SIMIT-SItI_Covid-19.pdf).

