

InfoBulletin sur la confiance vaccinale

Volume 2 | Numéro 2 | février 2022 | Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Source de renseignements crédibles et opportuns sur les vaccins pour les fournisseurs de soins de santé et les décideurs de la santé publique afin de favoriser la confiance à l'égard des vaccins. Merci d'être une source fiable d'information sur les vaccins dans l'ensemble des communautés canadiennes.

Sujets tendances

Le 4 mars est la Journée internationale de sensibilisation au virus du papillome humain (VPH)

Pour en savoir plus sur la campagne #OneLessWorry, consultez les sites de la [International Papillomavirus Society](#) (en anglais seulement) et d'[Immunisation Canada](#) et renseignez-vous sur la [vaccination contre le VPH sur le site Web de l'ASPC](#).

Les rappels améliorent la protection

Un certain nombre d'études et de rapports de surveillance gouvernementaux montrent que les doses de rappel améliorent la protection contre les formes graves de la maladie, y compris la protection contre le décès dû au variant Omicron. Par rapport aux deux doses seules, une dose de rappel semble également offrir une meilleure protection contre l'infection, et donc la transmission. Pour en savoir plus, consultez le dossier [Pleins feux sur la science](#) sur les rappels.

Dans ce numéro

Sujets tendances

- [Le 4 mars est la Journée internationale de sensibilisation au virus du papillome humain \(VPH\)](#)
- [Les rappels améliorent la protection](#)
- [La sous-lignée d'Omicron domine dans certains pays](#)

Article en vedette

- [Vaccination après une infection](#)

Le coin de la confiance à l'égard des vaccins

Alerte au moniteur de la mésinformation / désinformation

Pleins feux sur la science

Mises à jour sur Omicron et la vaccination

Pleins feux sur la communauté

Webinaires de l'ASPC pour les fournisseurs de soins de santé

Restez à jour

Confiance à l'égard des vaccins : commentaires

Annexe

- [Ressources en vedette](#)
- [Références](#)



Sujets tendances continués...

La sous-lignée d'Omicron domine dans certains pays

La sous-lignée BA.2 du variant Omicron a été détectée dans un certain nombre de pays, dont le Canada. Elle est devenue la souche dominante au Danemark et augmente rapidement au Royaume-Uni. Pour en savoir plus, consultez le dossier [Omicron](#).

Article en vedette

Vaccination après une infection

En raison de la très importante vague récente de cas de COVID-19 causés par le variant Omicron fortement infectieux, de nombreuses personnes au Canada ont pu être récemment infectées par le SRAS-CoV-2 et se demandent combien de temps elles doivent attendre après l'infection avant de recevoir une dose de vaccin contre la COVID-19. Une infection antérieure confère une certaine protection contre l'infection, mais elle est variable d'une personne à l'autre et diminue avec le temps. La vaccination reste très importante, même pour les personnes ayant déjà été infectées par le SRAS-CoV-2. D'après les données disponibles à ce jour, la vaccination devrait offrir une protection plus solide et plus durable.

Le 4 février 2022, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a publié des recommandations actualisées sur le moment de la vaccination contre la COVID-19 après une infection par le SRAS-CoV-2. Les intervalles suggérés sont destinés à servir de guide et sont fondés sur les données disponibles concernant l'innocuité, l'efficacité et le moment de la vaccination après une infection, les principes immunologiques et l'avis des experts. Les intervalles proposés entre l'infection et la vaccination peuvent changer à mesure que des données probantes supplémentaires sont disponibles.



Calendrier de vaccination contre la COVID-19 chez les personnes ayant déjà été infectées par le SRAS-CoV-2

Les principes immunologiques qui guident la recommandation du CCNI concernant les intervalles entre l'infection et la vaccination sont similaires à ceux qui ont inspiré sa recommandation d'un intervalle optimal de huit semaines entre la première et la deuxième dose (ou d'au moins huit semaines pour les 5-11 ans). Le raisonnement est le suivant : des intervalles plus longs permettent au système immunitaire de produire des anticorps de plus grande affinité qui devraient conférer une protection meilleure, plus large et plus durable. Le fait de laisser les anticorps circulants diminuer après l'infection peut également prévenir l'interférence immunitaire susceptible de perturber la mise en place d'une réponse immunitaire solide.

De nombreux rapports ont décrit que le risque de réinfection par Omicron est plus élevé que par les variants précédents. L'infection par Omicron devrait générer une bonne réponse immunitaire contre Omicron pendant un certain temps, ce qui permet d'allonger l'intervalle avant la vaccination. Cependant, la vaccination reste importante, car on ignore encore la durée de cette protection. En outre, la vaccination contre la COVID-19 avec un produit basé sur la souche ancestrale devrait élargir et renforcer la réponse afin d'assurer une protection plus longue contre les variants, actuels et futurs.

Les personnes et leur fournisseur de soins de santé devront évaluer leur propre niveau de risque d'exposition et leur vulnérabilité aux conséquences graves pour décider d'attendre pour se faire vacciner après une infection par la COVID-19. Voir le tableau 1, tiré de la déclaration du CCNI, à la page suivante.

Tableau 1. Intervalles proposés entre une infection antérieure par le SRAS-CoV-2^a et la vaccination contre la COVID-19 (Tiré d' [une déclaration du Comité consultatif \(DCC\)](#) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) [1])

Délai entre l'infection par le SRAS-CoV-2 ^a et la vaccination contre la COVID-19	Population	Intervalle proposé entre l'infection ^a par le SRAS CoV-2a et la vaccination (la discrétion clinique est conseillée) ^{b, c}
Infection avant le début ^c ou l'achèvement des séries primaires de vaccination	Les personnes âgées de 5 ans et plus qui ne sont pas considérées comme étant modérément à sévèrement immunodéprimées et qui ne présentent pas d'antécédents de syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIM-E)	Réception du vaccin huit semaines après l'apparition des symptômes ou un test positif (en l'absence de symptômes) ^b
	Les personnes âgées de 5 ans et plus qui sont modérément à sévèrement immunodéprimées et qui sont sans antécédents de SIM-E	Réception de la dose de vaccin quatre à huit semaines après l'apparition des symptômes ou un test positif (en l'absence de symptômes) ^b
	Personnes âgées de 5 ans et plus qui ont des antécédents de SIM-E (quel que soit le statut immunodéprimé)	Réception de la dose de vaccin lorsque la guérison clinique est atteinte ou après 90 jours ou plus depuis l'apparition du SIM-E, selon la période la plus longue
Infection après la série primaire ^d mais avant la dose de rappel	Personnes âgées de 12 ans et plus qui sont actuellement admissibles pour une dose de rappel	Trois mois après l'apparition des symptômes ou un test positif (en l'absence de symptômes) ^d et à condition qu'il soit d'au moins six mois à compter de l'achèvement de la série primaire

^a L'infection antérieure peut être définie de différentes manières en fonction des politiques administratives et de l'accès au dépistage. La suggestion suivante peut être envisagée pour définir l'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 :

- Confirmée par un test moléculaire (p. ex., PCR) ou un test basé sur la détection d'antigènes approuvé par Santé Canada; ou
- Maladie symptomatique compatible avec la COVID-19 ET exposition au sein du ménage à un cas confirmé de COVID-19.

^b Ces intervalles proposés sont fondés sur des principes immunologiques et sur l'opinion d'experts, et peuvent changer au fur et à mesure de l'apparition de données probantes sur la COVID-19, les variants préoccupants et les vaccins contre la COVID-19. Si l'on envisage d'administrer ou non des doses de vaccin en respectant les intervalles proposés décrits dans ce tableau, il faut également tenir compte des facteurs de risque biologiques et

sociaux d'exposition (par exemple, l'épidémiologie locale, la circulation des variants préoccupants, les milieux de vie) et de la maladie sévère. Ces intervalles constituent un guide et la discrétion clinique est conseillée.

^c Pour les personnes qui n'ont reçu aucune dose antérieure, elles peuvent recevoir leur première dose après la disparition des symptômes aigus de la COVID-19 et ne sont plus infectieuses, ou elles peuvent suivre ces intervalles proposés. L'évaluation individuelle des avantages et des risques et la discrétion clinique sont recommandées conformément à la note de bas de page « b ». Ces délais d'attente proposés visent à minimiser le risque de transmission de la COVID-19 dans un lieu de vaccination et à permettre la surveillance des événements indésirables des vaccins contre la COVID-19 sans confusion potentielle avec les symptômes de la COVID-19 ou d'autres maladies coexistantes.

^d La série primaire est décrite dans le [Guide canadien d'immunisation](#). Il est à noter que pour les personnes qui sont modérément à sévèrement immunodéprimées qui ont reçu une série primaire comprenant une dose supplémentaire, une dose de rappel serait ultérieure à cette série primaire chez ces personnes immunodéprimées.

Le coin de la confiance à l'égard des vaccins

Conseils, stratégies et renseignements fondés sur des données probantes pour promouvoir la confiance à l'égard des vaccins.

Les doses de rappels de Moderna contre la COVID-19 et l'hésitation à se faire vacciner

Bien que les vaccins à ARNm Spikevax™ (50 mcg) de Moderna et Comirnaty® (30 mcg) de Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 présentent tous deux un bon profil d'innocuité et offrent une protection renforcée contre la COVID-19 lorsqu'ils sont proposés en dose de rappel, des rapports dans les médias ont suggéré que la dose de rappel Comirnaty® de Pfizer-BioNTech est préférée au Spikevax™ de Moderna.

Dans certains cas, des doses de rappels précis sont recommandés pour certaines populations. Afin d'assurer un approvisionnement adéquat de doses de rappels appropriés pour chaque population, il n'est pas toujours possible de choisir la marque pour les doses de rappel. Les vaccinateurs et les fournisseurs de soins de santé doivent être préparés à répondre à l'hésitation relative à une marque en particulier dans la clinique.

Que recommande le CCNI?

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a recommandé d'utiliser de préférence la dose de rappel Comirnaty® de Pfizer-BioNTech plutôt que la dose de rappel Spikevax™ de Moderna chez les personnes âgées de 12 à 29 ans lorsqu'une dose de rappel est recommandée.

- Par rapport aux groupes d'âge plus âgés, les adolescents et les jeunes adultes âgés de 12 à 29 ans ont un taux plus élevé de présenter le risque rare de myocardite ou de péricardite après avoir reçu un vaccin à ARNm contre la COVID-19. Ce risque est plus faible avec le vaccin Comirnaty® de Pfizer-BioNTech.

- Pour les adultes âgés de 30 ans et plus, les vaccins Spikevax™ de Moderna ou Pfizer-BioNTech Comirnaty® de Pfizer-BioNTech peuvent être utilisés comme dose de rappel, quel que soit le vaccin contre la COVID-19 utilisé dans la série primaire, étant donné que le risque de myocardite/péricardite associée au vaccin est moindre pour ce groupe d'âge.
- En cas d'utilisation de la dose de rappel Spikevax™ de Moderna, la dose de 100 mcg peut être préférée à la dose de 50 mcg pour les personnes âgées de 70 ans, celles vivant dans des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées ou dans d'autres milieux de vie collectifs pour personnes âgées, ou à la discrétion de la clinique pour les adultes modérément ou gravement immunodéprimés.
 - Des données probantes indiquent que lorsqu'il est utilisé comme dose de rappel, le vaccin Spikevax™ (100 mcg) de Moderna induit des taux d'anticorps légèrement plus élevés que le vaccin Comirnaty® (30 mcg) de Pfizer-BioNTech. Il est possible que le produit Spikevax™ (100 mcg) de Moderna induise une meilleure réponse immunitaire que le Spikevax™ (50 mcg) de Moderna. [2] [3]

Pour obtenir des informations plus détaillées sur les considérations cliniques et les recommandations de produits pour les rappels contre la COVID-19, se référer au [Guide canadien d'immunisation](#) et aux [récentes orientations du CCNI sur l'utilisation des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 chez les adolescents de 12 à 17 ans](#).

Communiquer avec un patient hésitant à se faire vacciner

Lorsqu'une personne se présente pour être vaccinée en demandant un autre vaccin que celui qui lui est proposé, les vaccinateurs doivent lui poser des questions sur ses préoccupations spécifiques concernant ce vaccin sans porter de jugement et sans confrontation. Il est important de discuter de ses perceptions pour essayer de déterminer si elles sont fondées sur une mésinformation ou un malentendu. Lorsque vous corrigez une mésinformation ou un malentendu, soulignez les avantages d'une dose de rappel, ainsi que l'innocuité et l'efficacité réelle du vaccin proposé. Dans la mesure du possible, adaptez la discussion à sa situation particulière, en incluant les éléments qui peuvent être importants pour sa décision, comme le risque d'effets indésirables liés au vaccin par rapport au risque de complications liées à la COVID-19.



En pratique

Messages clés pour discuter avec les patients

- **Une série vaccinale complète contre la COVID-19 continue de fournir une bonne protection contre une maladie grave pour la plupart des gens, mais une dose de rappel améliore cette protection.** Les vaccins à ARNm Comirnaty® de Pfizer-BioNTech ou Spikevax™ de Moderna contre la COVID-19 sont efficaces comme doses de rappels. Votre fournisseur vous proposera le produit et la dose appropriés en fonction de votre âge et de votre état de santé.
- **Il se peut que l'on vous propose pour votre dose de rappel un vaccin à ARNm différent de celui que vous avez reçu pour votre série primaire.** Il est possible d'utiliser un vaccin différent pour la série primaire et la dose de rappel, en gardant à l'esprit les recommandations du produit en fonction de l'âge et du risque de myocardite/péricardite.
- D'après les données probantes, l'efficacité réelle du vaccin contre l'infection par le SRAS-CoV-2 diminue au fil du temps après l'administration de la série primaire. Le variant préoccupant Omicron étant répandu au Canada, **une dose de rappel du vaccin à ARNm contre la COVID-19 contribuera à accroître la protection contre la maladie grave de la COVID-19.**

Alerte au moniteur de la mésinformation/désinformation

Sources crédibles pour démystifier la désinformation et la mésinformation.

Études en préimpression et mésinformation

Dans l'optique de communiquer rapidement les résultats scientifiques émergents, la pratique consistant à publier les résultats avant leur examen par les pairs est devenue de plus en plus courante, en particulier pendant la pandémie de COVID-19. Le processus d'examen par les pairs est une étape essentielle pour garantir l'exactitude scientifique et les experts savent qu'il faut considérer les publications préliminaires avec un œil critique et prudent.

La **mésinformation** est une information fautive ou trompeuse, mais présentée comme un fait, quelle que soit l'intention.

La **désinformation** est une information créée et diffusée intentionnellement pour tromper ou induire en erreur.

Durant le processus d'examen par les pairs, d'autres experts du domaine dissèquent les méthodes de l'étude, s'assurent qu'aucune erreur de calcul ou d'interprétation n'a été commise et que les chercheurs ont pris en compte les facteurs de confusion ou qui modifient l'effet dans leurs conclusions.

Les scientifiques comptent sur cette pratique pour améliorer leurs méthodes et s'appuyer sur l'expertise des autres. D'une certaine manière, la pratique consistant à publier les résultats préliminaires ouvre les chercheurs à une évaluation par les pairs plus large et plus publique, ce qui favorise un discours significatif sur les méthodes ou les résultats d'une étude. Cependant, il arrive que des résultats préliminaires soient présentés par les médias d'information ou partagés sur les médias sociaux sans un regard critique – ou pire – pour semer et alimenter la propagation de la désinformation.

Nous examinons deux exemples de tels scénarios dans le moniteur de la désinformation de ce mois-ci.

Exemple 1

La désinformation

Les sceptiques à l'égard de la vaccination se sont accrochés aux conclusions d'une étude préliminaire récente de l'Ontario, parue pour la première fois le 1^{er} janvier 2022, et les ont partagé largement. Dans la première version de la publication préliminaire, les résultats indiquaient que trois doses de vaccins à ARNm contre la COVID-19 n'étaient efficaces qu'à 37 % contre l'infection par Omicron, et que deux doses avaient un **effet négatif** sur la protection. [4] Dans les semaines qui ont suivi la publication initiale, plus de [17 000 utilisateurs de Twitter](#) (en anglais seulement) ont partagé ces résultats, y compris le groupe à l'origine d'un vaccin à vecteur viral concurrent, [Sputnik V](#) (en anglais seulement), qui a communiqué l'étude à plus d'un million de ses abonnés.

Comment elle a été démentie

Après la publication des résultats préliminaires, qui étaient considérablement inférieurs à ceux d'autres études, l'examen des méthodes de l'étude a mis en évidence certains problèmes de comportement et de méthode qui étaient en grande partie responsables de ces résultats surprenants. Les chercheurs ont depuis revu leurs méthodes et intégré des semaines supplémentaires de données. Dans la deuxième publication préliminaire du 28 janvier 2022, on indique que trois doses se sont en fait révélées efficaces à 61 % contre la maladie symptomatique causée par Omicron (efficaces à 97 % contre Delta) et que deux doses n'avaient aucun effet (mais pas d'effet négatif) sur la protection contre l'infection symptomatique par Omicron après 180 jours, des résultats qui sont cohérents avec ceux d'autres études. [4]



En pratique

Comment interpréter de manière critique une publication préliminaire

- Lorsqu'une étude est citée dans un article, **essayez de trouver l'étude originale**. Les articles indiquent généralement s'il s'agit d'une publication préliminaire ou s'ils ont été examinés par des pairs.
- **Interprétez les résultats de la publication préliminaire avec prudence**. Les résultats qui suscitent des titres sensationnels ou qui sont radicalement différents de ceux trouvés dans d'autres études doivent être considérés avec prudence.
- Dans la mesure du possible, **cherchez à savoir ce que les experts disent** à propos des résultats.
- **Évitez de partager les résultats sur les médias sociaux avant que l'étude n'ait fait l'objet d'un examen par les pairs**, ou si vous partagez une publication préliminaire, indiquez que les résultats n'ont pas encore fait l'objet d'un examen par les pairs et qu'ils doivent être considérés avec prudence.
- Si les résultats d'une publication préliminaire piquent votre intérêt, **guettez l'article final et consultez [Retraction Watch](#)** (en anglais seulement) pour connaître les articles qui ont été retirés.

Exemple 2

La mésinformation

Une publication préliminaire parue initialement le 16 septembre 2021 par des chercheurs de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa faisait état d'un taux d'incidence de myocardite de 1 pour 1 000 doses de vaccin administrées. [5] [Cette publication préliminaire a été partagée plus de 15 000 fois sur Twitter](#) (en anglais seulement), avant d'être retirée par les auteurs.

Comment elle a été démentie

Comme dans l'exemple précédent, la différence flagrante entre les conclusions de l'étude et les preuves établies a attiré l'attention des experts. Ils ont rapidement remarqué que l'étude avait utilisé des données incomplètes sur le nombre de vaccins administrés. Le dénominateur de leur taux aurait dû être presque 25 fois plus élevé que le nombre utilisé, ce qui aurait donné des résultats cohérents avec les autres rapports sur l'incidence de la myocardite. Les auteurs ont accepté à l'unanimité de retirer leur article.

Pleins feux sur la science

Explications sur la science qui sous-tend les conseils sur les vaccins et la réponse de la santé publique.

La science de la diminution de l'efficacité des vaccins et des rappels



En date du 11 février 2022, plus de 52 % de la population admissible au Canada avait retroussé sa manche pour recevoir une troisième dose de vaccin contre la COVID-19. De nombreux experts en santé publique s'inquiètent de la diminution de l'utilisation des rappels. La fatigue de la pandémie, la baisse de l'efficacité du vaccin contre l'infection due à Omicron, une récente infection par le SRAS-CoV-2 et les perceptions qui évoluent vers une « vie avec la COVID » peuvent toutes jouer un rôle dans la diminution de l'enthousiasme pour recevoir une nouvelle dose. Afin de promouvoir au mieux les doses de rappel, il est utile de comprendre les avantages d'un rappel et la manière dont il contribue à prévenir les maladies graves.

Comment le corps acquiert-il l'immunité après les vaccins?

La vaccination ou une infection génèrent deux types de réponses immunitaires à un pathogène : une réaction humorale (anticorps) et une réaction cellulaire (lymphocytes T). Les réponses à long terme sont générées par des lymphocytes B mémoires (qui fabriquent des anticorps) et des lymphocytes T mémoires. Ces deux types d'immunité à long terme sont amorcés par la première exposition et se développent au fil du temps.

Les anticorps peuvent remplir plusieurs fonctions pour signaler et prévenir l'infection, notamment la neutralisation du pathogène avant qu'il ne puisse pénétrer dans les cellules. Après la première exposition à un antigène (une molécule d'amorçage du système immunitaire), les lymphocytes B commencent à produire des anticorps et, avec les expositions suivantes, les taux d'anticorps augmentent rapidement, puis diminuent lentement. Après l'exposition initiale, certains des lymphocytes B deviennent des lymphocytes B mémoires, qui reconnaissent rapidement l'antigène s'il pénètre à nouveau dans l'organisme et peuvent se diviser rapidement et devenir des plasmocytes pour produire des anticorps de grande qualité et fortement liants (haute affinité) afin de combattre rapidement l'infection. Un rappel donne au système immunitaire une autre occasion de « voir » l'antigène et de produire de meilleurs anticorps pour prévenir l'infection et aider à lutter contre l'infection si elle se produit.

Dans le cadre de la réponse immunitaire cellulaire, lorsqu'ils sont exposés à un antigène, les lymphocytes T se transforment en différents types de cellules effectrices qui jouent un rôle dans la lutte contre l'infection. Les lymphocytes T cytotoxiques (ou tueurs) détruisent les cellules infectées, empêchant la réplication du virus dans la cellule hôte. Les lymphocytes T auxiliaires sont encore plus importants car ils communiquent par des signaux chimiques pour renforcer les lymphocytes T tueurs et les lymphocytes B qui produisent les anticorps. Comme les lymphocytes B mémoires, les lymphocytes T mémoires sont créés après une exposition et peuvent être rapidement mis à contribution lors des expositions ultérieures. Les compartiments humoral et cellulaire de la réponse immunitaire fonctionnent ensemble : les anticorps peuvent être appelés à agir rapidement pour tenter d'empêcher les cellules d'être infectées en premier lieu et les réponses immunitaires cellulaires s'occupent des cellules infectées qui échappent aux défenses des anticorps. La réponse des lymphocytes T peut empêcher l'infection de se généraliser ou de s'aggraver.

Si les réponses des anticorps neutralisants contre le variant Omicron ont généralement été moins bonnes que contre les autres variants, entraînant une réduction de l'efficacité réelle du vaccin contre l'infection, les réponses des lymphocytes T contre Omicron sont généralement restées fortes, assurant une protection contre la maladie plus grave et offrant une protection pendant au moins plusieurs mois après une série primaire. Les réponses des lymphocytes T sont également mieux maintenues entre les différents variants, même ceux qui présentent une forte mutation comme Omicron, et les lymphocytes T sont donc plus susceptibles de combattre les futurs variants émergents. Tout comme une dose de rappel aide à développer de meilleurs anticorps, elle peut également générer des lymphocytes T tueurs plus robustes, capables de mieux réagir à une infection.

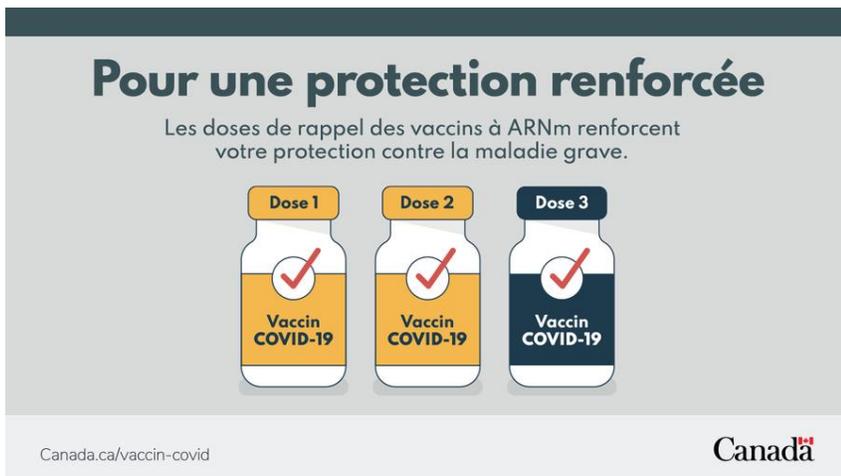
Pourquoi l'efficacité des vaccins diminue-t-elle avec le temps?

L'efficacité des vaccins peut faire référence à plusieurs résultats différents, tels que l'efficacité contre une infection, la maladie symptomatique, la maladie grave et le décès. Au départ, après deux doses de vaccin dans une série primaire, la protection contre l'infection et la maladie symptomatique était élevée, mais la protection contre l'infection et la maladie symptomatique diminue lorsque les anticorps déclinent avec le temps, ainsi qu'avec l'émergence de variants immuno-évasifs.

Le variant Omicron est génétiquement très différent des variants précédents et de la souche de type sauvage sur laquelle le vaccin est basé. C'est pourquoi on a constaté des diminutions substantielles de l'efficacité du vaccin contre l'infection depuis l'arrivée d'Omicron au Canada. Cependant, l'objectif d'une campagne de vaccination est de réduire les dommages causés par une maladie. Ainsi, même si des infections sont encore possibles, l'efficacité contre la maladie grave et la mort sont les véritables mesures du succès d'un vaccin.

Comment les doses de rappel peuvent-elles aider?

Les doses de rappel offrent une augmentation considérable de la protection contre le variant Omicron. [6]



Infection/maladie symptomatique : Comme indiqué, la protection contre l'infection et la maladie symptomatique conférée par la série de vaccins primaires diminue avec le temps et est limitée contre Omicron. Avec une dose de rappel, la protection contre l'infection et la maladie symptomatique provoquées par Omicron passe à environ 60 % (alors qu'elle était presque nulle 6 mois après la deuxième dose), mais elle diminuera probablement avec le temps.

Toutefois, comme indiqué plus haut, la protection contre l'infection et la maladie symptomatique ne sont pas les objectifs premiers d'une campagne de vaccination, qui vise en réalité à prévenir la maladie grave et la mort.

Maladie grave : Deux doses d'un vaccin à ARNm confèrent une bonne protection contre la maladie grave causée par Omicron (environ 64 à 86 %), qui diminue avec le temps à partir de la deuxième dose. La protection contre la maladie grave causée par Omicron augmente à environ 90 % ou plus après la dose de rappel, mais il est possible que cette protection diminue également avec le temps.

Mises à jour sur Omicron et la vaccination

Variant Omicron

Durant la période du 11 au 17 février 2022, 7 726 nouveaux cas ont été signalés en moyenne au Canada. [7] Bien que cela représente une diminution de 25 % par rapport à la semaine précédente, ces nombres de cas quotidiens ainsi que d'autres indicateurs de transmission de la COVID-19, y compris un taux de positivité des tests de laboratoire de 13 % au cours de la période du 9 au 15 février 2022, indiquent une activité étendue et persistante partout au pays. [7] C'est pourquoi il est important de continuer à se protéger pour réduire la propagation, surtout alors que nous continuons à passer du temps à l'intérieur pendant les mois d'hiver et que des assouplissements sont apportés aux mesures de santé publique. [7]

[La mise à jour de la vaccination](#), y compris une dose de rappel lorsque le sujet est admissible, continue d'être recommandée pour assurer une meilleure protection contre les conséquences graves, y compris celles dues à Omicron.

Comme le virus SRAS-CoV-2 évolue continuellement, il a le potentiel de générer de nouvelles sous-lignées. Le variant préoccupant Omicron compte actuellement quatre sous-lignées : B.1.1.529, BA.1, BA.2 et BA.3. [8] La souche BA.1 est la souche dominante au niveau mondial, mais la souche BA.2 augmente rapidement dans certains pays. [8]

Sous-lignée BA.2

En date du 17 février 2022, la sous-lignée BA.2 d'Omicron a été détectée dans 57 pays, dont le Canada, le Danemark, l'Angleterre, l'Inde, le Qatar, les Philippines et l'Afrique du Sud. Elle domine maintenant la sous-lignée BA.1 au Danemark et augmente en Angleterre et dans d'autres pays.

Que savons-nous jusqu'à présent de la sous-lignée BA.2?

- La lignée BA.2 semble plus transmissible que la souche BA.1. [9] [10] [11]
- La gravité de la lignée BA.2 semble similaire à celle de la souche BA.1. [9]
- L'impact du sous-variant BA.2 sur l'efficacité du vaccin reste incertain.
 - Selon une note technique de l'agence britannique Health Security Agency, rien ne prouve qu'il existe des différences en matière d'évasion immunitaire ou d'efficacité du vaccin contre les souches BA.1 et BA.2 symptomatiques, d'après les données préliminaires recueillies en Angleterre. [10]
 - D'après une étude sur la transmission dans les ménages au Danemark, le vaccin pourrait être moins efficace contre le sous-variant BA.2 que contre la sous-lignée BA.1. [11] Les intervalles de confiance de cette étude se chevauchent et, par conséquent, ces différences peuvent ne pas être statistiquement significatives et doivent être vérifiées dans des études supplémentaires.
 - Une étude sur la réponse immunitaire aux sous-lignées BA.1 et BA.2 après la vaccination et après une infection par la souche BA.1 suggère que les réponses sont légèrement inférieures pour la sous-lignée BA.2, mais généralement similaires. [12]
 - Les informations supplémentaires sur l'efficacité du vaccin contre la sous-lignée BA.2 sont suivies de près.

- On ne sait pas encore si les personnes qui ont été infectées par la souche BA.1 peuvent être réinfectées par la sous-lignée BA.2. Ce point est également surveillé de près.

Pour en savoir plus sur les variants de la COVID-19 au Canada, consultez la page [Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19](#).

Pleins feux sur la communauté

Mettre en lumière les projets innovants et les pratiques exemplaires des communautés partout au Canada.

Le groupe de sensibilisation à la drépanocytose de l'Ontario (SCAGO) : Améliorer l'acceptation de la vaccination dans la communauté noire et par les patients souffrant de drépanocytose.

La drépanocytose est l'hémopathie génétique la plus courante et elle touche de façon disproportionnée les communautés noires au Canada. Février est le Mois de l'histoire des Noirs et, en reconnaissance de son importance, notre rubrique Pleins feux est consacrée au projet de SCAGO visant à améliorer l'acceptation de la vaccination dans les communautés noires et par les patients souffrant de drépanocytose.

Il existe un niveau élevé d'hésitation à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes atteintes de drépanocytose et les communautés noires en général. Historiquement, les Noirs ont été traités de manière non éthique dans le cadre d'études de recherche où ils n'avaient pas donné leur consentement éclairé et où on leur a menti sur leur traitement. [13]

Par exemple, il est bien connu que l'étude de Tuskegee sur la syphilis n'a pas traité des hommes noirs atteints de syphilis sans les informer de la véritable nature de la maladie ou des options de traitement, afin que les chercheurs puissent étudier l'évolution naturelle de la maladie. Cela a également contribué au fardeau de la maladie dans la communauté, puisque les participants à l'étude ont transmis sans le savoir la maladie à leurs partenaires.

Ce n'est là qu'un exemple, qui illustre les expériences historiques et générationnelles à l'origine de la méfiance et de la réticence à entrer en contact avec la communauté médicale. En outre, à l'heure actuelle, les expériences persistantes de racisme systémique et interpersonnel dans les milieux de la santé demeurent des raisons de ne pas faire confiance aux vaccins.

Avec le soutien du [Fonds de partenariat d'immunisation](#) (FPI) de l'ASPC, le projet SCAGO, en collaboration avec des partenaires médicaux et communautaires, applique une optique culturelle fondée sur des données probantes, ainsi que des mécanismes novateurs, pour fournir aux communautés Noires et aux personnes souffrant de drépanocytose l'éducation et le soutien dont elles ont besoin pour mieux accepter et adopter la vaccination contre la COVID-19.

Sa plateforme [The COVID-19 Hub](#) (en anglais seulement) est la pierre angulaire de cet effort. Consultez les ressources et n'hésitez pas à les communiquer à vos patients et à vos collègues.

À propos du SCAGO

Le [groupe de sensibilisation à la drépanocytose de l'Ontario](#) (SCAGO, en anglais seulement) est une organisation caritative provinciale de patients, de premier plan, dont la vision est d'optimiser la vie des personnes et des familles vivant avec la drépanocytose. Cette mesure s'inscrit dans une vision plus large qui vise à offrir à chaque Ontarien atteint de drépanocytose un accès égal et équitable à des soins complets et standard, quel que soit son lieu de résidence dans la province. SCAGO fournit un soutien fondé sur des données probantes aux familles atteintes de drépanocytose dans les quatre régions de l'Ontario. L'organisation soutient la recherche clinique, participe à la recherche psychosociale, à la promotion de la santé, à l'éducation des patients et des fournisseurs de soins, à la sensibilisation de la communauté et à l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

À propos du Fonds de partenariat d'immunisation

Le [Fonds de partenariat d'immunisation \(FPI\)](#) de l'ASPC finance des projets qui améliorent l'accès aux vaccins et encouragent l'acceptation et l'utilisation des vaccins. Les projets financés renforcent les capacités des fournisseurs de soins de santé en tant que vaccinateurs et promoteurs de la vaccination, appuient la mise en place d'activités d'éducation, de promotion des vaccins et de sensibilisation liées à la COVID-19 dans la collectivité, et augmentent les capacités de communication sur les vaccins fondés sur des données probantes et culturellement adaptées.

Webinaires de l'ASPC pour les fournisseurs de soins de santé

L'ASPC, en collaboration avec le Centre canadien de ressources et d'échange sur les données probantes en vaccination (CANVax) et le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI), offre des webinaires animés par des experts qui visent à offrir aux fournisseurs de soins de santé des conseils cliniques sur des sujets clés liés aux vaccins.

 Webinaires à venir	Liste des webinaires
<ul style="list-style-type: none">• Le vendredi 18 mars 12h00- 13h00 HNE La confiance envers les vaccins contre la COVID-19 avant, durant et après la grossesse: stratégies pour les fournisseurs de soins de santé• Thursday, March 17 3:30 p.m. – 4:40 p.m. EST COVID-19 vaccine confidence before, during and after pregnancy: Strategies for health care providers	<ul style="list-style-type: none">• <u>Vaccin contre la COVID-19 autorisé pour usage pédiatrique au Canada</u>• <u>Se préparer à la vaccination pédiatrique contre la COVID-19 et recommandations sur les doses de rappel pour adultes</u>• <u>Revaccination avec des vaccins contre la COVID-19 après une anaphylaxie</u>• <u>Contre-indications aux vaccins contre la COVID-19</u>• <u>Répondre à la réticence à se faire vacciner contre la COVID-19 dans la pratique clinique</u>

Restez à jour

- [Abonnez-vous](#) pour recevoir l'InfoBulletin de l'ASPC sur la confiance à l'égard des vaccins directement.
- [Abonnez-vous](#) pour rester au courant des dernières directives et des derniers renseignements du [Guide canadien d'immunisation \(GCI\)](#) ou du [Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\)](#).
- Abonnez-vous au bulletin d'information [Une dose de CANVax](#) et aux [Alertes aux nouvelles du CCNMI](#) (en anglais) pour rester au courant des prochains webinaires de l'ASPC et davantage.

Confiance à l'égard des vaccins : commentaires

Avez-vous des questions ou des pratiques à partager?

Envoyez-nous un courriel à l'adresse :
vaccination@phac-aspc.gc.ca

Veillez noter que toute question médicale doit être adressée à votre fournisseur de soins de santé local et que toute question médicale urgente doit être adressée au 911 ou au service d'urgences local.

Annexe

Ressources en vedette

Chapitre sur la COVID-19 du Guide canadien d'immunisation

- Le [chapitre consacré aux vaccins contre la COVID-19](#) se trouve dans la Partie 4 : Agents d'immunisation active du [Guide canadien d'immunisation](#).

Ressources pour l'enfance et la jeunesse

- **Fiches d'information**
 - [Les faits sur la vaccination des enfants contre la COVID-19](#)
- **Vidéos « Demandez à l'expert » – des experts médicaux répondent aux questions courantes sur les vaccins contre la COVID-19 pour les enfants de 5 à 11 ans**
 - [Quels sont les avantages de la vaccination de mon enfant contre la COVID-19?](#)
 - [Comment se fait la surveillance de la sécurité des vaccins contre la COVID-19 destinés aux enfants?](#)
 - [Mon enfant aura bientôt 12 ans. Devrais-je attendre pour qu'il reçoive la dose des 12 ans et plus?](#)
- **Publications à partager sur les médias sociaux**
 - [Partagez les faits au sujet des vaccins contre la COVID-19 pour les enfants](#)
- **Guides de consultation rapide**
 - [Utilisation des vaccins contre la COVID-19 pour les enfants de 5 à 11 ans](#)
 - [Guide de vaccination contre la COVID-19 pour les jeunes et les adultes \(âgés de 12 ans et plus\)](#)
- **Recommandations pour les parents et les tuteurs**
 - [COVID 19 : Prendre des décisions relatives à la vaccination des enfants de 5 à 11 ans](#)
- **Vaincre la peur de l'aiguille**
 - [Le système CARD™ pour faire face à la peur et à l'anxiété liées aux aiguilles chez les enfants](#)

Références

- [1] Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), «Réponse rapide : Mise à jour des orientations sur le calendrier de vaccination contre la COVID-19 chez les personnes ayant déjà été infectées par le SRAS-CoV-2,» 4 février 2022. [En ligne]. Disponible : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/reponse-rapide-ccni-mise-jour-orientations-calendrier-vaccination-covid-19-chez-personnes-ayant-deja-ete-infectees-sras-cov-2.pdf>.
- [2] R. L. Atmar, K. E. Lyke, M.D. et al., «Pre-Print: Heterologous SARS-CoV-2 Booster Vaccinations – Preliminary Report,» medRxiv: the preprint server for health sciences, 2021.
- [3] A. Munro, L. Janani et al., «Safety and immunogenicity of seven COVID-19 vaccines as a third dose (booster) following two doses of ChAdOx1 nCov-19 or BNT162b2 in the UK (COV-BOOST): a blinded, multicentre, randomised, controlled, phase 2 trial,» *The Lancet*, vol. 398, n° 110318, pp. 2258-2276, 18 décembre 2021.
- [4] A. Miller, «Canadian COVID-19 vaccine study seized on by anti-vaxxers — highlighting dangers of early research in pandemic,» 15 janvier 2022. [En ligne]. Disponible : <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-vaccine-study-omicron-anti-vaxxers-1.6315890>. [Accès le 8 février 2022].
- [5] A. Miller, «A Canadian COVID-19 study that turned out to be wrong has spread like wildfire among anti-vaxxers,» 25 septembre 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-vaccine-study-error-anti-vaxxers-1.6188806>. [Accès le 8 janvier 2021].
- [6] UK Health Security Agency, «COVID-19 Surveillance Report: Week 4,» 27 janvier 2022. [En ligne]. Disponible : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050721/Vaccine-surveillance-report-week-4.pdf.
- [7] Gouvernement du Canada, «Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, le 18 février 2022,» 18 février 2022. [En ligne]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2022/02/declaration-de-l-administratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-18-fevrier-2022.html>. [Accès le 8 février 2022].
- [8] World Health Organization, «Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant: Technical brief and priority actions for Member States (Update #6),» 21 janvier 2022. [En ligne]. Disponible : [https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states). [Accès le 4 février 2022].
- [9] Statens Serum Institute, «Despite historically high infection rates, admissions do not follow,» 26 janvier 2022. [En ligne]. Disponible : <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/paa-trods-af-hoeje-smittetal-foelger-indlaeggelserne-ikke-med>. [Accès le 4 février 2022].
- [10] UK Health Security Agency, «SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England (Technical Briefing 35),» 28 janvier 2022. [En ligne]. Disponible : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050999/Technical-Briefing-35-28January2022.pdf. [Accès le 4 février 2022].
- [11] F. P. Lyngse, C. T. Kirkeby, M. Denwood, L. E. Christiansen, K. Mølbak, C. H. Møller, R. L. Skov, T. G. Krause, M. Rasmussen, R. N. Sieber, T. B. Johannesen, T. Lillebaek, J. Fonager, A. Fomsgaard, F. Trier Møller, M. Stegger, M. Overvad, K. Spiess et L. Hvas Mortensen, «Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households,» medRxiv, 30 janvier 2022.
- [12] J. Yu, A.-r. Y. Collier, M. Rowe, F. Mardas, J. D. Ventura, H. Wan, J. Miller, O. Powers, B. Chung, M. Siamatu, N. P. Hachmann, N. Surve, F. Nampanya, A. Chandrashekar et D. H. Barouch, «Comparable Neutralization of the SARS-CoV-2 Omicron BA.1 and BA.2 Variants [preprint],» 2022.
- [13] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), «The U.S. Public Health Service Syphilis Study at Tuskegee,» 22 avril 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.cdc.gov/tuskegee/index.html>. [Accès le 7 février 2022].