

Conseils généraux concernant le COVID-19 pour les personnes atteintes de sclérose en plaques

Le COVID-19 est une nouvelle maladie qui peut affecter vos poumons, vos voies respiratoires et d'autres organes. Elle est causée par un nouveau coronavirus (appelé SARS-CoV-2) qui s'est propagé dans le monde entier.

Les conseils ci-dessous ont été élaborés par des cliniciens de la SEP * et par des chercheurs. Ils sont basés sur les preuves scientifiques concernant la manière dont le COVID-19 affecte les personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP) et sur l'opinion des experts. Ces conseils seront examinés et mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles connaissances sur le COVID-19 et le SRAS-CoV-2 seront disponibles.

Pour des informations relatives aux vaccins contre le COVID-19 et la SEP, voir page 4.

Conseil pour les personnes atteintes de SEP

Les preuves actuelles montrent que le simple fait d'avoir la SEP ne vous rend pas plus susceptible de développer le COVID-19, de tomber gravement malade ou de mourir de l'infection que la population générale. Cependant, certaines personnes atteintes de SEP sont plus susceptibles de développer une forme grave de COVID-19:

- Les personnes atteintes d'une forme progressive
- Les personnes atteintes de SEP et âgées de plus de 60 ans
- Les hommes atteints de SEP
- Les personnes noires atteintes de SEP et peut-être les personnes originaires d'Asie du Sud atteintes de SEP.
- Les personnes souffrant de niveaux de handicap élevé (par exemple, un score EDSS égal ou supérieur à 6 = nécessité d'utiliser une canne)
- Les personnes atteintes de SEP et d'obésité, de diabète ou de maladies du cœur ou des poumons
- Les personnes qui suivent certains traitements de fond (voir ci-dessous).

Il est conseillé à toutes les personnes atteintes de SEP de suivre les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour réduire le risque d'infection par le COVID-19. Les personnes faisant partie des groupes à risque devraient accorder une attention particulière à ces mesures. Nos recommandations sont les suivantes :

- Respectez la distance sociale en gardant une distance d'au moins 1,5 mètre ** entre vous et les autres, afin de réduire votre risque d'infection lorsqu'ils toussent, éternuent ou parlent. Ceci est particulièrement important à l'intérieur, mais s'applique également à l'extérieur.
- Portez un masque lorsque vous êtes en présence d'autres personnes et assurez-vous que vous l'utilisez correctement en suivant [ces instructions](#).
- Évitez les endroits très fréquentés, surtout en intérieur et si la pièce est mal aérée. Lorsque cela n'est pas possible, assurez-vous de porter un masque et respectez la distanciation sociale.
- Lavez-vous fréquemment les mains avec du savon et de l'eau ou un désinfectant pour les mains à base d'alcool (une teneur en alcool de 70 % est considérée comme la plus efficace).
- Évitez de toucher vos yeux, votre nez et votre bouche à moins que vos mains ne soient propres.

- Lorsque vous toussiez et éternuez, couvrez-vous la bouche et le nez dans un coude plié ou un mouchoir.
- Nettoyez et désinfectez fréquemment les surfaces, en particulier celles qui sont régulièrement touchées.
- Parlez à votre médecin de vos soins, par le biais de visio-consultations ou de visites. Les consultations dans les hôpitaux ne doivent pas être évitées si elles sont recommandées en raison de vos besoins de santé.
- Restez actif et essayez de participer à des activités qui amélioreront votre bien-être physique et mental. L'exercice physique et les activités sociales qui peuvent avoir lieu à l'extérieur et avec une distance sociale sont encouragés.

Les soignants et les membres de la famille qui vivent avec ou visitent régulièrement une personne atteinte de SEP plus susceptible de développer une forme grave de COVID-19 devraient également suivre ces recommandations pour réduire le risque d'infection par le COVID-19 à la maison.

Conseils concernant les traitements de fond de la SEP

De nombreux traitements de fond pour la SEP agissent en supprimant ou en modifiant le système immunitaire. Certains médicaments peuvent augmenter la probabilité de développer des complications du COVID-19, mais ce risque doit être comparé avec les risques encourus en cas d'arrêt ou de retard du traitement.

Nous recommandons aux personnes atteintes de SEP qui prennent actuellement des traitements de fond de poursuivre leur traitement, sauf indication contraire de leur neurologue traitant.

Les personnes qui développent des symptômes du COVID-19 ou dont le test est positif pour

Avant de commencer un nouveau traitement ou de modifier un traitement existant, les personnes atteintes de SEP doivent discuter avec leur neurologue du traitement le mieux adapté à leur situation personnelle. Cette décision doit entre autres tenir compte des informations suivantes:

- Évolution et activité de la SEP
- Risques et avantages associés aux différentes options de traitement
- Risques supplémentaires liés au COVID-19, tels que :
 - La présence d'autres facteurs aggravant le COVID-19, comme un âge avancé, une obésité, une maladie pulmonaire ou cardiovasculaire préexistante, une SEP progressive, etc., comme indiqué auparavant
 - Le risque actuel et futur de COVID-19 dans la région où la personne vit
 - Le risque d'exposition au COVID-19 en raison du mode de vie, par exemple s'ils sont capables de s'isoler ou travaillent dans un environnement à haut risque
 - Une preuve émergente sur l'interaction potentielle entre certains traitements et la gravité du COVID-19
 - Une infection antérieure par le COVID-19
 - et la disponibilité et l'accès à un vaccin COVID-19

Preuve de l'impact des traitements de fond sur la gravité du COVID-19

Il est peu probable que les interférons et l'acétate de glatiramère aient un impact négatif sur la gravité du COVID-19. Il existe des résultats préliminaires qui suggèrent que les interférons peuvent réduire le besoin d'une hospitalisation lors d'une infection au COVID-19.

Les résultats disponibles suggèrent que les personnes atteintes de SEP prenant du diméthyle fumarate, du tériflunomide, du fingolimod, du siponimod et du natalizumab n'ont pas un risque accru de développer des symptômes plus graves du COVID-19. Il est peu probable que les personnes atteintes de SEP

prenant de l'ozanimod aient également un risque accru, car il est considéré comme similaire au siponimod et au fingolimod.

Certains faits suggèrent qu'il pourrait exister un rapport entre les thérapies anti-CD20 - l'ocrelizumab et le rituximab - et le développement plus fréquent d'une forme plus sévère de COVID-19, y compris un risque accru d'hospitalisation. Cependant, ces traitements doivent toujours être considérés comme une option pour le traitement de la SEP pendant la pandémie. Les personnes atteintes de SEP qui les prennent (ou ofatumumab et ublituximab qui agissent de la même manière) doivent être particulièrement vigilantes concernant les conseils ci-dessus afin de réduire leur risque d'infection.

Davantage de données sur l'utilisation de l'alemtuzumab et de la cladribine pendant la pandémie de COVID-19 sont nécessaires pour évaluer leur innocuité. Ces traitements réduisent le nombre des lymphocytes (les lymphocytes sont un type de globule blanc qui aide le corps à résister aux infections), si bien que les personnes traitées de cette manière sont peut-être moins capables de résister aux infections et doivent se montrer particulièrement vigilantes afin d'éviter les risques de contamination par le COVID-19.

Les recommandations sur le report de la deuxième dose ou celles ultérieures d'alemtuzumab, de cladribine, d'ocrelizumab et de rituximab en raison de l'épidémie de COVID-19 diffèrent d'un pays à l'autre. Les personnes qui prennent ces médicaments et doivent prendre la prochaine dose devraient consulter leur neurologue au sujet des risques et des avantages du report du traitement. Les personnes sont fortement encouragées à ne pas arrêter le traitement sans l'avis de leur clinicien.

Conseils concernant la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues (HSCT)

La greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues (HSCT) comprend un traitement de chimiothérapie intensive. Cela affaiblit gravement le système immunitaire pendant un certain temps. Les personnes qui ont récemment subi une greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues devraient envisager de prolonger la période pendant laquelle elles restent isolées à au moins six mois durant l'épidémie de COVID-19. Les personnes qui doivent suivre ce traitement devraient envisager de reporter la procédure en concertation avec leur neurologue. Si la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues est réalisée, la chimiothérapie doit être administrée dans des chambres isolées des autres patients hospitalisés.

Conseils pour les poussées et autres problèmes de santé

Les personnes atteintes de SEP doivent toujours consulter un médecin si leur état de santé présente des changements qui pourraient suggérer une rechute ou un autre problème sous-jacent tel qu'une infection. Cela peut être fait en utilisant des alternatives aux visites en présentiel à l'hôpital (telles que des consultations téléphoniques ou vidéo) si l'option est disponible. Dans de nombreux cas, il est possible de gérer les poussées à domicile.

L'utilisation de stéroïdes pour traiter les poussées doit être soigneusement envisagée et utilisée uniquement pour les poussées nécessitant une intervention. Il existe des données suggérant que la prise de stéroïdes à fortes doses dans le mois précédant l'infection au COVID-19 augmente le risque d'une infection plus grave nécessitant une hospitalisation. Dans la mesure du possible, la décision doit être prise avec un neurologue expérimenté dans le traitement de la SEP. Les personnes qui reçoivent un traitement aux stéroïdes pour une poussée doivent être très vigilantes et peuvent envisager de s'isoler pendant au moins un mois pour réduire leur risque de COVID-19. Notez qu'une fois qu'une personne a été infectée par le COVID-19, les stéroïdes peuvent être utilisés pour traiter le COVID-19, pour atténuer la réponse immunitaire excessive souvent appelée « orage cytokinique ». Veuillez noter que les stéroïdes et les doses utilisés dans ce contexte ne sont pas les mêmes que dans le cas d'une poussée de SEP.

Les personnes atteintes de SEP doivent continuer à participer aux activités de réadaptation et rester actives autant que possible pendant la pandémie. Cela peut être fait par le biais de sessions à distance,

le cas échéant, ou dans des centres, à condition que les personnes atteintes de SEP suivent les mesures de sécurité pour se protéger et limiter la propagation du COVID-19. Les personnes préoccupées par leur santé mentale devraient demander conseil à leur professionnel de la santé.

Vaccin contre la grippe

Le vaccin contre la grippe est sûr et recommandé pour les personnes atteintes de SEP. Pour les pays qui entrent dans la saison de la grippe, nous recommandons aux personnes atteintes de SEP de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière là où il est disponible.

Conseils pour les enfants ou les femmes enceintes atteints de SEP

À l'heure actuelle, il n'existe pas de conseils spécifiques pour les femmes atteintes de SEP qui sont enceintes. Il existe des informations générales sur le COVID-19 et la grossesse de [l'Organisation mondiale de la santé](#). Il n'existe pas de conseils spécifiques pour les enfants atteints de SEP, ils doivent suivre les mêmes conseils que ceux pour les adultes atteints de SEP.

Les vaccins anti-COVID-19 et la SEP

Dans ce chapitre, nous allons passer en revue les différents vaccins existants ainsi que les calendriers de vaccination et l'administration des traitements modificateurs de la maladie. Compte tenu de la gravité du COVID-19, qui comporte un risque de mortalité de 1 à 3 % ainsi qu'un risque de maladie grave et prolongée, nous souhaitons insister sur les points clés suivants:

- **Toutes les personnes atteintes de SEP doivent se faire vacciner contre le COVID-19¹**
- **Les personnes atteintes de SEP doivent se faire vacciner dès qu'elles en ont la possibilité.**
- **Même après avoir été vacciné, il est important de continuer à se protéger contre le COVID-19, par exemple en portant un masque, en gardant ses distances et en se lavant les mains, car de nouveaux variants sont en train d'apparaître contre lesquels les vaccins actuels ne sont peut-être pas efficaces.**

Plusieurs vaccins sont utilisés dans divers pays du monde entier et de nouveaux vaccins sont régulièrement autorisés. Au lieu d'analyser séparément chacun des vaccins, nous fournissons ci-dessous des informations concernant les principaux types de vaccins anti-COVID-19 utilisés ou en cours de développement. Ces recommandations se basent sur les informations disponibles et nous les mettrons à jour au fur et à mesure que nous aurons accès à de nouvelles données.

Parmi les personnes qui ont participé aux essais cliniques sur les vaccins à ARNm, nous ne savons pas combien d'entre elles étaient atteintes de SEP. Dès lors, les données sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins COVID-19 à ARNm dans le cas précis des personnes atteintes de SEP ne sont pas encore disponibles. Nos conseils sont donc basés sur les données de la population générale dans les essais cliniques sur les vaccins et guidés par l'expérience antérieure concernant la vaccination des personnes atteintes de SEP.

Les vaccins agissent en utilisant une partie du virus qui cause la maladie (par exemple: code génétique ou protéine de spicule (*spike*)), ou une version inactivée ou atténuée du virus, afin de déclencher une réaction du système immunitaire humain. A son tour, le corps fabrique des anticorps et des cellules T (type particulier de globule blanc) qui combattent le virus et l'empêchent de pénétrer et de contaminer d'autres cellules du corps. Ces vaccins n'entraînent aucune modification génétique du corps, ne pénètrent pas le cerveau et ne peuvent pas modifier le code génétique d'un fœtus. Actuellement, cinq types de vaccin anti-COVID-19 différents sont en cours d'utilisation ou de développement, qui agissent de façon différente (voir les exemples ci-dessous). Vous pouvez faire vous-même un suivi des différents vaccins sur: <https://covid19.trackvaccines.org/> (en anglais)

1. **Les vaccins ARNm** contiennent le code génétique de la protéine spike sous forme d'ARNm (sorte de message génétique temporaire) encapsulé dans de minuscules gouttes de lipides pour administration. L'ARNm contrôle la production de la protéine spike, qui est perçue et ciblée par le système immunitaire (qui fabrique des anticorps et des cellules T).
 - Pfizer-BioNTech (Comirnaty)
 - Moderna (Moderna mRNA)
2. **Les vaccins à vecteur viral non répliquatif** contiennent le code génétique de la protéine spike dans un vecteur viral. Ces vecteurs comprennent une capsid et un mécanisme de diffusion (le plus souvent issus d'un adénovirus), mais sont incapables de se répliquer et ne peuvent donc jamais causer d'infection. Tout comme les vaccins ARNm, les vaccins à vecteur viral contrôlent la production de la protéine spike afin que celle-ci puisse être détectée et ciblée par le système immunitaire.
 - AstraZeneca/Oxford (Covishield)

¹ A condition de ne pas avoir d'allergie connue à l'un des composants du vaccin.

- Institut de recherche Gamaleya (Gam-COVID-Vac ou Sputnik V)
3. **Les vaccins à virus inactivé** utilisent une forme inactivée du coronavirus entier. Le coronavirus a été « tué » de manière à ce qu'il ne puisse pas pénétrer les cellules et se répliquer, et ne peut pas causer le COVID-19. Le système immunitaire reconnaît le virus entier même s'il est inactivé.
 - Sinovac (CoronaVac)
 4. **Les vaccins à protéine** contiennent la protéine spike du coronavirus (et pas seulement son code génétique) ainsi qu'un adjuvant qui renforce le système immunitaire afin de garantir que la protéine spike soit ciblée.
 - Novavax (NVX-CoV2373)
 5. **Les vaccins vivants atténués** utilisent une forme affaiblie du virus, qui continue néanmoins de se répliquer. Ces vaccins provoquent une infection légère chez les personnes dont le système immunitaire fonctionne normalement. **Ils peuvent être dangereux chez les personnes dont le système immunitaire est compromis et ne conviennent donc pas à de nombreux patients SEP en raison du fonctionnement de certains traitements modificateurs de la maladie.**
 - A ce jour (mars 2021), aucun vaccin vivant atténué n'est utilisé contre le COVID-19 ; tous en sont au stade de la recherche.

Les conseils suivants concernent les vaccins ARNm, à vecteur viral non répliatif, à virus inactivé ou à protéine COVID-19 (types 1 à 4 décrits ci-dessus).

Les personnes atteintes de SEP devraient se faire vacciner contre le COVID-19

Les résultats scientifiques nous ont montré que les vaccins anti-COVID-19 ARNm (Pfizer- BioNTech et Moderna) sont sûrs et efficaces. À l'instar des autres décisions médicales, celle de se faire vacciner doit être prise en partenariat avec votre professionnel de santé. Nous vous conseillons de vous faire vacciner avec le vaccin ARNm (Pfizer-BioNTech ou Moderna) dès qu'il vous est proposé. Les risques de la maladie COVID-19 l'emportent sur tous les risques potentiels du vaccin. Par ailleurs, les habitants d'un même foyer et les contacts proches doivent également se faire vacciner dès que possible afin de maximiser la protection contre le COVID-19.

La plupart des vaccins anti-COVID-19 sont administrés en deux doses, et si c'est le cas nous vous recommandons de suivre les protocoles de votre pays en ce qui concerne la seconde dose. Une fois que vous serez complètement vacciné (que vous aurez reçu les deux doses), il faudra jusqu'à deux semaines au moins pour que le vaccin soit totalement efficace.

Si vous avez eu le COVID-19 et que vous êtes rétabli, vous devez également vous faire vacciner, car il ne semble pas qu'une infection antérieure protège indéfiniment d'une infection future au COVID-19. La pratique habituelle est d'attendre la guérison avant de se faire vacciner contre une maladie. Cependant, vous devez vous faire vacciner dès que possible une fois que vous êtes guéri, en suivant les protocoles officiels de votre pays.

On ne sait pas combien de temps le vaccin protège contre le COVID-19, même si les données issues des essais cliniques indiquent une protection forte pendant plusieurs mois au moins. Il se peut qu'à l'avenir les gens doivent se faire vacciner à répétition contre le COVID-19, tout comme dans le cas de la grippe.

Même après avoir été vacciné, il est important de continuer à se protéger contre le COVID-19, par exemple en portant un masque, en gardant ses distances, en se lavant les mains et en respectant les réglementations locales relatives aux tests COVID-19.

Il n'existe aucune preuve que les patients SEP encourent plus de complications que la population générale lorsqu'ils reçoivent un vaccin ARNm, à vecteur viral non répliatif, à virus inactivé ou à protéine COVID-19 (types 1 à 4 décrits ci-dessus).

Les vaccins ARNm, à vecteur viral non répliquatif, à virus inactivé ou à protéine COVID-19 ne contiennent pas de virus vivants et ne provoquent pas le COVID-19. Ces vaccins ne sont pas susceptibles de déclencher une poussée de SEP ou d'aggraver vos symptômes chroniques.

Par contre, **les patients SEP doivent éviter les vaccins vivants atténués (5)**. Etant donné qu'à l'avenir de tels vaccins pourraient être développés, il est important de savoir quel vaccin vous est proposé.

Il n'est pas nécessaire de vous isoler après avoir été vacciné. Les vaccins peuvent provoquer des effets secondaires, par exemple une fièvre ou une fatigue, qui en principe ne durent que quelques jours après la vaccination. Une fièvre peut aggraver temporairement vos symptômes de SEP, mais ils devraient revenir au niveau précédent après la disparition de la fièvre. Même si vous ressentez des effets secondaires à partir de la première dose, il est important de recevoir (le cas échéant) la deuxième dose du vaccin pour qu'il soit complètement efficace. Les effets secondaires tels que fièvre, inconfort musculaire et fatigue sont le signe que le vaccin est en train d'agir en provoquant dans votre corps une réponse immunitaire contre le virus, et commence donc à vous protéger.

Les vaccins anti-COVID-19 peuvent être administrés aux patients SEP qui suivent des traitements pour la SEP.

Continuez votre traitement de fond à moins que votre neurologue ne vous conseille de l'arrêter ou de le retarder. L'arrêt brutal de certains traitements TMM peut entraîner une aggravation importante de la maladie.

- **Il n'est pas dangereux de se faire vacciner contre le COVID-19 lorsque vous suivez un TMM.**
- **Le fait de retarder le début d'un TMM ou de modifier son calendrier n'est pas une question de sécurité, c'est une stratégie qui permet de maximiser l'efficacité du vaccin.**

Certains TMM peuvent réduire l'efficacité du vaccin, car ils réduisent votre capacité à développer une réaction immunitaire. Cependant, vous restez capable de réagir au vaccin dans une certaine mesure et la vaccination réduit votre risque de développer un COVID-19 sévère. Vu les conséquences potentiellement graves du COVID-19 pour la santé, il est peut-être plus important de vous faire vacciner dès que cela vous est proposé, plutôt que le combiner de façon optimale avec votre TMM.

Si vous avez la possibilité de planifier votre vaccination, nous vous conseillons de consulter votre neurologue pour savoir si et comment vous devez organiser votre vaccination en fonction de votre TMM (lorsque cela est pertinent, voir ci-dessous). Cette démarche devrait permettre d'assurer que le vaccin reste capable de créer des anticorps contre le COVID.

Le timing de votre vaccination contre le COVID-19 doit se baser sur une évaluation du risque posé par le COVID-19 (voir la liste des populations vulnérables au début du présent document) et de l'état d'avancement de votre SEP. Discutez avec votre neurologue afin de déterminer le meilleur moment pour vous. Si le risque d'une aggravation de votre SEP est plus élevé que le risque créé par le COVID-19, ne modifiez pas votre calendrier de traitement et faites-vous vacciner dès que possible. Si votre SEP est stable, envisagez les modifications suivantes de votre TMM afin d'améliorer l'efficacité du vaccin.

Interférons, acétate de glatiramère, tériflunomide, fumarate de monométhyle, fumarate de diméthyle, fumarate de diroximel, natalizumab — Si vous êtes sur le point de commencer l'un de ces TMM pour la première fois, n'attendez pas d'avoir été vacciné contre le COVID-19. Si vous êtes déjà sous traitement, il n'est pas nécessaire de modifier votre TMM.

Fingolimod, siponimod, ozanimod — Si vous êtes sur le point de commencer l'un de ces traitements, faites-vous vacciner de manière à recevoir le deuxième vaccin deux à quatre semaines avant le début d'un traitement au fingolimod, au siponimod ou à l'ozanimod. Si vous suivez déjà l'un de ces traitements, continuez de le suivre tel qu'il a été prescrit et faites-vous vacciner dès qu'on vous le propose.

Alemtuzumab, cladribine — Si vous êtes sur le point de commencer l'un de ces traitements, faites-vous vacciner contre le COVID-19 de manière à recevoir le deuxième vaccin deux à quatre semaines avant le début d'un traitement à l'alemtuzumab ou à la cladribine. Si vous suivez déjà l'un de ces traitements, envisagez de commencer la vaccination au moins 12 semaines après votre dernière dose d'alemtuzumab ou de cladribine. Si possible, attendez au moins quatre semaines avant de reprendre l'alemtuzumab ou la cladribine. ***Il n'est pas toujours possible de respecter un tel calendrier et il est donc peut-être plus important de vous faire vacciner dès que cela vous est proposé plutôt que de le combiner de façon optimale avec votre TMM. Discutez avec votre neurologue afin de déterminer quel est le meilleur moment pour vous.***

Ocrélizumab, rituximab — Si vous êtes sur le point de commencer l'un de ces traitements, faites-vous vacciner de manière à recevoir le deuxième vaccin deux à quatre semaines avant le début d'un traitement à l'ocrélizumab ou au rituximab. Si vous suivez déjà l'un de ces traitements, envisagez de commencer la vaccination au moins 12 semaines après votre dernière dose de TMM. Si possible, attendez au moins quatre semaines après le deuxième vaccin avant de reprendre l'ocrélizumab ou le rituximab. ***Il n'est pas toujours possible de respecter un tel calendrier et il est donc peut-être plus important de vous faire vacciner dès que cela vous est proposé plutôt que de le combiner de façon optimale avec votre TMM. Discutez avec votre neurologue afin de déterminer le meilleur moment pour vous.***

Ofatumumab— Si vous êtes sur le point de commencer ce traitement, faites-vous vacciner de manière à recevoir le deuxième vaccin deux à quatre semaines avant le début du TMM. Si vous prenez déjà de l'ofatumumab, envisagez de commencer la vaccination quatre semaines après votre dernière injection d'ofatumumab. Si possible, attendez au moins quatre semaines après le deuxième vaccin avant de reprendre l'ofatumumab. ***Il n'est pas toujours possible de respecter un tel calendrier et il est donc peut-être plus important de vous faire vacciner dès que cela vous est proposé plutôt que de le combiner de façon optimale avec votre TMM. Discutez avec votre neurologue afin de déterminer le meilleur moment pour vous.***

Stéroïdes à forte dose — Envisagez de vous faire vacciner trois à cinq jours après votre dernière dose de stéroïdes.

Nous avons tous la responsabilité personnelle de ralentir la propagation de la pandémie et d'éliminer le virus le plus rapidement possible

Les autorisations de vaccins sûrs et efficaces contre le COVID-19 nous rapprochent de l'éradication de cette pandémie. Dans les régions où la transmission locale du COVID-19 est importante, en plus de vous faire vacciner, vous devez vous référer à vos directives locales sur les stratégies d'atténuation de la transmission, qui sont susceptibles d'inclure le port d'un masque facial, la distanciation sociale et le lavage des mains.

Ces conseils ont été approuvés pour la première fois le 13 mars 2020. Les dernières révisions ont été approuvées et publiées le 5 mars 2021.

Les personnes suivantes ont été consultées dans le cadre de l'élaboration du présent document. Les conseils relatifs aux vaccins anti-COVID-19 ont été développés en association avec le [groupe de travail de la National MS Society](#).

Neurologues spécialistes de la SEP et chercheurs spécialisés

Professeur Alfredo Rodriguez Antiguada – Universidad del País Vasco, Espagne

Professeur Brenda Banwell, Présidente de l'International Medical and Scientific Advisory Board (IMSB) de la MSIF – University of Pennsylvania, USA

Professeur Amit Bar-Or - University of Pennsylvania, USA

Professeur Simon Broadley – Griffith University and Gold Coast Hospital, Queensland, Australie

Professeur Olga Ciccarelli – Institute of Neurology, UCL, Royaume-Uni

Professeur Maria Pia Amato, Présidente de l'ECTRIMS – Université de Florence, Italie

Professeur Andrew Chan – Hôpital universitaire de Berne, Suisse

Professeur Jeffrey Cohen, Président de l'ACTRIMS – Cleveland Clinic Mellen Center for MS, USA

Professeur Jorge Correale, Vice-président de l'IMSB de la MSIF – FLENI, Argentine

Professeur Giancarlo Comi – IRCCS Ospedale San Raffaele, Italie

Dr Huang Dehui – Chinese PLA General Hospital, Chine

Vanessa Fanning – Australie

Professeur Kazuo Fujihara, Président du PACTRIMS – Fukushima Medical University School of Medicine, Japon

Professeur Gavin Giovannoni – Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Royaume-Uni

Professeur Fernando Hamuy Diaz de Bedoya, Président du LACTRIMS – Universidad Nacional de Asuncion, Paraguay

Professeur Bernhard Hemmer – Technische Universität München, Allemagne

Professeur Joep Killestein – Amsterdam UMC, Pays-Bas

Professeur Barbara Kornek – Medical University Vienna, Autriche

Professeur Daphne Kos, Présidente du RIMS – KU Leuven, National MS Center Melsbroek, Belgique

Dr Céline Louapre – Université de la Sorbonne, France

Professeur Catherine Lubetzki – ICM, France

Professeur Aaron Miller, Président, National Medical Advisory Committee, National MS Society (US) – Icahn School of Medicine at Mount Sinai, USA

Anne Restan – Irlande

Professeur Mohammad Ali Sahraian – MS Research Center, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Iran

Professeur Marco Salvetti – Université Sapienza, Italie

Professeur Nancy Sicotte - Cedars-Sinai Medical Center, USA

Dr Joost Smolders – ErasmusMC, Pays-Bas

Professeur Per Soelberg Sørensen – Université de Copenhague, Danemark

Professeur Maria-Pia Sormani, représentante de l'étude italienne MuSC-19 – Université de Gênes, Italie

Ana Torredemer – Espagne

Professeur David Tschärke – Australian National University, Australie

Professeur Bassem Yamout, Président du MENACTRIMS – American University of Beirut Medical Center, Liban

Professeur Frauke Zipp – Johannes Gutenberg University Medical Center, Mayence, Allemagne

**** La MSIF et ses organisations membres**

Dr Anne Helme, Nick Rijke, Victoria Gilbert, Peer Baneke – MS International Federation

Phillip Anderson – MS Society (Royaume-Uni)

Pedro Carrascal – Esclerosis Múltiple España (Espagne)

Dr Tim Coetzee, Dr Doug Landsman, Julie Fiol – National MS Society (USA)

Professeur Judith Haas – Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V (Allemagne)

Dr Kirstin Heutinck – Stichting MS Research (Pays-Bas)

Dr Pam Kanellis – Société de la SP, Canada

Elisabeth Kasilingam – European MS Platform

Dr Marc Lutz – La Société suisse de la sclérose en plaques (Suisse)

Marie Lynning – Scleroseforeningen (Danemark)

Dr Julia Morahan – MS Research Australia

Dr Emmanuelle Plassart-Schiess – ARSEP Fondation (France)

Dr Paola Zarin – Associazione Italiana Sclerosi Multipla Onlus (Italie)

Nous remercions le Dr Clare Walton et Kathleen Costello pour leur contribution à des versions précédentes du présent document.

** Les directives nationales et internationales sur la distance à maintenir entre les personnes varient entre un mètre minimum et deux mètres. Les personnes doivent tenir compte de leurs directives nationales et être conscients qu'il s'agit de distances minimales et qu'il est préférable de maintenir une distance plus importante.