

## Introduction

Il s'agit du septième rapport de synthèse des principaux résultats de l'[initiative COVID-NMA](#). Il fournit une vue d'ensemble des résultats au **17 octobre 2022**, résumant les données probantes concernant le traitement des patients hospitalisés et non hospitalisés atteints de la COVID-19. Ces données probantes sont d'un niveau de confiance élevé ou modéré.

Au cours du mois dernier (septembre 2022), nous avons révisé toutes nos évaluations du niveau de confiance, en appliquant la **nouvelle approche proposée par le groupe de travail GRADE pour évaluer l'imprécision**<sup>1</sup>. Bien que la plupart des évaluations du niveau de confiance n'aient pas changé, certaines des mises à jour rapportées ci-dessous seront dues à ces critères affinés.

À partir de ce mois-ci, nous incluons des résultats qui ne se réfèrent pas seulement aux patients hospitalisés, mais nous présentons également un deuxième tableau avec les résultats avec un niveau de confiance élevé ou modéré pour les **patients ambulatoires**.

Compte tenu du rythme plus lent de publication des études et de leur moindre impact sur les données probantes synthétisées existantes, nous préparerons désormais ces résumés **tous les trois mois**, au lieu de tous les mois. Cependant, les résultats sur le site web du projet ([covid-nma.com](https://covid-nma.com)) continueront à être mis à jour toutes les deux semaines.

Nous sommes également ravis de vous annoncer qu'un autre article de recherche issu de l'initiative COVID-NMA a récemment été publié en anglais, évaluant la [Transparence et caractéristiques des rapports des essais contrôlés randomisés sur la COVID-19](#). Une liste de toutes les publications scientifiques découlant du projet peut être consultée [ici](#).

Pour rappel, en mars 2022, l'initiative COVID-NMA a révisé son protocole et réduit sa portée : Seules les comparaisons évaluant les antiviraux et les immunomodulateurs ont continué à être mises à jour toutes les deux semaines (les résultats des autres interventions jusqu'à cette date sont toujours disponibles sur le site web). Par conséquent, les résultats les plus récents sont disponibles sur [covid-nma.com](https://covid-nma.com), et la liste des études en attente d'extraction de données est disponible [ici](#). N'hésitez pas à nous contacter en utilisant notre [formulaire de contact](#) et à diffuser ce document sur twitter ([@Covid-NMA](https://twitter.com/Covid-NMA)).

---

1 Schünemann HJ, Neumann I, Hultcrantz M, Brignardello-Petersen R, Zeng L, Murad MH, Izcovich A, Morgano GP, Baldeh T, Santesso N, Cuello CG. GRADE guidance 35: update on rating imprecision for assessing contextualized certainty of evidence and making decisions. Journal of Clinical Epidemiology. 2022 Aug 5.

## Mises à jour depuis le précédent résumé

Depuis le rapport précédent (mis à jour le 5 septembre), les changements suivants sont intervenus (**en plus de tous les résultats relatifs aux patients ambulatoires**) :

- Dans l'évaluation actualisée de l'**anakinra**, le niveau de confiance associé à son effet sur l'amélioration clinique (autour de 60 jours, qui indiquait peu ou pas de différence dans la mise à jour précédente), le score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (qui indiquait une réduction du risque dans la mise à jour précédente) et les événements indésirables (qui indiquait une différence faible à nulle dans la mise à jour précédente) est désormais faible, et n'est donc plus signalée dans le tableau ci-dessous. Les données probantes d'un niveau de confiance modéré pour cette intervention indiquent donc que, chez les patients hospitalisés, Anakinra réduit probablement le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (c'est-à-dire ventilation mécanique ou décès) autour de 60 jours, et qu'il entraîne probablement peu ou pas de différence dans la probabilité d'amélioration clinique autour de 28 jours.
- Dans l'évaluation actualisée du **baricitinib**, le niveau de confiance associé à son effet sur la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours, qui indiquait une réduction probable du risque) est désormais faible, et n'est donc plus rapportée dans le tableau ci-dessous. Les données probantes pour les autres critères de jugement restent peu modifiés : Chez les patients hospitalisés, le Baricitinib entraîne peu ou pas de différence dans l'amélioration clinique autour de 28 jours ; il est susceptible de réduire le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (c'est-à-dire ventilation mécanique ou décès, autour de 28 jours) et le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 60 jours) ; et il n'augmente probablement pas le risque d'événements indésirables mais diminue probablement le risque d'événements indésirables graves.
- Dans l'évaluation actualisée du **mésilate de camostat**, tous les critères de jugement ont un niveau de confiance faible ou très faible et cette intervention a donc été retirée du tableau récapitulatif ci-dessous.
- Dans l'évaluation actualisée du **plasma de convalescents**, le niveau de confiance associé à son effet sur le score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (qui indiquait peu ou pas de différence) est désormais faible. Les données probantes pour les autres critères de jugement restent peu modifiées : Le plasma de convalescents entraîne probablement peu ou pas de différence sur l'amélioration clinique autour de 28 jours, le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (c'est-à-dire ventilation mécanique ou décès) autour de 28 jours, le risque d'événements indésirables ou de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours).
- En ce qui concerne les **corticostéroïdes**, il existe maintenant un niveau de confiance modéré indiquant qu'ils ont probablement peu ou pas d'effet sur le risque d'événements indésirables. Les données probantes pour les autres critères de jugement restent peu modifiées : Les corticostéroïdes augmentent probablement légèrement l'amélioration clinique (autour de 28 jours) et réduisent le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) chez les patients hospitalisés.
- Il existe maintenant un niveau de confiance modéré quant à l'efficacité du **favipiravir** sur la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours), qui est probablement augmentée. Cette intervention a été ajoutée au tableau récapitulatif ci-dessous.
- Il existe désormais un niveau de confiance modéré quant à l'efficacité de l'**immunoglobuline intraveineuse hyperimmune anti-COVID-19** sur le score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (autour de 28 jours) et de la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours), qui sont probablement réduits. Cette intervention a été ajoutée au tableau récapitulatif ci-dessous.
- Dans l'évaluation actualisée du **lopinavir + le ritonavir**, le niveau de confiance associé à son effet sur l'amélioration clinique (autour de 28 jours) et la conversion virale négative (les deux indiquant qu'il y avait probablement peu ou pas d'effets de l'intervention), est maintenant faible, et ne sont donc plus rapportés dans le tableau ci-dessous. Les données probantes d'un niveau de confiance modéré restantes indiquent que cette intervention entraîne probablement peu ou pas de différence dans le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours).
- Il existe maintenant un niveau de confiance modéré quant à l'efficacité d'**otilimab** sur la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours), qui est probablement réduite, tandis qu'il y a probablement peu

ou pas de différence dans le risque d'effets indésirables. Il n'y a probablement pas de probabilité accrue d'amélioration clinique (autour de 28 jours). Cette intervention a été ajoutée au tableau récapitulatif ci-dessous.

- Dans l'évaluation actualisée du **remdésivir**, il y a maintenant un niveau de confiance modéré indiquant que cette intervention a peu ou pas d'effet sur la probabilité d'une conversion virale négative. L'autre critère de jugement pour lequel il y avait déjà un niveau de confiance modéré reste inchangé : il est probable qu'il y ait peu ou pas de différence dans le risque de mortalité autour de 28 jours.
- Dans l'évaluation mise à jour du **ruxolitinib**, tous les résultats des critères de jugement ont un niveau de confiance faible ou très faible et cette intervention a donc été retirée du tableau récapitulatif ci-dessous.
- Dans l'évaluation actualisée du **sotrovimab**, le niveau de confiance associé à son effet sur les événements indésirables graves (qui indiquait une augmentation probable du risque) est désormais faible, et n'est donc plus signalé dans le tableau ci-dessous. Pour cette intervention, il n'y a maintenant qu'un niveau de confiance modéré dans les résultats d'amélioration clinique (autour de 28 jours), indiquant peu ou pas de différence.
- Il existe maintenant un niveau de confiance modéré quant à l'efficacité du **nézulcitinib (TD-0903)** sur la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) et les événements indésirables, qui sont probablement réduits. Cette intervention a été ajoutée au tableau récapitulatif ci-dessous.
- Il existe maintenant un niveau de confiance modéré quant à l'effet du **tocilizumab** sur le risque de mortalité toutes causes confondues autour de 60 jours, qui est probablement réduit. Ceci est cohérent avec les résultats indiquant une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues autour de 28 jours. Le tocilizumab a peu ou pas d'effet sur l'amélioration clinique (autour de 28 jours) et les événements indésirables.
- Il existe maintenant un niveau de confiance modéré quant à l'efficacité du **vilobélimab** sur l'amélioration clinique (autour de 28 jours), et la mortalité toutes causes confondues autour de 28 jours et autour de 60 jours, qui sont toutes probablement réduites. Cette intervention a été ajoutée au tableau récapitulatif ci-dessous.
- Il y a eu d'autres mises à jour dans les résultats pour **l'auxora** et **le canakinumab**, mais il ne s'agissait que de changements mineurs.

## Quelles sont les données probantes actuelles concernant le traitement des patients hospitalisés pour la COVID-19 ?

Mise à jour du 17 octobre 2022

### Traitements pharmacologiques chez les patients hospitalisés

*Critères de jugement critiques d'intérêt : Amélioration de l'état clinique (autour de 28 jours ou de 60 jours), score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (autour de 28 jours ou de 60 jours), mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours ou de 60 jours), conversion virale négative (autour de 7 jours), événements indésirables et événements indésirables graves.*

Pour la plupart des traitements pharmacologiques chez les patients hospitalisés, le niveau de confiance des données probantes est encore faible ou très faible. Vous trouverez ci-dessous un résumé des interventions pharmacologiques dont les **résultats sont en faveur d'un effet bénéfique** par rapport au placebo ou aux soins standard. Nous ne mettons en évidence que les critères de jugement dont le niveau de confiance est modéré et élevé ; les autres critères de jugement ont un niveau de confiance faible ou très faible.

- **L'anakinra** (un anticorps monoclonal) réduit probablement le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (c'est-à-dire de ventilation mécanique ou de décès) autour de 60 jours chez les patients hospitalisés. Il en résulte probablement peu ou pas de différence dans la probabilité d'une amélioration clinique autour de 28 jours. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Le baricitinib** (un inhibiteur de kinase) entraîne peu ou pas de différence dans l'amélioration clinique autour de 28 jours. Elle est susceptible de réduire le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (c'est-à-dire ventilation mécanique ou décès, autour de 28 jours) et le risque de mortalité toutes causes confondues (environ 60 jours). Il n'augmente probablement pas le risque d'événements indésirables et

diminue probablement le risque d'événements indésirables graves.

- **Le casirivimab + l'imdevimab (REGN-COV2)** (Association d'anticorps monoclonaux) réduit probablement le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours), bien qu'il y ait peu ou pas d'effet sur la probabilité d'amélioration clinique autour de 28 jours et autour de 60 jours. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Les corticostéroïdes** augmentent légèrement l'amélioration clinique (autour de 28 jours) et réduisent le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) chez les patients hospitalisés, avec probablement une augmentation faible ou nulle du risque d'événements indésirables. Nous avons regroupé les corticostéroïdes oraux et intraveineux des participants dont la gravité de la maladie était variable. À noter que l'étude la plus importante (l'essai RECOVERY) a révélé, lors d'une analyse en sous-groupes, que « les différences de mortalité variaient considérablement en fonction du niveau d'assistance respiratoire que les patients recevaient au moment de la randomisation », et que « l'utilisation de la dexaméthasone a entraîné une baisse de la mortalité à 28 jours parmi ceux qui recevaient soit une ventilation mécanique invasive, soit de l'oxygène seul au moment de la randomisation, mais pas parmi ceux qui ne recevaient aucune assistance respiratoire ».
- **L'immunoglobuline intraveineuse hyperimmune anti-COVID-19** (un immunomodulateur) réduit probablement le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (autour de 28 jours) et de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours).
- **L'otilimab** (un anticorps monoclonal) est susceptible de réduire le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours), tandis qu'il y a probablement peu ou pas de différence dans le risque d'effets indésirables. Il n'y a probablement pas de probabilité accrue d'amélioration clinique (autour de 28 jours).
- **Le nézulcitinib (TD-0903)** (un inhibiteur de kinase) est susceptible de réduire le risque de mortalité toutes causes confondues autour de 28 jours, ainsi que le risque d'événements indésirables.
- **Le tocilizumab** (un anticorps monoclonal) réduit le risque de mortalité toutes causes confondues autour de 28 jours et est susceptible de réduire la mortalité toutes causes confondues autour de 60 jours chez les patients hospitalisés, bien qu'il n'entraîne probablement que peu ou pas de différence sur l'amélioration clinique autour de 28 jours. Il n'y a probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Le vilobélimab** (un anticorps monoclonal) augmente probablement la probabilité d'une amélioration clinique (autour de 28 jours) et réduit probablement le risque de mortalité toutes causes confondues autour de 28 jours et autour de 60 jours.

Pour les traitements ci-dessous, il existe des critères de jugement avec un niveau de confiance modéré ou élevé indiquant une **incertitude quant au bénéfice ou au risque**

- Pour **le remdésivir** (un antiviral), qui est l'une des interventions recommandées par le National Institutes of Health (NIH) et qui a été autorisée dans l'UE dans le traitement de la COVID-19, nous avons constaté que l'estimation du risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) et son large intervalle de confiance (RR 0,91, IC à 95 % 0,74 à 1,11) indiquent une incertitude quant aux bénéfices ou aux risques. Il en résulte probablement une augmentation faible ou nulle de la conversion négative virale (environ 7 jours).

Pour les traitements ci-dessous, il existe des critères de jugement avec un niveau de confiance modéré ou élevé indiquant **l'absence de données probantes d'effets bénéfiques** (par exemple, une amélioration de

l'état clinique ou une réduction de la mortalité) ou une augmentation des risques d'effets négatifs (par exemple, des événements indésirables graves) par rapport au placebo ou aux soins standard :

- **L'auxora** (un immunomodulateur) diminue probablement le risque d'événements indésirables graves, mais les données probantes concernant son efficacité sont encore d'un niveau de confiance très faible.
- **Le bamlanivimab** (un anticorps monoclonal) entraîne probablement peu ou pas de différence sur l'amélioration de l'état clinique autour de 60 jours.
- **Le canakinumab** (un anticorps monoclonal) entraîne probablement peu ou pas de différence sur l'amélioration clinique autour de 28 jours.
- **Le plasma de convalescents** entraîne peu ou pas de différence sur l'amélioration clinique vers 28 jours. Il y a probablement peu ou pas de différence dans le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) et le risque d'événements indésirables.
- **Le favipiravir** (un antiviral) est susceptible d'augmenter le risque de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) chez les patients hospitalisés.
- **Le lopinavir + le ritonavir** (un antiviral) entraîne probablement peu ou pas de différence sur la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours).
- **Le sotrovimab** (un anticorps monoclonal) entraîne probablement peu ou pas de différence dans l'amélioration de l'état clinique autour de 60 jours. Alors que le NIH recommande cette intervention pour les patients ambulatoires, elle n'a pas été recommandée pour les patients hospitalisés. De même, cette intervention a été autorisée dans l'UE pour traiter la COVID-19, mais uniquement chez les patients qui ne nécessitent pas d'oxygène supplémentaire et qui présentent un risque accru de voir la maladie s'aggraver.

Pour une autre intervention autorisée par l'Association européenne des médicaments (ritonavir seul), nous n'avons pas encore identifié d'essais contrôlés randomisés rapportant son efficacité.

*Tableau récapitulatif à la page suivante..*



**Tableau récapitulatif : Traitements pharmacologiques chez les patients hospitalisés (Mise à jour du 17 octobre 2022)**

Légende :

Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant des bénéfices
Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant peu ou pas de différence
Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant des risques
Données probantes d'un niveau de confiance faible/très faible

Traitement (vs soins standard ou placebo)	Efficacité du traitement							Événements indésirables	
	Amélioration de l'état clinique (J28)	Amélioration de l'état clinique (J60)	Score de progression de l'OMS (niveau ≥7) (J28)	Score de progression de l'OMS (niveau ≥7) (J60)	Mortalité toutes causes confondues (J28)	Mortalité toutes causes confondues (J60)	Conversion virale négative (J7)	Événements indésirables	Événements indésirables graves
<a href="#">Anakinra</a>	1.04 (0.94-1.16)	faible	très faible	0.54 (0.3 - 0.96)	faible	très faible	faible	faible	faible
<a href="#">Auxora</a>		très faible	très faible	très faible	très faible	très faible		faible	0.68 (0.47 - 0.99)
<a href="#">Bamlanivimab (LY-CoV555)</a>		0.98 (0.90 - 1.07)	faible		faible	faible		faible	faible
<a href="#">Baricitinib</a>	<b>1.02</b> <b>(1.00 - 1.05)</b>	faible	0.81 (0.68 - 0.97)		faible	0.73 (0.59 - 0.89)		0.96 (0.88 - 1.05)	0.80 (0.67 - 0.95)
<a href="#">Canakinumab</a>	1.05 (0.96-1.14)		faible		faible	faible		faible	faible
<a href="#">Casirivimab + Imdevimab (REGN-COV2)</a>	1.02 (0.99 - 1.04)	1.04 (0.97 - 1.12)	faible		0.93 (0.86 - 1.01)	faible			
<a href="#">Plasma de convalescent</a>	<b>1.00</b> <b>(0.98-1.02)</b>	faible	faible	faible	0.98 (0.93 - 1.03)	très faible	très faible	1.08 (0.99-1.18)	faible
<a href="#">Corticostéroïdes</a>	<b>1.05</b> <b>(1.02 - 1.08)</b>	faible	faible	très faible	<b>0.91</b> <b>(0.85-0.98)</b>	très faible	très faible	1.09 (0.84 - 1.4)	très faible
<a href="#">Favipiravir</a>	faible	très faible	faible	très faible	1.43 (0.71 - 2.88)	très faible	faible	très faible	très faible
<a href="#">Immunoglobuline intraveineuse hyperimmune anti-COVID-19</a>	faible		0.57 (0.32 - 1.02)		0.61 (0.34 - 1.09)		très faible	très faible	faible
<a href="#">Lopinavir + Ritonavir</a>	faible		faible	très faible	1.02 (0.92-1.12)	faible	faible	faible	très faible
<a href="#">Otilimab</a>	1.06 (0.96 - 1.17)	faible			0.88 (0.72 - 1.08)	faible		1.03 (0.94 - 1.14)	faible
<a href="#">Remdésivir</a>	faible		faible		0.91 (0.74-1.11)	faible	1.06 (0.88 - 1.27)	très faible	très faible
<a href="#">Sotrovimab</a>		1.05 (0.97 - 1.15)	faible		faible	faible		faible	faible
<a href="#">Nézulcitinib (TD-0903)</a>	faible		faible		0.41 (0.17 - 1.00)			0.34 (0.12 - 0.96)	faible
<a href="#">Tocilizumab</a>	1.05 (1.00-1.11)	très faible	faible		<b>0.88</b> <b>(0.81-0.94)</b>	0.91 (0.8 - 1.04)		1.03 (0.95 - 1.12)	très faible
<a href="#">Vilobélimab</a>	1.14 (0.92 - 1.41)				0.74 (0.56 - 0.98)	0.76 (0.59 - 0.99)		faible	faible

Toutes les valeurs sont des RR (IC à 95 %). Les résultats en gras ont un niveau de confiance élevé, tandis que les résultats non en gras ont un niveau de confiance modéré. Dernière mise à jour : 17 octobre 2022. Cliquez sur le traitement pour accéder au site correspondant sur covid-nma.com (disponible en anglais).

# Quelles sont les données probantes actuelles concernant le traitement des patients ambulatoires atteints de la COVID-19 ?

Mise à jour du 17 octobre 2022

## Traitements pharmacologiques chez les patients ambulatoires

*Critères de jugement critiques d'intérêt : Amélioration de l'état clinique (autour de 28 jours ou de 60 jours), score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (autour de 28 jours ou de 60 jours), mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours ou de 60 jours), conversion virale négative (autour de 7 jours), événements indésirables et événements indésirables graves.*

Pour la plupart des traitements pharmacologiques chez les patients ambulatoires, le niveau de confiance des données probantes est encore faible ou très faible. Vous trouverez ci-dessous un résumé des interventions pharmacologiques qui, chez les patients ambulatoires, ont des **résultats en faveur d'un effet bénéfique** par rapport au placebo ou aux soins standard. Nous ne mettons en évidence que les critères de jugement dont le niveau de confiance est modéré et élevé ; les autres critères de jugement ont un niveau de confiance faible ou très faible.

- **Le bamlanivimab + l'etesevimab** (un anticorps monoclonal) réduit probablement le risque d'hospitalisation ou de décès et de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) chez les patients ambulatoires, bien qu'il augmente probablement le risque d'événements indésirables graves. Il n'y a probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables.
- **Le plasma de convalescents** réduit probablement le risque d'hospitalisation ou de décès, ainsi que la mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) chez les patients ambulatoires.
- **L'ensitrelvir** (un antiviral) augmente probablement la probabilité d'une conversion virale négative (environ 7 jours), bien qu'il augmente probablement le risque d'effets indésirables. Les larges intervalles de confiance pour les risques d'hospitalisation ou de décès indiquent une incertitude quant au bénéfice ou au risque concernant ce critère de jugement.
- **Les corticostéroïdes inhalés** réduisent probablement, chez les patients ambulatoires, le risque d'hospitalisation ou de décès et de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours). Ils entraînent probablement peu ou pas de différence dans le risque de score de progression clinique de l'OMS  $\geq 7$  (autour de 28 jours).
- **Le molnupiravir** (un antiviral) est susceptible de réduire le risque d'hospitalisation ou de décès, de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) et d'événements indésirables graves chez les patients ambulatoires. Il n'y a probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables.
- **Le nirmatrelvir/ritonavir** (un antiviral) réduit probablement le risque d'hospitalisation ou de décès, de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours) et d'événements indésirables graves chez les patients ambulatoires. Il entraîne probablement peu ou pas de différence dans le risque d'effets indésirables. Ce médicament a reçu une autorisation de mise sur le marché conditionnelle de l'EMA pour traiter la COVID-19.
- **Le regdanvimab (CT-P59)** (un anticorps monoclonal) est susceptible de réduire le risque d'hospitalisation ou de décès chez les patients ambulatoires, bien qu'il entraîne probablement un risque accru d'événements indésirables graves. Les larges intervalles de confiance pour les risques de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours et autour de 60 jours) indiquent une incertitude quant au bénéfice ou au préjudice concernant ces critères de jugement. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Le remdésivir** (un antiviral) réduit probablement, chez les patients ambulatoires, le risque d'hospitalisation ou de décès et le risque d'événements indésirables graves, mais il n'entraîne probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Le sotrovimab** (un anticorps monoclonal) entraîne probablement une réduction du risque d'hospitalisation ou de décès et d'événements indésirables graves chez les patients ambulatoires. Il n'y a probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables. Les larges intervalles de confiance pour les risques de mortalité toutes causes confondues (autour de 28 jours et autour de 60 jours) indiquent

une incertitude quant au bénéfice ou au préjudice concernant ces critères de jugement. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.

Pour les traitements ci-dessous, il existe des critères de jugement avec un niveau de confiance modéré ou élevé indiquant **l'absence de données probantes d'effets bénéfiques** (par exemple, une amélioration de l'état clinique ou une réduction de la mortalité) ou une augmentation des risques d'effets négatifs (par exemple, des événements indésirables graves) par rapport au placebo ou aux soins standard :

- **Le mésilate de camostat** (un antiviral) augmente probablement le risque d'événements indésirables chez les patients ambulatoires.
- **Le casirivimab + l'imdevimab (REGN-COV2)** (association d'anticorps monoclonaux) réduit probablement le risque d'événements indésirables et d'événements indésirables graves chez les patients ambulatoires, mais les données probantes concernant l'efficacité du traitement sont encore d'un niveau de confiance faible. C'est l'une des interventions qui ont été autorisées dans l'UE dans le traitement de la COVID-19.
- **Le favipiravir** (un antiviral) entraîne probablement un risque accru d'hospitalisation ou de décès chez les patients ambulatoires, ainsi que d'événements indésirables graves. Il n'y a probablement que peu ou pas de différence dans le risque d'événements indésirables.
- **Le lopinavir + le ritonavir** (un antiviral) entraîne probablement un risque accru d'événements indésirables graves chez les patients ambulatoires.

*Tableau récapitulatif à la page suivante..*



**Tableau récapitulatif : Traitements pharmacologiques chez les patients ambulatoires**  
(Mis à jour le 17 octobre 2022)

Légende :

Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant des bénéfices
Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant peu ou pas de différence
Niveau de confiance modéré/ <b>élevé</b> indiquant des risques
Données probantes d'un niveau de confiance faible/très faible

Traitement (vs soins standard ou placebo)	Efficacité du traitement								Événements indésirables	
	Amélioration de l'état clinique (J28)	Amélioration de l'état clinique (J60)	Hospitalisation ou décès	Score de progression de l'OMS (niveau ≥7) (J28)	Score de progression de l'OMS (niveau ≥7) (J60)	Mortalité toutes causes confondues (J28)	Mortalité toutes causes confondues (J60)	Conversion virale négative (J7)	Événements indésirables	Événements indésirables graves
<a href="#">Bamlanivimab + Etesevimab</a>	faible		0.23 (0.11 - 0.49)			0.05 (0.01 - 0.39)		faible	0.91 (0.65 - 1.28)	1.43 (0.59 - 3.45)
<a href="#">Mésylate de camostat</a>	très faible		faible			très faible			1.2 (0.97 - 1.47)	
<a href="#">Casirivimab+Imdevimab (REGN-COV2)</a>			faible			faible			0.7 (0.53 - 0.93)	0.18 (0.03 - 1.16)
<a href="#">Plasma de convalescents</a>			0.82 (0.66 - 1.02)	faible	très faible	faible	0.17 (0.02 - 1.41)	très faible	très faible	faible
<a href="#">Ensitrelvir</a>			0.38 (0.03 - 5.02)			faible		1.14 (1.07 - 1.22)	1.3 (1.01 - 1.68)	faible
<a href="#">Favipiravir</a>			1.58 (0.81 - 3.09)	faible		faible		faible	1.02 (0.87 - 1.18)	1.5 (0.71 - 3.15)
<a href="#">Corticostéroïdes inhalés</a>			0.81 (0.58 - 1.13)	1.01 (0.57 - 1.8)		0.74 (0.31 - 1.74)	très faible	très faible	faible	très faible
<a href="#">Lopinavir + Ritonavir</a>			très faible			très faible	faible	faible	faible	1.6 (0.81 - 3.14)
<a href="#">Molnupiravir</a>	faible		0.67 (0.49 - 0.92)	faible		0.19 (0.04 - 0.86)		très faible	0.99 (0.9 - 1.09)	0.73 (0.52 - 1.02)
<a href="#">Nirmatrelvir/ritonavir</a>			0.13 (0.07 - 0.27)			0.04 (0 - 0.63)			0.95 (0.82 - 1.1)	0.24 (0.15 - 0.41)
<a href="#">Regdanvimab (CT-P59)</a>			0.35 (0.22 - 0.56)	faible		0.5 (0.05 - 5.53)	0.5 (0.05 - 5.53)	faible	faible	1.54 (0.61 - 3.92)
<a href="#">Remdésivir</a>			0.28 (0.1 - 0.74)			faible			0.9 (0.75 - 1.09)	0.26 (0.1 - 0.7)
<a href="#">Sotrovimab</a>			0.2 (0.08 - 0.48)	faible		0.2 (0.01 - 4.16)	0.11 (0.01 - 2.06)	faible	0.93 (0.74 - 1.16)	0.34 (0.18 - 0.68)

Toutes les valeurs sont des RR (IC à 95 %). Les résultats en gras ont un niveau de confiance élevé, tandis que les résultats non en gras ont un niveau de confiance modéré. Dernière mise à jour : 17 octobre 2022. Cliquez sur le traitement pour accéder au site correspondant sur covid-nma.com (disponible en anglais).

## Remerciements

Ce travail a bénéficié de financements de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de Cochrane France, du Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques (CRESS), du Centre d'Epidémiologie Clinique (GHU Cochin, Hôtel Dieu), du Ministère français de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP), de l'Université de Paris, du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), du Ministère fédéral de l'éducation et de la recherche, Allemagne, et du Horizon 2020, le programme de recherche et d'innovation de l'Union européenne, sous la convention N° 101037867