

Bulletin N°13 - Novembre 2021

1) Il n'y a que le COVID

L'épidémie de COVID repart brutalement [en Europe](#), soulignant l'importance de la primo-vaccination (les non vaccinés sont encore trop nombreux) et de la 3^{ème} dose ou du rappel pour les sujets vulnérables, notamment les plus de 65 ans. **InfoVac préfère le terme** anglo-saxon de « **booster** » (amplificateur) à ceux de :

- « **3^{ème} dose** » :
 - o les sujets préalablement infectés n'ont pas forcément besoin d'une 3^{ème} dose
 - o le nombre de doses reçues ne préjuge pas du délai entre les doses : le délai optimal pour la réponse immunitaire entre la 2^{ème} et la 3^{ème} est \geq 5-6 mois.
- « **Rappel** », qui n'évoque ni que le taux d'anticorps obtenu est plus élevé qu'après le schéma initial, ni que les anticorps persistent probablement plus longtemps ([Lien 1](#)), ni qu'ils ont une meilleure affinité.

Une étude [confirme l'efficacité du booster](#) (hospitalisations et formes graves) comparée à celle du schéma vaccinal initial effectué 5 à 6 mois avant : 93% (IC95% ; 88-97).

L'étude du **Comirnaty®** [chez les enfants de 5 à 11 ans](#) a été publiée : double aveugle (randomisée 2/1 versus placebo) comportant environ 2250 enfants, avec un dosage à 10 microgrammes, 3 fois plus faible que celui utilisé chez l'adulte et l'adolescent. Malgré cette dose réduite, l'immunogénicité, l'efficacité et la tolérance sont comparables à celles observées chez l'adulte. L'immunogénicité chez 264 enfants a été comparée à celle de 253 adultes âgés de 16 à 25 ans. La moyenne géométrique du taux d'anticorps était de 1197 (IC95% 1106-1296) chez les enfants et 1148 (IC95% 1045-1257) chez les adultes : ratio moyen 1,04 (IC95% = 0,93-1,18). L'efficacité sur les formes symptomatiques a été évaluée à 90,7% (IC95%=67,7-98,3%) avec 3 cas dans le groupe vacciné (1305 enfants) et 16 dans le groupe placebo (663 enfants). Les effets indésirables (douleurs au point d'injection, rougeur, fièvre, asthénie...) étaient équivalents entre la 1^{ère} et la 2^{ème} dose et comparable à ce qui était connu chez l'adulte. En France, les sociétés savantes de pédiatrie et la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française ont considéré que la vaccination des 5-11 ans **n'apparaissait pas pour l'instant comme une urgence** car la situation aux Etats-Unis, où elle vient d'être recommandée, est très différente de celle de la France » ([Lien 2](#)).

Données Américaines et Françaises	France		États-Unis		Facteur de multiplication
	N de cas	Incidence	N de cas	Incidence	
Population globale (millions)	≈ 67		≈ 335		
Population des 5-11 ans (millions)	5		28		
Nombre d'hospitalisations pour les 5-11 ans	1284	1,91	8.300	2,48	1,3
Nombre de PIMS chez les 5-11 ans	351	0,52	3.100	0,93	1,8
Nombre de séjours en réanimation chez les 5-11 ans	226	0,34	2.700	0,81	2,4
Nombre de décès chez les 5-11 ans	3	0,004	94	0,03	7,5
Séroprévalence chez les 5-11 ans	16%		40%	16%	2,5
Nombre de semaines de fermeture d'école	10		47		4,7
Pourcentage d'adultes vaccinés	≈ 90%		≈ 70%		
Pourcentage d'adolescents vaccinés	≈ 80%		≈ 50%		

Spikevax® ou Comirnaty® : Suite et pas fin... Les différences de dosages entre les vaccins de Moderna (Spikevax®, 100 microgrammes d'ARNm) et de Pfizer (Comirnaty®, 30 microgrammes) peuvent expliquer les différences [d'immunogénicité des 2 vaccins](#), mais aussi d'efficacité (liens [1](#) et [2](#)) sur le variant δ (le Spikevax® étant plus immunogène et potentiellement plus efficace) et également de tolérance. Une [étude confirme](#) que le Spikevax® provoquerait plus de myocardites et péricardites chez les sujets jeunes. De ce fait, la HAS recommande que Spikevax® soit réservé aux personnes de > 30 ans. On espère que les futures recommandations privilégieront : le Spikevax® pour les sujets dont l'immunogénicité est plus faible et [moins durable](#), le Comirnaty® pour les autres.

L'avancée des **vaccins protéiques** se poursuit, ouvrant la voie à des alternatives. **Novavax®**, dont l'efficacité est proche de celle des vaccins à ARNm, a déjà été enregistré dans différents pays et devrait l'être prochainement en Europe.

2) Il n'y a pas que la COVID...

Pour la 2^{ème} fois, une étude [d'efficacité en vie réelle](#) confirme l'**efficacité des vaccins HPV contre les cancers du col de l'utérus**. Comparé aux années précédant la mise en place de la campagne de vaccination, ces cancers ont diminué de façon importante jusqu'à un RR de 87% (IC 95% :72-94%). Cette réduction est d'autant plus marquée que les jeunes filles sont vaccinées tôt.

Les **épidémies** d'infections saisonnières, bronchiolites mais aussi les [autres virus](#), **atteignent des niveaux jamais vus précédemment à cette période de l'année**, saturant les soins pédiatriques. Dans ce contexte, la reprise de la recommandation et le remboursement de la vaccination contre les rotavirus est une vraie urgence.

L'Abécédaire des questions-réponses sur la vaccination COVID-19 a été [mis à jour](#).

Robert Cohen, Catherine Weil-Olivier, Olivier Romain, Franck Thollot, Véronique Dufour, Pierre Bakhache, Marie-Aliette Dommergues, Joël Gaudelus, Hervé Haas, Isabelle Hau, Pierre Bégué, Odile Launay, Maeva Lefebvre, Didier Pinquier, Georges Thiebault, François Vie le Sage, Claire-Anne Siegrist.