

Bulletin N°3 – Mars 2022

Bonnes nouvelles sur l'évolution de la vague Omicron : l'incidence s'effondre dans toutes les tranches d'âge, la vague d'hospitalisations pédiatriques est en chute rapide. Enfin, l'impressionnant pic épidémique d'il y a 4 à 6 semaines ne s'accompagne, pas fin février, d'une augmentation parallèle du nombre des PIMS, confirmant qu'Omicron n'a probablement pas la même capacité que les variants précédents à provoquer cette complication. Le ralentissement récent de la baisse des cas s'explique probablement par la levée progressive des mesures barrières, de la fin des vacances scolaires et de la large implémentation de BA2, encore plus contagieux.

La campagne de **vaccination contre le SARS-CoV-2 des enfants de 5 à 11 ans est un échec** en France. Alors que plusieurs pays européens proches (Espagne, Portugal, Italie, Belgique ...) ont des taux de couvertures vaccinales dépassant les 40%, **moins de 5% des petits Français** de cette tranche d'âge sont vaccinés, et **plus préoccupant, moins de 10% des enfants à risque**. Plusieurs explications sont possibles et non exclusives. La première est que la COVID-19 est considérée en France, à juste titre, comme une maladie bénigne chez l'enfant, ce qui nous a permis de maintenir les écoles ouvertes, davantage que dans n'importe quel autre pays sauf la Suisse... qui a les mêmes taux de couvertures vaccinales que nous... La seconde est que cette bénignité justifiait de disposer de données de « bonne » tolérance à large échelle, en vie réelle. Ces données, ainsi que les vaccins destinés aux enfants, ont été disponibles début janvier 2022 au démarrage de la vague Omicron en France. Très vite, il est apparu, autant pour l'ensemble du corps médical que pour la population, que dans le contexte d'Omicron, l'efficacité de la vaccination sans la dose booster était faible vis-à-vis des infections non graves et de la transmission d'Omicron. Ceci a suscité un doute sur l'intérêt de la vaccination, l'infection « naturelle » paraissant possiblement plus efficace pour l'acquisition d'une immunité protectrice. Enfin, un nombre considérable d'enfants pour lesquels les parents envisageaient la vaccination ont contracté Omicron entre fin décembre et fin février. En outre, trois données structurelles sont à prendre en compte pour expliquer cette faible couverture :

- 1) l'hésitation vaccinale qui était plus élevée en France et qui reste prégnante,
- 2) notre médecine scolaire qui aurait pu jouer un rôle mais qui est malheureusement moribonde,
- 3) enfin, notre calendrier vaccinal qui comporte moins de vaccins que l'ensemble des pays développés notamment contre des maladies à faible mortalité infantile (rotavirus ou varicelle) comme la COVID.

Une [étude réalisée aux États-Unis](#) a comparé l'efficacité du Comirnaty® sur l'infection à Omicron chez les adolescents, comparativement à celle observée chez les enfants âgés de 5 à 11 ans. Elle montre que comme on pouvait le prévoir (les doses administrées aux 5-11 ans étant le tiers de celles injectées aux adolescents), l'efficacité est plus faible et diminue plus rapidement chez l'enfant. Ces résultats soulignent le besoin d'étudier des dosages alternatifs du vaccin pour les enfants.

Alors que la vaccination des nourrissons et des petits enfants a retrouvé des niveaux de **couverture** comparables à la période pré-pandémique, ce n'est pas le cas pour les **rappels de 6 ans, 11 ans, et adultes**. On constate **une baisse d'environ 10 %** des ventes en pharmacies (données IQVIA et GERS). Un effort de rattrapage devrait être mis place par les vaccinateurs et les autorités de santé.

Le concept de **dette immunitaire** déjà démontré pour plusieurs virus ([VRS](#), [Enterovirus](#)) l'est maintenant pour les infections invasives à méningocoques B (IIMB). Dans [cette étude venant d'Outre-manche](#), les auteurs notent qu'entre septembre et novembre 2022, **le nombre de cas d'IIMB a augmenté chez les adolescents/jeunes adultes, et dépassé les niveaux pré-pandémiques**. Il n'y a pas eu d'augmentation des autres sérogroupes car les adolescents anglais sont très largement vaccinés contre les méningocoques ACYW, suggérant que les programmes de vaccination maintiennent de faibles taux de portage et de maladie contre ces sérogroupes. En revanche, la faible immunité contre le méningo B s'explique par la faible transmission pendant les phases de mesures barrières strictes limitant l'immunisation naturelle, par le fait que les adolescents ne sont pas vaccinés contre B (seuls les nourrissons le sont) et que cette vaccination n'influence pas le portage.

L'Abécédaire a été mis à jour avec de nombreuses autres questions. Il est disponible en [clicquant ici](#).

La Newsletter SPILF-InfoVac N°36 est disponible en [clicquant ici](#).

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