



Au 23/02/22, 79 % de la population totale a reçu le schéma de primovaccination et 58 % le schéma complet avec rappel. 69 %, 78 %, > 80 % et 75 % ont reçu leur dose de rappel parmi les 40-49 ans, 50-59 ans, 60-79 ans et parmi les > 80 ans respectivement ([geodes](#)).

De l'intérêt de la dose de rappel en période de circulation du variant Omicron. Même si l'efficacité de la vaccination est inférieure vis-à-vis du variant Omicron par rapport aux VOC précédents, de nouvelles données américaines, précisant les données anglaises en vie réelle (cf NL33), confirment l'efficacité persistante d'un schéma avec rappel vis-à-vis des infections graves dues à ce variant. Une analyse rétrospective cas-contrôle ([JAMA](#)) a été conduite à partir de 70 000 tests réalisés chez des adultes ayant des symptômes d'infection et des données vaccinales. La comparaison entre les groupes PCR positive (N=23 000, dont 13 000 Omicron) et PCR négative (N=47 000) a montré que le risque d'infection Omicron était 3 fois moindre parmi les personnes vaccinées avec 3 doses de vaccin ARN (rappel réalisé au moins 6 mois après la 2^{ème} dose) *versus* 2 doses : aOR = 0,34 (IC95%, 0,32-0,36). Une autre étude de même méthodologie ([Nature](#)), focalisée sur le vaccin ARN de Moderna et menée à partir de 27 000 PCR positives dont 84 % à Omicron a retrouvé une efficacité de 44,0 % (IC95%, 35,1-51,6) contre l'infection à Omicron 14 à 90 jours après 2 doses, qui diminuait rapidement ensuite. L'efficacité de 3 doses était également significativement moins bonne que vis-à-vis de l'infection Delta, et évaluée à 71,6 % à 14-60 jours et 47,4 % au-delà. Mais en termes de protection contre l'hospitalisation, l'efficacité de 2 doses était de 84,5 % (23,0-96,9) et l'efficacité de 3 doses était excellente : 99,2 % (76,3-100). Nous vous conseillons la lecture du dossier que [Vidal](#)[®] vient de faire paraître à ce sujet.

Ci-dessous l'actualisation des résultats relatifs à l'épidémie de Covid-19 en France, publiés chaque semaine par la [drees](#) à partir des données de tests, de vaccination et d'hospitalisation :

Entre le 27 décembre 2021 et le 23 janvier 2022, les 8 % de personnes non vaccinées dans la population française de 20 ans ou plus représentaient :

- 15 % des tests PCR positifs chez les personnes symptomatiques ;
- 35 % des admissions en hospitalisation conventionnelle avec Covid-19 ;
- 48 % des entrées en soins critiques avec Covid-19 ;
- 44 % des décès après hospitalisation avec Covid-19.

Entre le 24 et le 30 janvier 2022, le variant Omicron concernait :

- 99 % des tests PCR positifs ;
- 94 % des entrées hospitalières conventionnelles ;
- 87 % des admissions en soins critiques ;
- 74 % des décès survenus à l'hôpital avec Covid-19.

Le variant Omicron est composé de trois sous-lignages désignés BA.1 (majoritaire), BA.3 (très peu détecté) et BA.2, devenu prédominant au Danemark, et dont la proportion augmente également en France (10,7 % selon l'enquête Flash du 31/01 vs 5,4 % le 24/01) et dans le monde. Ce dernier comporte 8 mutations de la protéine *spike* qui lui sont propres et n'a pas la délétion Δ69-70, qui permet à certaines techniques de criblage de repérer le variant Omicron. Le sous-variant BA.2 serait 70 % plus transmissible que BA.1., avec un intervalle de temps entre l'infection des cas index et celle des sujets contacts plus court (3,3 jours en moyenne *versus* 3,7 jours pour BA.1 d'après [Public Health England](#)) et un taux d'attaque secondaire supérieur, ce qui signifie qu'un cas index contamine plus de monde ([Ref1](#)). Cette plus forte transmissibilité pourrait être expliquée par le fait que BA.2 se multiplie plus que BA.1 dans les cellules épithéliales nasales ([Ref2](#)).

Selon l'[OMS](#) et les premières données disponibles chez l'homme, il ne semble pas y avoir de différence de sévérité de maladie causée par BA.1 ou BA.2.

Enfin, les données préliminaires concernant l'échappement immunitaire sont pour le moment contradictoires : certaines études trouvent que la baisse du pouvoir neutralisant des anticorps est du même ordre de grandeur avec BA.1 et BA.2 par rapport aux variants précédents ([Ref3](#)) tandis que d'autres décrivent un échappement immunitaire plus marqué avec BA.2, en particulier une possible perte de l'efficacité du seul anticorps monoclonal qui conservait une activité importante contre Omicron, le sotrovimab ou Xevudy[®] ([Ref4](#)).

D'après SpF et les épidémiologistes de l'Institut Pasteur, le sous-variant BA.2 d'Omicron ne devrait pas être à l'origine d'un rebond épidémique du fait des fortes couvertures vaccinales et de l'immunité protectrice conférée par l'infection par BA.1 vis-à-vis de BA.2, dans un contexte chronologique favorable puisque, contrairement à ce qui s'est passé au Danemark, la progression de BA.2 survient de manière très décalée par rapport à la vague Omicron BA.1 ([Le Monde](#)).