



Au 06/04/22, 59 % de la population totale a un schéma vaccinal complet et au moins un rappel : 75 % des ≥ 80 ans seulement, 90 % des 70-79 ans, environ 80 % des 50-69 ans, 70 % des 40-49 ans et 60-70 % des 18-39 ans ([geodes](#)).

Petit aparté grippe : l'oseltamivir est recommandé pour les personnes de plus d'1 an à risque de grippe sévère, y compris les femmes enceintes, dès le début des symptômes ou dans les 48 heures post-exposition ([HCSP 2018](#)) .

L'infection par le sous-lignage BA.1 d'Omicron protège-t-elle contre une réinfection par BA.2 ? Trois études observationnelles dont les résultats n'ont pas été validés par un comité de lecture tentent de répondre à cette question. Elles ont été réalisées dans des pays touchés par une double vague Omicron BA.1 et BA.2 entre 12/2021 et 02/2022.

1/Au [Danemark](#), parmi 1,8 M de personnes infectées, 187 ont eu une 2^{ème} PCR positive 20 à 60 jours après la 1^{ère}, suggérant le diagnostic de réinfection. Pour 47, il s'agissait d'une séquence [infection BA.1 puis infection BA.2], majoritairement chez des sujets jeunes non vaccinés. 2/En Angleterre ([UK Health Security Agency](#)), l'analyse des réinfections a été réalisée dans une cohorte de 186 896 personnes ayant une infection à BA.1 prouvée par séquençage. Seules 31 personnes ont eu une autre PCR positive ayant également donné lieu à séquençage, au moins 20 jours après le test positif précédent, et avec une période de suivi maximale de 72 jours. Trente d'entre eux avaient une réinfection par Omicron BA.2, et un seul par le VOC Delta. Il s'agissait de personnes jeunes, en particulier d'enfants non vaccinés (N=12). 3/Au [Qatar](#), le risque d'infection a été estimé et comparé entre des cohortes matchées de personnes préalablement infectées / non infectées. Dans une cohorte d'environ 20 000 personnes déjà infectées par BA.1, l'incidence cumulée à J15 d'infection par BA.2 a été estimée à 0,03 % *versus* 0,62 % chez les non préalablement infectés, *i.e.* une réduction du risque de 95 % (IC95%, 88-98). Dans une cohorte d'environ 100 000 personnes préalablement infectées par BA.2, l'incidence cumulée d'infection par BA.1 a été estimée à 0,03 % *versus* 0,17 %, soit une réduction du risque d'infection de 86 % (77-91). Les auteurs en concluent que l'infection par un sous-lignage d'Omicron protège fortement mais incomplètement contre une réinfection par un autre sous-lignage. Les deux premières analyses, limitées elles aussi par la durée courte du suivi, montrent que les réinfections BA.2 après BA.1 sont rares. L'autre grande limite de la 3^{ème} étude est qu'elle ne tient pas compte de l'effet « quatorzaine » appliquée aux personnes qui ont été infectées, réduisant le risque d'une nouvelle exposition virale.

Suite aux avis donnés par le Conseil scientifique le 14/03/22, par le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) le 31/03/22 et par la HAS le 17/03/22, le [DGS-URGENT N°47](#) recommande, sur la base du volontariat, la réalisation d'un 2^{ème} rappel aux personnes ≥ 60 ans avec ou sans comorbidité, 6 mois après le 1^{er} rappel, sauf si une infection par le SARS-CoV-2 a eu lieu 3 mois au moins après le rappel (tenant lieu de 2^{ème} rappel). Un 2^{ème} rappel, dès 3 mois était déjà recommandé pour les ≥ 80 ans, les résidents en Ehpad et les immunodéprimés. **Quel rationnel ?**

1/[Données d'incidence du Covid-19 en France, par tranches d'âges et en fonction des statuts vaccinaux \(Drees\)](#). Entre le 28/02 et le 27/03/22, parmi les 60-79 ans, selon que la dose de rappel avait été faite < ou > 3 mois avant, l'incidence des Covid-19 hospitalisés par million de personnes et par mois était de 268 *versus* 328 et celle des admissions en soins critiques était de 47 *versus* 58. Ces différences sont modestes et ne tiennent pas compte du facteur de confusion important qu'est l'âge. En effet, la couverture vaccinale en novembre 2021, concernant le rappel, dépassait 50 % chez les 75-79 ans alors qu'elle n'était que de ≈ 30 % chez les 70-74 ans. Les personnes ayant eu leur rappel > 3 mois avant février 2022 étaient donc en moyenne plus âgées que celles ayant eu leur rappel < 3 mois avant. Cela peut aussi expliquer pourquoi une telle différence n'est pas observée parmi les > 80 ans (80-84 ans ou plus âgés), dont les couvertures vaccinales ont évolué de manière assez homogène. 2/[Données d'efficacité vaccinale \(EV\) d'après une étude cas-contrôle « test-negative design » réalisée dans 10 Etats américains \(VISION Network\)](#) en période de circulation Omicron prédominante. L'EV contre les hospitalisations pour Covid-19 diminuait avec l'ancienneté de la 2^{ème} dose de vaccin (< 2 mois, 2-3 mois, 4 mois ou ≥ 5 mois) : 71, 65, 58 et 54 % respectivement. Elle baissait aussi, mais moins, avec l'ancienneté de la 3^e dose (< 2 mois, 2-3 mois et ≥ 4 mois) : 91 % (IC95% 88-93), 88 % (85-90) et 78 % (67-85) respectivement. L'EV n'a pas été estimée par strates d'âges. Les limites de cette étude sont que la 3^{ème} dose pouvait être une dose supplémentaire de primovaccination ou un 1^{er} rappel, biaisant ainsi les résultats, mais les données étaient ajustées pour l'immunodépression (présente chez 21 % des patients), l'âge et les autres comorbidités ; l'effectif des personnes hospitalisées pour Covid-19 et ayant reçu leur 3^{ème} dose il y a ≥ 4 mois était faible (N=36). 3/[Enfin, l'EV de la dose de rappel au Royaume-Uni](#) sur les hospitalisations avec oxygéno-requérance parmi les ≥ 65 ans a été estimée à 96 % juste après le rappel et 87 % ≥ 15 semaines après.

Au total, les publications valident le bénéfice du premier rappel. Le niveau de preuve justifiant une nouvelle dose de rappel est pour le moment faible, en particulier pour les plus jeunes non immunodéprimés. Cette nouvelle campagne est par contre l'occasion d'entamer/compléter la vaccination des personnes toujours pas vaccinées !