



Au 18/08/21, 46,4 millions de personnes ont reçu au moins une injection (soit 69 % de la population totale) et 39,5 millions ont désormais un schéma vaccinal complet (soit 59 % de la population totale) (<https://solidarités-santé>).

Une nouvelle étude d'efficacité en vie réelle (« effectiveness ») aux USA chez les plus de 65 ans ([lien 1](#)) retrouve une excellente efficacité des vaccins sur la prévention des hospitalisations avec Covid chez les personnes âgées de 65 à 74 ans : 96 % (IC95% = 94%–98%) pour le vaccin de Pfizer, 96 % (95%– 98%) pour celui de Moderna et 84 % (64%–93%) pour celui de Janssen . Elle reste aussi excellente chez les 75 ans et plus : 91 % (87%–94%) pour Pfizer, 96 % (93%–98%) pour Moderna, et 85 % (72%–92%) pour le vaccin de Janssen. Attention cette étude a été effectuée entre février et avril 2021, avant la circulation du variant delta aux USA.

Quelles sont les contre-indications médicales (« légales ») à la vaccination par un vaccin ARN ?

Le décret du 7 août 2021 mentionne les contre-indications médicales à la vaccination contre la covid-19 (Page 5, annexe 2) ([lien 4](#)) :

A) Contre-indication à la première dose

- 1) antécédent d'allergie grave documentée (avis allergologue) à l'un des composants du vaccin, en particulier polyéthylène-glycols, et par risque d'allergie croisée, aux polysorbates ;
- 2) antécédent de PIMS post Covid ;
- 3) épisodes de syndrome de fuite capillaire (contre-indication commune au vaccin Vaxzevria et au vaccin de Janssen) ;
- 4) myocardites ou péricardites survenues antérieurement à la vaccination et toujours évolutives (CI temporaire) ;
- 5) traitement par anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV-2 (CI temporaire).

B) Contre-indication à une deuxième dose

- 1) réaction anaphylactique au moins de grade 2 (atteinte cutanée + signes respiratoires et/ou hémodynamiques) à une première injection d'un vaccin contre le Covid, posée après expertise allergologique ([HAS](#)) ;
- 2) syndrome thrombotique et thrombocytopénique (STT) suite à la vaccination par Vaxzevria ou Janssen ;
- 3) une recommandation établie après concertation médicale pluridisciplinaire de ne pas effectuer la seconde dose de vaccin suite à la survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à la première dose de vaccin signalé au système de pharmacovigilance (par exemple : la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré...).

Des données en vie réelle plaidant pour vacciner les personnes avec antécédent de Covid-19... Des données *in vitro* avaient déjà suggéré que la réponse « anticorps » après vaccination neutralisait mieux certains variants que celle induite après l'infection « naturelle » ([lien 2](#)) mais peu de données en vie réelle confirmaient le bénéfice à une vaccination chez des personnes déjà infectées. Dans la revue du CDC américain du 6 août 2021 (MMWR, [lien 3](#)), une étude cas-témoin rétrospective ayant eu lieu en mai-juin 2021 au Kentucky (avant l'apparition du variant delta aux USA) a inclus 246 cas (personnes ayant un antécédent d'infection et présentant une nouvelle infection prouvée) et 492 témoins (personnes ayant un antécédent d'infection, sans nouvelle infection) appariés sur l'âge, le sexe et la date de la première infection par le SARS-CoV-2. Les résultats confirment que parmi les personnes préalablement infectées par le SARS-CoV-2 en 2020, la fréquence des réinfections est moins importante chez les vaccinés que chez les non vaccinés (diminution du risque # OR 2,34, IC95% 1,58–3,47). De plus, l'étude ne retrouve pas de différence significative en termes de réinfection entre les convalescents de la maladie ayant reçu une dose vaccinale et les convalescents ayant reçu un schéma complet en 2 doses (OR = 1,56; 95% CI = 0,81–3,01). Ce résultat conforte la recommandation française actuelle d'administrer une seule dose vaccinale après infection par le SARS-CoV-2 prouvée), même si le faible nombre de sujets ayant reçu une seule dose dans cette étude (cas = 17, contrôles = 39) incite à une certaine prudence dans l'interprétation ! Il s'agit d'une étude cas-témoins rétrospective, avec les biais qui s'y rattachent (les témoins et les cas sont-ils vraiment comparables ? Les personnes vaccinées se testent probablement moins souvent que les non vaccinées, la sévérité de l'infection initiale est peut-être différente chez les cas et chez les témoins, ayant impacté l'immunité résiduelle et donc le risque de réinfection....). Ces données nécessitent donc d'être confirmées par une étude prospective de plus grande ampleur.