



Au 02/09/21, 48,9 millions de personnes ont reçu au moins une injection (soit 72,5 % de la population totale) et 44,8 ont désormais un schéma vaccinal complet (soit 66,5 % de la population totale) (<https://solidarités-santé>).

Pour qui, quand et comment une dose de rappel vaccinal ? Tandis que les 1^{ères} annonces ministérielles ciblaient les personnes les plus fragiles (personnes de 80 ans et plus, personnes admises en Ehpad et USLD, personnes présentant un très haut risque de forme grave et immunodéprimés), la HAS, dans son [avis du 24/08](#), a proposé d'élargir l'administration d'une dose de rappel aux personnes de 65 ans et plus, aux personnes avec comorbidités augmentant le risque de formes graves et de décès dus au Covid-19, ainsi qu'aux personnes ayant reçu un schéma monodose avec le vaccin Janssen. Le [DGS Urgent du 27/08](#) précise les modalités de la campagne de vaccination dont le démarrage est programmé au 15/09 (l'administration d'une dose de rappel est possible dès à présent, mais son enregistrement dans la base informatique « Vaccin Covid » n'est possible qu'à partir du 14/09). La dose de rappel doit être administrée 6 mois après la 2^{nde} dose de vaccin, ou 3 à 6 mois après la dernière dose de vaccin chez les immunodéprimés, ou 1 mois après une dose de vaccin Janssen. Pour le rappel, seul un vaccin ARN doit être utilisé (vaccin Moderna ou Pfizer) quel que soit le vaccin utilisé en primovaccination. La co-administration avec le vaccin grippal sera possible. Alors que le seuil des 70 % d'adultes vaccinés au sein de l'Union européenne vient d'être franchi, « il n'y a, en l'état actuel des connaissances, pas de besoin urgent d'administrer une dose supplémentaire à la population générale », a affirmé mercredi dans un rapport le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Le débat et les désaccords au sujet de la généralisation d'une dose de rappel sont entre autres dus au fait que les objectifs de la réponse à la pandémie ne sont pas définis et peuvent être contradictoires. Les mesures sont en effet différentes en fonction que l'objectif est de parvenir à « zéro infection » afin d'abaisser les restrictions ou qu'il est d'éviter les formes sévères. Cette campagne de rappel ne doit pas nous faire perdre de vue l'objectif de vacciner les personnes éligibles et jamais vaccinées.

Vaccins ARNm : actualisation des données sur les myocardites et les réactions anaphylactiques. Lors de la [réunion de l'ACIP du 30 août](#), des nouvelles données de sécurité pour les vaccins ARNm ont été présentées, avec un focus sur les cas de myocardites et d'anaphylaxie. Le système de surveillance basée sur la notification spontanée (VAERS), a enregistré près de 2500 cas de myocardites/péricardites (M/P) et confirme que le nombre de cas de myocardites observé dans les 7 jours après la seconde dose est supérieur à celui attendu pour les hommes de 12 à 49 ans (270 cas notifiés/million de doses) et pour les femmes de 12 à 29 ans (28 cas notifiés/million de doses) ; l'évolution est favorable dans la grande majorité des cas bien que les données de suivi sont encore incomplètes à ce stade. Le système de surveillance VSD (analyse d'événements d'intérêt comparant les patients vaccinés selon différentes périodes post-vaccination) ne montre pas de signal pour les M/P en population générale mais l'analyse en sous-groupe chez les 12-39 ans, retrouve un risque élevé de M/P notamment dans les 7 jours post seconde dose (RRa 23,84 [8,49-83,64]). Ce risque est à interpréter avec le [risque de myocardite chez les patients infectés](#) par Covid-19 qui est près de 16 fois plus important (IC95 : 14,1-17,2) que chez les patients non infectés, y compris dans la catégorie des 16-39 ans (RRa d'environ 7). Ces chiffres sont corroborés par l'étude israélienne récemment publiée dans le [NEJM](#) (analyse détaillée à venir dans une prochaine NL). Pour le risque d'anaphylaxie, 63 cas ont été confirmés soit une incidence estimée à 5 cas par million de personnes vaccinées par des vaccins ARNm.

Le PIMS est une complication post-infectieuse, rare, de l'infection au SARS-CoV-2 chez les enfants et de rares jeunes adultes dont l'évolution après la phase aiguë n'est pas bien documentée. Une équipe anglaise rapporte le [suivi à 6 mois](#) de 46 enfants admis entre avril et septembre 2020 pour PIMS dans un hôpital londonien. L'âge médian à l'admission était de 10 ans (IIQ 8,8-13,3) avec un sexe ratio (H/F de 30/16). Près de la moitié des patients ont reçu un traitement inotrope (n=22) et 1/3 une ventilation mécanique (n=16). La durée médiane d'hospitalisation était de 11 jours (IIQ 8-16). Une comorbidité était notée pour 17 % d'entre eux (n=8) et 80 % (n=37) appartenaient à des groupes ethniques décrits comme minoritaires. Aucun décès n'est survenu pendant la période de suivi. Le syndrome inflammatoire était rentré dans l'ordre pour tous les patients sauf un à 6 semaines. L'IMC médian a régulièrement augmenté passant de 18 (à l'admission) à 20 (6 semaines) puis 21 kg/m² (6 mois). Pour 96 % des patients l'échocardiographie était normale (n=44). Pour 52 % à 6 semaines et 39 % à 6 mois, des difficultés exécutives, une fragilité émotionnelle et une faiblesse musculaire (test de marche sur 6 minutes) étaient rapportées. A 6 mois, des anticorps anti-SARS-CoV-2 restaient détectables pour 90 % des patients (n=38). Cette étude souligne l'importance de la mise en place d'une réadaptation physique et psychologique pour les enfants hospitalisés pour un syndrome inflammatoire multisystémique attribué au virus SARS-CoV-2 pour encadrer la reprise des activités et le retour scolaire.