



Au 05/01/22, 91,9 %, 89,9 % et 45,5 % des 12 ans et plus ont reçu leur 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> dose et leur dose de rappel, respectivement. Environ 80 % des 70-79 ans ont eu un rappel, mais seulement 69 % des 65-69 ans et 53 % des 50-59 ans par exemple ([Géodes](#)).

### Du côté des DGS-URGENTS...

Les pharmaciens des officines volontaires sont autorisés à reconstituer les vaccins à ARN (Moderna, Pfizer et prochainement le vaccin Pfizer pédiatrique), et à les distribuer sous forme de seringues individuelles pré-remplies aux personnes habilitées à prescrire et injecter les vaccins contre la COVID-19 ([DGS-Urgent N°2021-138](#)).

Le [DGS-Urgent N°2022-01](#) met à jour la « doctrine » des isolements. La situation où le sujet contact et le cas index sont sous le même toit n'est pas individualisée. Faut-il comprendre dans cette situation que le J0 du contact correspond au J5 (ou J7) du cas index (date supposée de fin de la contagiosité) ? **Cela serait logique mais difficile à mettre en application, si bien que cette extension de surveillance n'est pas appliquée dans les différents protocoles.**

A compter du 15 février, la validité du passe sanitaire sera conditionnée à la dose de rappel pour tous les Français ayant fait leur deuxième injection il y a plus de quatre mois ([DGS Urgent N°2022-02](#)).

Le [DGS-Urgent N°2022-03](#) met à jour les informations relatives aux anticorps monoclonaux et aux traitements du Covid-19. La combinaison Ronapreve® (Lilly) ne peut plus être utilisée puisque le variant Omicron a maintenant quasiment effacé le variant Delta. La combinaison Evusheld® (AstraZeneca, 2 IM tous les 6 mois) est disponible et considérée suffisamment efficace sur le variant Omicron pour une utilisation en prophylaxie pré-exposition chez les personnes à très haut risque de Covid grave et faiblement ou non répondeuses à la vaccination. Il ne faut pas attendre 1 mois après la perfusion de Ronapreve® pour administrer Evusheld®. Dans l'étude PROVENT, la survenue d'événements indésirables cardiaques graves était légèrement (mais statistiquement significative) plus fréquente dans le groupe recevant les anticorps, ce qui a amené l'ANSM à limiter son utilisation aux personnes ayant moins de 2 FDR cardiovasculaires. Aux USA, la FDA a retenu une précaution d'emploi seulement compte tenu du faible nombre d'événements et d'une surreprésentation des diabétiques dans le groupe recevant les anticorps (14 vs 4 %). **Evusheld® est également indiqué aux personnes à haut risque (au sens large du terme, diabète, obésité etc.) de Covid-19 et ayant une vraie contre-indication à la vaccination.** L'anticorps de GSK (sotrovimab, Xevudy®) est autorisé en Europe mais n'est pas disponible. Le traitement de Pfizer (Paxlovid®) ne sera pas disponible avant février. Aucun traitement n'est disponible pour la post-exposition.

### A propos d'Omicron toujours...

Les personnes vaccinées puis infectées ou infectées puis vaccinées et les personnes qui ont reçu une dose de rappel 6 mois après la primovaccination sont celles dont les taux d'anticorps neutralisant le variant Omicron sont les plus élevés ([NEJM](#)). Chez les vaccinés puis infectés, le délai entre la vaccination et l'infection serait corrélé au pouvoir neutralisant des anticorps contre Omicron ([preprint](#)), avec un gain semblant significatif si ce délai est supérieur à 40 jours. **Un antécédent d'infection seule protège très incomplètement contre Omicron, justifiant d'administrer le vaccin dès 2 mois après l'infection** (mais cette dose n'est pas un rappel, cf [DGS-Urgent N°2021-122](#)).

D'après plusieurs études en preprint, il y aurait une reconnaissance croisée de la population lymphocytaire T (CD8 et CD4) obtenue après vaccination ou infection sur le variant Omicron, suggérant qu'il pourrait persister une protection contre les formes graves de Covid-19 malgré la forte baisse du pouvoir neutralisant des anticorps ([ref 1](#), [ref 2](#)). Et bonne nouvelle ! L'infection par Omicron booste la réponse anticorps (neutralisants) contre le variant Delta ([ref 3](#)).

**Dans son dernier point hebdomadaire, Public Health England, met à jour ses données concernant le variant Omicron.**

Le risque d'admission en hospitalisation ou aux urgences serait diminué de moitié et celui d'hospitalisation après passage aux urgences des 2/3 avec une infection par Omicron *versus* Delta ; avec une réduction de risque supplémentaire de 80 % chez les personnes ayant reçu leur dose de rappel par rapport aux personnes non vaccinées. Au total, l'efficacité vaccinale contre l'hospitalisation pour Covid-19 chez des personnes symptomatiques est 72 % (IC95 55-83) 2 à 24 semaines après la 2<sup>ème</sup> dose de vaccin, 52 % (21-71) au-delà de 24 semaines et 88 % (78-93) après la dose de rappel, mais elle diminue aussi, dans une moindre mesure, à partir de 10 semaines après le rappel.

**Pourquoi un profil clinique et épidémiologique si différent avec Omicron ?** D'après des chercheurs de l'Université HKUMed de Hong Kong, le variant Omicron infecte et se multiplie 70 fois plus vite que Delta dans les bronches humaines, ce qui pourrait expliquer sa rapidité de transmission. Ils ont également montré que l'infection par Omicron dans le poumon était significativement plus faible que celle du SARS-CoV-2 historique et Delta, ce qui pourrait expliquer la moindre gravité de la maladie ([preprint](#)).

Tous les anciens numéros de cette newsletter sont disponibles [ici](#).

Aurélie Baldoli, Robert Cohen, Véronique Dufour, Maeva Lefebvre, Isabelle Hau, Julien Mahé, Jocelyn Michon, Catherine Olivier, Didier Pinquier