



Au 14/07/21, 36 417 786 personnes ont reçu au moins une injection (soit 54 % de la population totale) et 28 668 269 personnes ont un schéma vaccinal complet (soit 42,5 % de la population totale) (<https://solidarités-santé>). Du côté des [professionnels de santé](#) : 78,8 % des personnels soignants libéraux ont reçu au moins une dose et 71,2 % sont complètement vaccinés ; c'est 57 et 44 % pour les professionnels exerçant en Ehpad ou USLD (données au 21 juin) ; et 64 et 42 % pour les professionnels exerçant en établissement de santé (données fin mai 2021).

Pourquoi peut-il être difficile individuellement d'adhérer au concept de « balance bénéfice-risque » ? Il est naturel, en particulier si l'on est jeune et en bonne santé, de plus envisager ou ressentir le risque que le bénéfice à se faire vacciner. Le risque est en effet très visible puisqu'il y a des témoins : nombreuses ont été les personnes décrivant des symptômes de réactogénicité intenses survenus juste après la vaccination, 53 personnes ont déclaré une thrombose atypique après avoir reçu le vaccin d'AZ et 13 en sont décédées. Cela suscite logiquement beaucoup d'émotion. Le bénéfice, lui, est invisible pour l'individu, et ne peut être quantifié qu'à l'échelle collective : des milliers d'hospitalisations sont évitées mais personne n'est directement concerné. Personne ne pourra jamais témoigner qu'il ou elle a évité de développer le Covid-19 ou échappé à 15 jours de réanimation grâce à la vaccination. Pourtant, ces « il ou elle » sont parmi nous ou parmi nos proches (et pas seulement mémé Jeannine en maison de retraite) : c'est peut-être Georges, 61 ans, sportif et en bonne santé... mais qui a pris doucement du poids depuis qu'il a 50 ans (et oui, peser 89 kg pour 1m72 c'est être obèse !) ; ou encore Christine, 43 ans, qui a seulement eu de la fièvre, de la toux et une grande fatigue mais qui sort tout juste la tête de l'eau, après 6 mois d'épuisement et d'incompréhension de la part de ses proches... Bref, la vaccination ne sert pas qu'à améliorer des statistiques et faire des économies...

Données françaises sur les myocardites survenant après vaccination par le vaccin de Pfizer-BioNTech ([ANSM, 24 juin 2021](#)). Depuis le 15 juin, la vaccination chez les sujets de 12-18 ans est possible avec le vaccin ARN de Pfizer et plus de 500 000 ont reçu une injection au 24 juin. Trois cas de myocardite non sévère ont été transmis chez des patients de 18 ans. Dans deux cas, des maladies concomitantes pouvant évoluer vers une myocardite étaient déclarées. Au total, 45 cas (dont 14 cas chez les moins de 30 ans) ont été rapportés, pour plus de 39 millions de doses administrées depuis le début du suivi. La majorité des cas sont rétablis ou en cours de rétablissement. Le nombre de cas rapportés avec le vaccin de Pfizer est en excès par rapport au nombre attendu dans la population générale de moins de 50 ans. Comme aux USA ([bilan CDC du 23 juin](#)), le comité de suivi retient donc l'hypothèse d'un rôle du vaccin dans la survenue des myocardites. Cet effet indésirable rare, d'évolution favorable, ne remet pas en cause le rapport bénéfice/risque du vaccin. Toute personne présentant des symptômes tels qu'un essoufflement, des douleurs thoraciques, des palpitations doit consulter rapidement un médecin. La conduite à tenir vis-à-vis de la vaccination en cas d'antécédent de myocardite ou de péricardite, recommandée par le CDC, a été détaillée dans la [Newsletter n°16](#).

Un nouveau vaccin fabriqué selon une ancienne recette : données d'efficacité du vaccin Novavax. NVX-CoV2373 est un vaccin constitué de nanoparticules de glycoprotéines spike du SARS-CoV-2 et de l'adjuvant Matrix-M1 (à base de saponine). Les premières données des essais cliniques de ce vaccin ont montré qu'il était sûr et entraînait une réponse immunitaire robuste chez des participants adultes en bonne santé ([ref1](#)). Des données supplémentaires sur l'efficacité, l'immunogénicité et l'innocuité dans une population plus importante sont parues dans le NEJM ([ref2](#)). Cet essai de phase 3, randomisé, en double aveugle contre placebo a été mené dans 33 sites au Royaume-Uni, chez des adultes âgés de 18 à 84 ans. Le schéma vaccinal comprenait deux doses de 5 µg en IM à 21 jours d'intervalle. Le critère principal d'efficacité était la survenue de symptômes de Covid-19 virologiquement confirmé (léger, modéré ou sévère) débutant au moins 7 jours après la 2nde injection chez les participants qui présentaient une sérologie négative à l'inclusion. 15 187 participants ont été randomisés et 14 039 ont été inclus dans l'analyse d'efficacité. Parmi les participants, 27,9% avaient plus de 65 ans, et 44,6% avaient des comorbidités. Dans le groupe vacciné 10 participants ont été infectés et 96 dans le groupe placebo, soit une efficacité vaccinale de 89,7 % (IC95%, 80,2-94,6). Cinq cas étaient graves dans le groupe placebo, aucun dans le groupe vacciné. Une analyse post hoc a montré une efficacité de 86,3 % (71,3-93,5) contre le variant B.1.1.7 (ou Alpha) et 96,4 % (73,8-99,5) contre les variants « historiques ». La réactogénicité était généralement légère et transitoire. L'incidence des événements indésirables graves était faible et similaire dans les deux groupes.

Erratum : une grossière erreur de recopiage des intervalles de confiance pour l'efficacité du vaccin d'AZ s'est glissée dans la Newsletter n°15. Voici la version corrigée. « L'efficacité du vaccin de Pfizer pour prévenir l'infection était de 92 % (IC95% 90-93) contre le variant Alpha et 79 % (75-82) contre le variant Delta. L'efficacité du vaccin d'AstraZeneca pour prévenir l'infection était moindre : 73 % (IC95% 66-78) contre le variant Alpha et 60 % (53-66) contre le variant Delta. » Veuillez nous excuser !