

1. Pour votre information :

Le Royaume-Uni est le premier pays à avoir autorisé l'utilisation du **vaccin d'Oxford-AstraZeneca** afin de lutter contre la Covid-19. AstraZeneca espère pouvoir fournir d'importantes quantités de son vaccin durant le premier trimestre de l'année à plusieurs pays **dont le Maroc**.

Chaque candidat pour se faire vacciner recevra deux doses entières. Cette posologie a permis aux personnes qui ont participé aux essais cliniques d'éviter de développer la maladie dans 62 % des cas.

Le vaccin de Pfizer, hautement efficace, a été atténué par divers facteurs limitants, en particulier concernant le niveau de production nécessaire pour répondre à la demande, qui a émané de divers pays. En outre, les contraintes logistiques liées au stockage et au transport du vaccin de Pfizer, qui doivent se faire à très basses températures limitent aussi la vitesse de son déploiement au niveau national. L'un des avantages clés du vaccin d'Oxford est qu'il peut être stocké dans un réfrigérateur normal.

La disponibilité du vaccin d'Oxford-AstraZeneca pourrait s'avérer très utile pour accélérer l'extension de la couverture vaccinale – en particulier. Cependant, il reste encore des inconnues, concernant par exemple l'efficacité de ce vaccin chez les personnes âgées, ou l'augmentation d'efficacité qui pourrait être induite en allongeant le délai entre l'administration des deux doses. Le vaccin a été principalement testé chez les moins de 55 ans, il faut désormais savoir quelle est son efficacité chez les seniors. Le vaccin d'Oxford doit être conservé à faible température, ce qui constituerait un avantage, en particulier pour les pays à faibles ou moyens revenus.

À 2 ou 3 dollars par injection, le coût à la dose du vaccin d'Oxford est beaucoup moins élevé que celui des autres vaccins de pointe. Pour les gouvernements, il pourrait donc s'agir d'une option de long terme, utilisable pour lutter contre le coronavirus une fois que cette période de lutte contre l'épidémie «quoi qu'il en coûte» sera derrière nous. Au niveau mondial, les commandes pour le vaccin d'Oxford-AstraZeneca dépassent de loin celles de ses concurrents. Les doses de ce vaccin sont fabriquées en Europe, et pour une bonne part, en Inde. Il s'inscrit dans le cadre de l'initiative COVAX, dirigée par Gavi, l'Alliance du Vaccin, et pourrait donc être le premier vaccin développé en Occident à être déployé à grande échelle dans les pays à faibles et moyens revenus en 2021. Le déploiement d'un vaccin à l'échelle mondiale sera incroyablement complexe, et divers facteurs contribueront inévitablement à son succès. L'avenir dira quel sera l'impact du vaccin d'Oxford.

Pour poser une question, contacter infovacmaroc@gmail.com

Vous pouvez consulter Infovac-Maroc à l'adresse suivante : www.infovac-maroc.com

2. Du côté des produits :

Sanofi-Pasteur et **Pfizer** nous informent que leurs vaccins sont disponibles. Pour **MSD**, tous les vaccins sont disponibles sauf le MMR qui sera sur le marché vers la fin du Janvier. Pour **GSK**, tous les vaccins sont disponibles sauf Havrix et Varilix qui sont en rupture.

3. En réponse à vos questions :

Quand on a initié la vaccination avec Rotarix, peut-on continuer avec Rotateq, et si oui combien de dose de vaccin administrer ?

Il n'existe aucune donnée d'interchangeabilité entre les deux vaccins qui sont très différents dans leur conception. Dans la mesure du possible, la vaccination contre le rotavirus devrait être effectuée avec le même produit. Toutefois, la vaccination ne devrait pas être reportée si le vaccin déjà utilisé n'est pas connu ou n'est pas disponible. Dans une telle situation, compléter la vaccination avec le produit disponible. Si le RotaTeq a été utilisé pour 1 des doses ou si le produit utilisé pour 1 dose antérieure n'est pas connu, un total de 3 doses devra être administré pour que la vaccination soit considérée comme complète.

Une étude prospective (Libster R Pediatrics Janv 2016) montre que l'alternance des deux vaccins est bien tolérée et que la réponse immunitaire est non-inférieure à celle générée par l'immunisation avec un seul produit. Cette étude montre que l'interchangeabilité des 2 produits est possible, mais la non-infériorité concerne des schémas à 3 doses au total. Cependant, la protection apportée par une seule dose de Rotarix est déjà importante : l'efficacité contre les GEA (quel que soit la sévérité) après la 1^{ère} dose est estimée à 89%. De même, pour le Rotateq, la réduction du taux de visite aux urgences et/ou hospitalisation pour GEA à Rotavirus est de 82% entre la 1^{ère} et la 2^{ème} dose, et de 84% entre la 2^{ème} et la 3^{ème} dose. Une étude d'immunogénicité comparant 3 doses de Rotarix vs 2 doses ne montrent pas de supériorité du schéma à 3 doses (Ali SA. J Infect Dis 2014). En général, 2 doses suffisent pour une protection efficace contre les gastro-entérites graves à rotavirus.

Quel est le meilleur des deux vaccins anti-rotavirus ?

Les essais cliniques concernant chacun des vaccins ont démontré une excellente efficacité sur les GEA à rotavirus, notamment les formes sévères. Les résultats de ces études ne peuvent pas être comparés. Seule une étude comparative serait en mesure d'évaluer une éventuelle différence d'efficacité entre les deux vaccins.

Il est licite de se demander si Rotateq, qui contient 5 génotypes, a une efficacité supérieure à Rotarix, du fait d'un spectre d'action plus large. Même si Rotarix est un vaccin monovalent, il est efficace contre 7 génotypes de RV (G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8], G8P[4], G12P[6]) par protection croisée.

Le schéma d'administration de ces deux vaccins buvables comprend 3 doses pour Rotateq et 2 doses pour Rotarix avec un intervalle de 4 semaines entre chaque dose, la vaccination devant être terminée respectivement à 32 semaines pour Rotateq (de préférence avant 22 semaines) et à 24 semaines pour Rotarix (de préférence avant 16 semaines). Il faut donc s'adapter aux circonstances : si l'enfant a déjà plus de 3 mois, le bon sens doit faire préférer Rotarix en 2 doses pour terminer le schéma vaccinal plus rapidement.

M Bouskraoui (Marrakech) , S Afif (Casablanca), H Afilal (Rabat), MJ Alao (Bénin), M Amorissani Folquet (Côte-d'Ivoire), R Amrani (Oujda), Y Atakouma (Togo), S Atebo (Gabon), K Benani (Tanger), M Benazzouz (Responsable du programme d'immunisation-Maroc), A Bensnouci (Algérie), O Claris (APLF), R Cohen (Conseiller-France), M Douaji (Tunisie), D Gendrel (Conseiller-France), M Hida (Fès), I khalifa (Mauritanie), P Koki Ndombo (Cameroun), JR Mabilia Babela (Congo Brazza), O Ndiaye (Sénégal), M Saadi (Agadir), A Soumana (Niger), MC Yanza Sepou (Centre-afrique), M Youbi (Direction de l'épidémiologie-Maroc)