

1. Pour votre information: Le calendrier vaccinal 2015 devrait être rendu officiel par la ministre de la santé dans les prochains jours - sans nouveautés marquantes.

L'épidémie de grippe bat son plein (<http://www.sentiweb.fr/document/3008>), touche toutes les régions et le pic devrait être atteint rapidement. La souche circulante prédominante cette année (près de 60% des souches isolées par le réseau sentinelle) est une souche H3N2 antigéniquement variée par rapport à la souche vaccinale. D'où la protection vaccinale limitée (23% selon le CDC) contre cette souche. Les souches A (H3N2) sont connues pour être à l'origine de complications sévères chez les personnes fragiles et âgées et il est attendu et déjà observé une augmentation des hospitalisations et de la mortalité (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=256>). Le vaccin a son efficacité habituelle sur les souches H1N1 et B, qui représentent près de 40% des cas.

Les arguments des opposants à la vaccination contre HPV sont contredits par 3 études récentes :

- **La vaccination contre HPV peut-elle créer de la place à d'autres génotypes de HPV qui viendraient occuper la « niche » écologique laissée libre et éroder l'action préventive du vaccin ? Non !** Une étude de cohorte réalisée dans l'Etat du Nouveau-Mexique (Etats-Unis) auprès de 47 617 femmes confirme, comme dans les études précédentes, que le risque de remplacement de HPV 16/18 est très peu probable. Nous vous en conseillons la lecture ainsi que l'éditorial qui l'accompagne (*Yang Z Am J Epidemiol 2014;180: 1066–1075, Safaeian, Am J Epidemiol 2014; 180: 1076–1081*)
- **La vaccination contre HPV pourrait-elle augmenter le risque de sclérose en plaques ou de maladie démyélinisante ? Encore non !** Une étude de cohorte réalisée au Danemark et en Suède (pays reconnus pour la qualité de leur pharmacovigilance) avec près de 4 millions de jeunes femmes, dont certaines vaccinées et d'autres pas, montre que la vaccination HPV n'augmente **aucunement** le risque de ces maladies {RR =1.00 IC95% 0,78-1,28} (*Scheller JAMA 2015 ;313 :54*).
- **La vaccination contre HPV risque-t-elle d'encourager des rapports sexuels à risques et par là le risque de maladies sexuellement transmissibles (MST) ? Toujours non !** Une étude réalisée aux Etats Unis ne montre aucune augmentation du risque de MST : OR 1.05 {95% IC 0.80-1.38; P = .74} (*Jena JAMA Intern Med February 9*).

Dans le dernier bulletin InfoVac, il était écrit : "Le vaccin Bexsero® (vaccin contre les méningocoques B) vient d'obtenir son remboursement uniquement pour les populations définies dans les recommandations du HCSP). Le prix est de 88,43 € (remboursement à 65% par l'Assurance maladie, le reste est pris en charge par les mutuelles ou la CMU). Il est agréé à l'usage des collectivités (hôpitaux) et services publics (PMI, etc...)." **C'était en partie inexact...** En effet, un abonné nous a fait remarquer que la CMU ne couvre que la "part assurance maladie" à 65% pour les personnes ne pouvant pas cotiser à l'assurance maladie et que c'est la CMU-Complémentaire (CMU-C) qui peut permettre la prise en charge du reste à charge (<http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>). De plus, il ne semblait pas correct d'énoncer seulement les mutuelles, mais aussi les "complémentaires santé", composées de mutuelles, assurances privées et instituts de prévoyance (http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2012.pdf).

2. Du côté des produits : Rupture de stock pour le Meningitec®, les pentavalents (Infanrix Quinta® et Pentavac®) pour le BCG SSI® (sauf en PMI), le Typherix®, l'Havrix 720®, le Varilrix®. Tensions pour l'Infanrix tetra® et Tetravac®. Les quantités de Neisvac® disponibles doivent permettre de compenser l'absence de Meningitec®.

La liste des vaccins ayant eu l'année précédente ou cette année des **difficultés d'approvisionnement** voire une **rupture de stock complète** est impressionnante (BCG SSI®, DTCaP-Hib, DTCaP, Meningitec®, Typhoïde, Hépatite A, Fièvre Jaune, Varilrix®, Ticovac®). **Il va falloir malheureusement s'habituer aux difficultés d'approvisionnement** et que les autorités de santé établissent des stratégies de remplacement rapidement. Ces difficultés ont plusieurs origines. La première est que la demande mondiale augmente, notamment pour certaines valences (coqueluche acellulaire notamment) obligeant les fabricants à faire des choix sur les produits finis à privilégier. La seconde est que les vaccins sont des produits biologiques, plusieurs mois voire années étant nécessaires pour les fabriquer et les contrôler. Des variations dans les produits finis sont fréquentes, ceux-ci n'atteignant pas toujours les spécifications requises lors des contrôles et conduisant à des disponibilités insuffisantes pendant des mois. Enfin, le temps nécessaire à l'augmentation de la production est très long : aucun fabricant ne peut planifier un stock permettant de compenser le défaut de production d'une autre firme : le moindre problème dans la chaîne de fabrication d'un vaccin aboutit ainsi à des déséquilibres durables.

Robert Cohen, Pierre Bakhache, Pierre Bégué, Jean Beytout, Marie-Aliette Dommergues, Véronique Dufour, Joël Gaudelus, Emmanuel Grimprel, Nicole Guerin, Isabelle Hau, Didier Pinquier, Philippe Reinert, Olivier Romain, Georges Thiebault, François Vie le Sage, Brigitte Virey, Catherine Weil-Olivier, Claire-Anne Siegrist.