

Bulletin 28/15

Office fédéral de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Editeur

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
www.bag.admin.ch

Rédaction

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

Impression

ea Druck AG
Zürichstrasse 57
CH-8840 Einsiedeln
Téléphone 055 418 82 82

Abonnements, changements d'adresse

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 50 50
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4274

Sommaire	
Maladies transmissibles	
Déclarations des maladies infectieuses	524
Situation actuelle: nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME	526
Statistique Sentinella	528
Grippe saisonnière 2014/2015	
Epidémiologie, virologie, approvisionnement en vaccins et composition des vaccins	529
Couverture vaccinale des enfants de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2011-2013	538
Santé publique	
Applications médicales du cannabis	544
Sanità pubblica	
Applicazione medica della canapa	545
Stupéfiants	
Vol d'ordonnances	546
Campagne de communication	
SmokeFree	547

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 26^e semaine (30.06.2015)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en *italique* correspondent aux données annualisées: cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella: www.bag.admin.ch/sentinella.

^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

	Semaine 26			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 <i>1.30</i>	3 <i>1.90</i>	4 <i>2.50</i>	3 <i>0.50</i>	9 <i>1.40</i>	10 <i>1.60</i>	100 <i>1.20</i>	95 <i>1.20</i>	88 <i>1.10</i>	64 <i>1.60</i>	64 <i>1.60</i>	51 <i>1.20</i>
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b		2 <i>1.30</i>		2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>	1 <i>0.20</i>	5810 <i>71.10</i>	1523 <i>18.60</i>	2879 <i>35.20</i>	5733 <i>140.20</i>	1502 <i>36.70</i>	2822 <i>69.00</i>
Légionellose	10 <i>6.40</i>	5 <i>3.20</i>	6 <i>3.80</i>	39 <i>6.20</i>	19 <i>3.00</i>	25 <i>4.00</i>	342 <i>4.20</i>	271 <i>3.30</i>	291 <i>3.60</i>	142 <i>3.50</i>	95 <i>2.30</i>	111 <i>2.70</i>
Méningocoques: maladie invasive				3 <i>0.50</i>		2 <i>0.30</i>	43 <i>0.50</i>	45 <i>0.60</i>	36 <i>0.40</i>	26 <i>0.60</i>	20 <i>0.50</i>	26 <i>0.60</i>
Pneumocoques: maladie invasive	6 <i>3.80</i>	6 <i>3.80</i>	9 <i>5.70</i>	38 <i>6.00</i>	39 <i>6.20</i>	49 <i>7.80</i>	794 <i>9.70</i>	824 <i>10.10</i>	943 <i>11.50</i>	538 <i>13.20</i>	536 <i>13.10</i>	636 <i>15.60</i>
Rougeole			26 <i>16.50</i>	1 <i>0.20</i>	2 <i>0.30</i>	38 <i>6.00</i>	20 <i>0.20</i>	129 <i>1.60</i>	75 <i>0.90</i>	14 <i>0.30</i>	16 <i>0.40</i>	63 <i>1.50</i>
Rubéole ^c		1 <i>0.60</i>			1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	4 <i>0.05</i>	3 <i>0.04</i>	6 <i>0.07</i>	3 <i>0.07</i>	2 <i>0.05</i>	5 <i>0.10</i>
Rubéole, materno-fœtale ^d												
Tuberculose	8 <i>5.10</i>	15 <i>9.50</i>	9 <i>5.70</i>	41 <i>6.50</i>	43 <i>6.80</i>	43 <i>6.80</i>	507 <i>6.20</i>	494 <i>6.00</i>	477 <i>5.80</i>	259 <i>6.30</i>	225 <i>5.50</i>	261 <i>6.40</i>
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	141 <i>89.70</i>	133 <i>84.60</i>	197 <i>125.30</i>	591 <i>94.00</i>	638 <i>101.40</i>	618 <i>98.30</i>	6943 <i>84.90</i>	7804 <i>95.40</i>	7873 <i>96.30</i>	2706 <i>66.20</i>	3410 <i>83.40</i>	3118 <i>76.30</i>
Hépatite A		1 <i>0.60</i>		3 <i>0.50</i>	2 <i>0.30</i>	3 <i>0.50</i>	49 <i>0.60</i>	53 <i>0.60</i>	62 <i>0.80</i>	18 <i>0.40</i>	26 <i>0.60</i>	30 <i>0.70</i>
Infection à E. coli entérohémorragique	11 <i>7.00</i>	2 <i>1.30</i>	2 <i>1.30</i>	29 <i>4.60</i>	8 <i>1.30</i>	4 <i>0.60</i>	170 <i>2.10</i>	96 <i>1.20</i>	65 <i>0.80</i>	88 <i>2.20</i>	43 <i>1.00</i>	29 <i>0.70</i>
Listériose	1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>	6 <i>1.00</i>	4 <i>0.60</i>	4 <i>0.60</i>	73 <i>0.90</i>	93 <i>1.10</i>	42 <i>0.50</i>	28 <i>0.70</i>	55 <i>1.40</i>	25 <i>0.60</i>
Salmonellose, S. typhi/paratyphi		1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>		3 <i>0.50</i>	1 <i>0.20</i>	17 <i>0.20</i>	25 <i>0.30</i>	27 <i>0.30</i>	8 <i>0.20</i>	14 <i>0.30</i>	12 <i>0.30</i>
Salmonellose, autres	17 <i>10.80</i>	19 <i>12.10</i>	16 <i>10.20</i>	73 <i>11.60</i>	91 <i>14.50</i>	80 <i>12.70</i>	1194 <i>14.60</i>	1239 <i>15.20</i>	1284 <i>15.70</i>	415 <i>10.20</i>	457 <i>11.20</i>	494 <i>12.10</i>
Shigellose	1 <i>0.60</i>	4 <i>2.50</i>	1 <i>0.60</i>	6 <i>1.00</i>	13 <i>2.10</i>	4 <i>0.60</i>	136 <i>1.70</i>	147 <i>1.80</i>	169 <i>2.10</i>	54 <i>1.30</i>	62 <i>1.50</i>	64 <i>1.60</i>

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

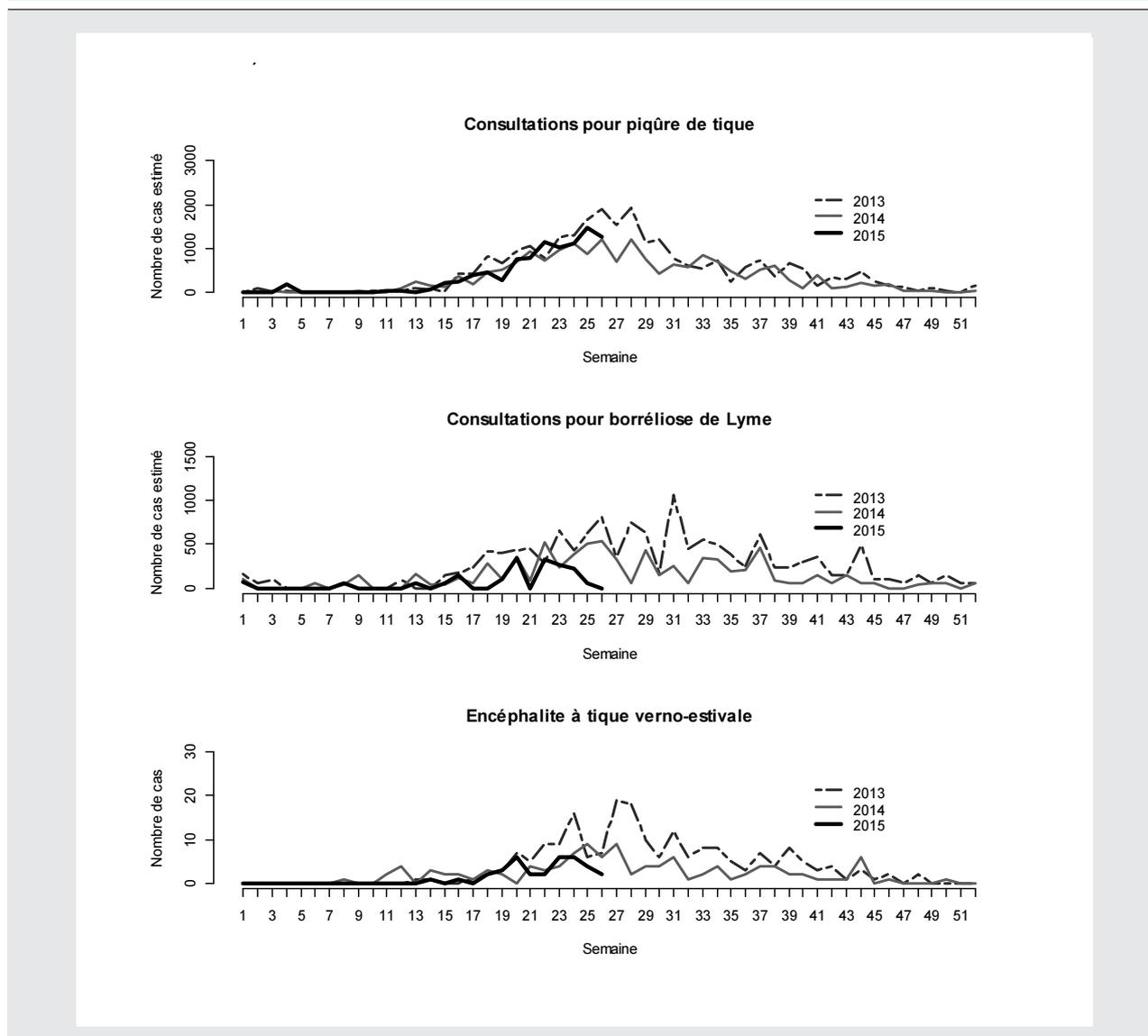
	Semaine 26			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	198 <i>125.90</i>	170 <i>108.10</i>	200 <i>127.20</i>	776 <i>123.40</i>	724 <i>115.10</i>	717 <i>114.00</i>	9783 <i>119.60</i>	9292 <i>113.60</i>	8240 <i>100.80</i>	4909 <i>120.10</i>	4820 <i>117.90</i>	4190 <i>102.50</i>
Gonorrhée	28 <i>17.80</i>	29 <i>18.40</i>	29 <i>18.40</i>	119 <i>18.90</i>	125 <i>19.90</i>	132 <i>21.00</i>	1700 <i>20.80</i>	1628 <i>19.90</i>	1734 <i>21.20</i>	922 <i>22.60</i>	808 <i>19.80</i>	873 <i>21.40</i>
Hépatite B, aiguë		1 <i>0.60</i>	4 <i>2.50</i>	2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>	5 <i>0.80</i>	36 <i>0.40</i>	56 <i>0.70</i>	69 <i>0.80</i>	12 <i>0.30</i>	23 <i>0.60</i>	32 <i>0.80</i>
Hépatite B, total déclarations	21	35	60	88	85	141	1317	1415	1486	650	728	752
Hépatite C, aiguë	1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>		1 <i>0.20</i>	7 <i>1.10</i>	4 <i>0.60</i>	36 <i>0.40</i>	59 <i>0.70</i>	57 <i>0.70</i>	16 <i>0.40</i>	35 <i>0.90</i>	26 <i>0.60</i>
Hépatite C, total déclarations	32	58	75	132	137	173	1615	1665	1787	782	833	905
Infection à VIH		18 <i>11.40</i>		24 <i>3.80</i>	48 <i>7.60</i>	28 <i>4.40</i>	519 <i>6.40</i>	563 <i>6.90</i>	619 <i>7.60</i>	280 <i>6.80</i>	289 <i>7.10</i>	317 <i>7.80</i>
Sida		6 <i>3.80</i>	3 <i>1.90</i>	6 <i>1.00</i>	12 <i>1.90</i>	3 <i>0.50</i>	69 <i>0.80</i>	117 <i>1.40</i>	96 <i>1.20</i>	30 <i>0.70</i>	50 <i>1.20</i>	58 <i>1.40</i>
Syphilis	19 <i>12.10</i>	22 <i>14.00</i>	26 <i>16.50</i>	107 <i>17.00</i>	85 <i>13.50</i>	75 <i>11.90</i>	1066 <i>13.00</i>	1052 <i>12.90</i>	1120 <i>13.70</i>	520 <i>12.70</i>	514 <i>12.60</i>	574 <i>14.00</i>
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 <i>0.60</i>			1 <i>0.20</i>			2 <i>0.02</i>	4 <i>0.05</i>	3 <i>0.04</i>	1 <i>0.02</i>	2 <i>0.05</i>	2 <i>0.05</i>
Chikungunya		3 <i>1.90</i>		3 <i>0.50</i>	7 <i>1.10</i>		98 <i>1.20</i>	16 <i>0.20</i>	3 <i>0.04</i>	25 <i>0.60</i>	13 <i>0.30</i>	2 <i>0.05</i>
Dengue	3 <i>1.90</i>	3 <i>1.90</i>	2 <i>1.30</i>	12 <i>1.90</i>	10 <i>1.60</i>	10 <i>1.60</i>	138 <i>1.70</i>	164 <i>2.00</i>	139 <i>1.70</i>	69 <i>1.70</i>	59 <i>1.40</i>	69 <i>1.70</i>
Encéphalite à tiques	3 <i>1.90</i>	4 <i>2.50</i>	6 <i>3.80</i>	22 <i>3.50</i>	12 <i>1.90</i>	35 <i>5.60</i>	115 <i>1.40</i>	190 <i>2.30</i>	105 <i>1.30</i>	36 <i>0.90</i>	34 <i>0.80</i>	47 <i>1.20</i>
Fièvre du Nil occidental								1 <i>0.01</i>	1 <i>0.01</i>			
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 <i>0.60</i>	1 <i>0.60</i>		2 <i>0.30</i>	4 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	37 <i>0.40</i>	30 <i>0.40</i>	19 <i>0.20</i>	16 <i>0.40</i>	17 <i>0.40</i>	13 <i>0.30</i>
Infection à Hantavirus					1 <i>0.20</i>		1 <i>0.01</i>	1 <i>0.01</i>	6 <i>0.07</i>	1 <i>0.02</i>	1 <i>0.02</i>	
Paludisme	12 <i>7.60</i>	7 <i>4.40</i>		34 <i>5.40</i>	27 <i>4.30</i>	4 <i>0.60</i>	335 <i>4.10</i>	184 <i>2.20</i>	171 <i>2.10</i>	138 <i>3.40</i>	106 <i>2.60</i>	82 <i>2.00</i>
Trichinellose									2 <i>0.02</i>			1 <i>0.02</i>
Tularémie		1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>		2 <i>0.30</i>	4 <i>0.60</i>	40 <i>0.50</i>	23 <i>0.30</i>	43 <i>0.50</i>	7 <i>0.20</i>	5 <i>0.10</i>	10 <i>0.20</i>
Autres déclarations												
Botulisme								2 <i>0.02</i>			1 <i>0.02</i>	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 <i>0.60</i>	1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	21 <i>0.30</i>	17 <i>0.20</i>	17 <i>0.20</i>	12 <i>0.30</i>	7 <i>0.20</i>	11 <i>0.30</i>
Tétanos												

Situation actuelle: nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME

Etat au 30 juin 2015

Figure 1

Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, du nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME en Suisse de 2013 à 2015 (jusqu'à la semaine 26)



Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique et de cas de borréliose de Lyme

A la fin de la semaine 26/2015, l'extrapolation pour le début de l'année 2015 fournit une estimation de 10000 consultations pour piqûre de tique (figure 1, en haut ; tableau 1). Ce chiffre correspond environ aux extrapolations des années précédentes. Pour les 26 premières semaines de l'année 2015, le nombre extrapolé

de cas de borréliose de Lyme aiguë s'élève à 2000 (figure 1, au milieu ; tableau 1). Ce chiffre est bas, comparé aux années précédentes.

Nombre de cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) déclarés

Le nombre de déclarations hebdomadaires est sujet à de fortes fluctuations. Depuis 2000, de 24 à 103 cas de FSME ont été déclarés durant les semaines 1 à 26. 35 cas ont

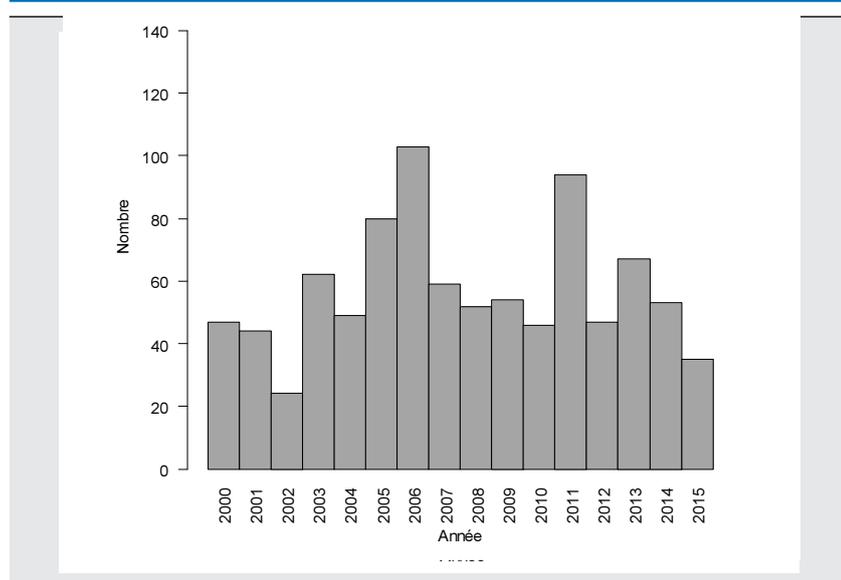
été signalés jusqu'à la semaine 26 de l'année en cours (figure 1, en bas ; figure 2).

Tableau 1
Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique et de cas de borréliose de Lyme en Suisse de 2008 à 2015 (semaines 1 à 26)

Année d'apparition de la maladie	Borréliose de Lyme	Consultations pour piqûre de tique
2008	5000	10000
2009	4000	10000
2010	4000	9000
2011	5000	10000
2012	4000	10000
2013	5000	10000
2014	4000	9000
2015	2000	10000

Contact
 Office fédéral de la santé publique
 Unité de direction Santé publique
 Division Maladies transmissibles
 Téléphone 058 463 87 06

Figure 2
Nombre de cas de FSME en Suisse, 2000–2015 (semaines 1 à 26)



Explications sur la collecte et l'analyse des données

Les piqûres de tiques et les cas de borréliose de Lyme sont recensés dans le système de déclaration Sentinella depuis 2008. Au sein de ce réseau, des médecins de premier recours (généralistes, internistes et pédiatres) communiquent chaque semaine leurs observations, sur une base volontaire. Les résultats sont ensuite extrapolés pour l'ensemble de la Suisse. Il s'agit ainsi d'estimations.

Par borréliose de Lyme aiguë on entend un érythème migrant et/ou un lymphocytome borrélien. Les formes chroniques de borréliose de Lyme sont aussi déclarées, mais elles ne figurent pas dans les présentes statistiques, afin de représenter exclusivement les cas survenus durant la saison à tiques.

L'estimation du nombre de consultations médicales suite à des cas de borréliose peut être supérieure à celles dues à une piqûre de tique si, durant la période considérée, des cas de borréliose de Lyme sans lien direct avec une piqûre de tique récente sont déclarés. En effet, seuls 50 % des patients atteints d'une borréliose de Lyme aiguë se rappellent d'avoir été piqués par une tique.

Les cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) sont enregistrés dans le système de déclaration obligatoire. Les médecins et les laboratoires sont tenus de signaler tous les cas au médecin cantonal et à l'OFSP. Il s'agit ainsi d'un nombre de cas précis.

Les analyses fournies dans le présent rapport de situation se basent sur la date à laquelle la maladie est apparue ; quant aux statistiques publiées sur Internet et dans le bulletin de l'OFSP, elles se basent sur la date du test ou de la déclaration. Il peut en résulter certaines différences statistiques. De plus, des déclarations ultérieures ou la classification définitive des cas peuvent en modifier le nombre.

Maladies transmissibles

Statistique Sentinella

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 26.6.2015 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	23		24		25		26		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10^{3}	N	N/10^{3}	N	N/10^{3}
Thème										
Suspicion d'influenza	1	0.1	2	0.2	1	0.1	2	0.2	1.5	0.2
Oreillons	1	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.5	0.1
Otite moyenne	35	2.7	31	2.4	30	2.3	21	2.0	29.3	2.4
Pneumonie	5	0.4	11	0.8	6	0.5	6	0.6	7	0.6
Coqueluche	8	0.6	2	0.2	2	0.2	1	0.1	3.3	0.3
Piqûre de tiques	23	1.8	25	1.9	31	2.4	22	2.1	25.3	2.0
Borréliose de Lyme	5	0.4	11	0.8	11	0.9	10	0.9	9.3	0.8
Vaccination contre la coqueluche (>=16 ans)	29	2.3	31	2.4	35	2.7	19	1.8	28.5	2.3
Vaccination de rattrapage contre la rougeole (>24 mois)	17	1.3	19	1.5	25	2.0	23	2.2	21	1.8
Médecins déclarants	152		151		149		128		145	
Données provisoires										

Grippe saisonnière 2014/2015

Epidémiologie, virologie, approvisionnement en vaccins et composition des vaccins

La Suisse a enregistré pour la saison 2014/2015 une des épidémies de grippe avec la plus forte intensité de la dernière décennie. D'une durée de 12 semaines (semaines 2 à 13 de 2015), l'épidémie a atteint son pic début février (semaine 6). L'incidence saisonnière globale des consultations médicales liées à une affection grippale s'est élevée, après extrapolation, à 3393 consultations pour 100 000 habitants. Quelque 276 000 personnes ont ainsi consulté un médecin de premier recours pour une affection grippale. De la semaine 2 à la semaine 12 de 2015, la mortalité chez les personnes de plus de 64 ans a été supérieure à ce qui était attendu. Cette mortalité excédentaire est principalement imputable à la grippe.

Les virus ayant circulé en Suisse pendant toute la saison étaient majoritairement des virus Influenza A, le sous-type A(H3N2) étant beaucoup plus fréquent que le sous-type A(H1N1)pdm09. En parallèle, on a observé des virus Influenza B, qui ont été dominants en fin de saison. En Europe c'est aussi le sous-type Influenza A(H3N2) qui a prédominé, avec une augmentation des virus Influenza B en fin de saison. Aux Etats-Unis, le virus Influenza A(H3N2) a été le virus dominant. Le vaccin 2014/2015 contre la grippe saisonnière n'a que partiellement couvert les virus Influenza en circulation et sera donc modifié pour la prochaine saison.

EPIDÉMIOLOGIE ET VIROLOGIE EN SUISSE

Surveillance

En Suisse, la surveillance de la grippe s'exerce par le biais du système de déclaration Sentinella, établi sur une base volontaire, et par le système de déclaration obligatoire. Les personnes infectées et malades, qui ne sollicitent pas de suivi médical, ne sont pas recensées par ces deux systèmes.

Le système Sentinella permet une évaluation épidémiologique de l'activité grippale. À partir des déclarations hebdomadaires de cas de suspicion de grippe recensés par les médecins du réseau Sentinella, on estime par extrapolation le nombre de personnes en Suisse qui consultent un médecin de premier recours pour une affection grippale. Les virus de la grippe en circulation sont en outre caractérisés dans le cadre de la surveillance sentinella. Le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) effectue le typage des virus Influenza mis en évidence dans les frottis nasopharyngés envoyés par les médecins du réseau Sentinella (cf. encadré à la fin de cet article).

Le système de déclaration obligatoire astreint par ailleurs les laboratoires à déclarer toute détection du virus Influenza.

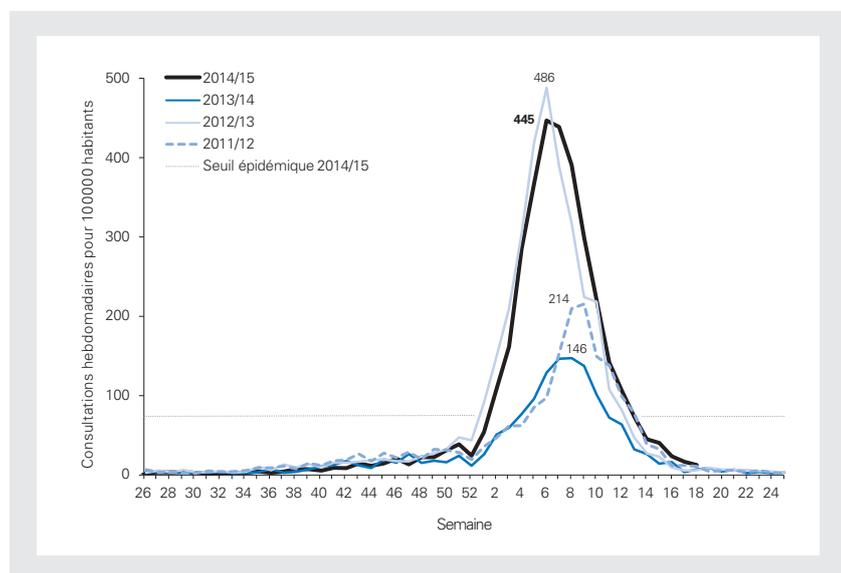
Les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur la mortalité excédentaire sont également utilisées pour évaluer la gravité d'une épidémie de grippe, car on sait par expérience qu'une mortalité générale supérieure à la moyenne pendant la saison de grippe est principalement imputable à cette maladie [1].

Dans les analyses et déclarations suivantes, il convient de considérer qu'il s'agit parfois de petits nombres et d'échantillons qui ne sont pas complètement aléatoires (état des données au 5 mai 2015).

Epidémiologie

Entre la 40^e semaine de 2014 et la 16^e semaine de 2015 (soit du 28 septembre 2014 au 17 avril 2015), quelque 276 000 personnes ont consulté un médecin de premier recours pour une affection grippale, selon l'extrapolation des données de surveillance sentinella. Ce

Figure 1
Incidence hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale en Suisse
Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé à 100 000 habitants



nombre correspond à une incidence saisonnière globale de 3393 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Pendant 12 semaines, de la 2^e à la 13^e semaine de 2015 (soit du 5 janvier au 27 mars 2015), le taux de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale s'est situé au-dessus du seuil épidémique national¹ de 70 consultations pour 100 000 habitants. L'activité grippale a atteint son pic durant la semaine 6 de 2015, avec 445 consultations pour 100 000 habitants (cf. Figure 1, Tableau 1).

Répartition par classe d'âge

L'incidence globale maximale a été observée chez les jeunes enfants de 0 à 4 ans, avec 4307 consultations pour 100 000 habitants. Elle a ensuite diminué avec l'âge, atteignant son niveau le plus bas, 2347 consultations pour 100 000 habitants, chez les personnes âgées de plus de 64 ans. L'incidence hebdomadaire maximale a fluctué, suivant la classe d'âge, entre 331 et 658 consultations pour 100 000 habitants et a été enregistrée entre les semaines 7 et 8 de 2015 (cf. Tableau 1, Figure 2).

Au cours de cette saison grippale, la mortalité chez les personnes de plus de 64 ans a été supérieure à ce qui était attendu. Cette période de «surmortalité» a été observée au cours des semaines 2 à 12 de 2015 [2].

Répartition régionale

L'incidence saisonnière globale des consultations dues à la grippe a varié, suivant la région Sentinella, de 2697 à 5993 consultations pour 100 000 habitants, et l'incidence hebdomadaire maximale de 394 à 868 consultations pour 100 000 habitants. Les taux les plus élevés ont été enregistrés dans la région sud-est «GR, TI», les plus faibles, en Suisse romande «GE, NE, VD, VS» (cf. Tableau 1, Figure 3).

L'épidémie de grippe n'a pas débuté en même temps dans toutes les régions : elle est apparue entre

Tableau 1

Incidence de consultations dues à une affection grippale en Suisse, par classe d'âge et par région

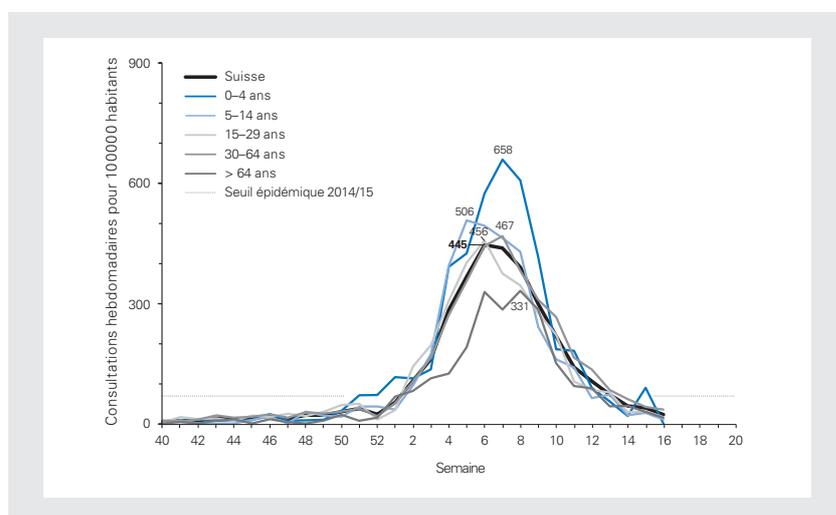
Nombre de consultations dues à une affection grippale, extrapolé à 100 000 habitants, de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015

Classe d'âge	Incidence maximale (semaine)	Incidence globale (saison)
0-4 ans	658	4307
5-14 ans	506	3502
15-29 ans	456	3348
30-64 ans	467	3574
> 64 ans	331	2347
Région Sentinella		
Région GE, NE, VD, VS	394	2994
Région BE, FR, JU	412	3219
Région AG, BL, BS, SO	634	3504
Région LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	437	2697
Région AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH	424	3153
Région GR, TI	868	5993
Suisse	445	3393

Figure 2

Incidence hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale par classe d'âge

Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale par classe d'âge, extrapolé à 100 000 habitants, de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015



les semaines 1 (région «GR, TI») et 3 (région «AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH») de 2015 et a atteint son pic entre les semaines 5 et 8 de 2015.

Risque de complications et hospitalisations

Environ 4% des 5109 cas de suspicion de grippe déclarés dans le cadre de la surveillance sentinella durant l'épidémie de grippe (de la semaine 2 à la semaine 13 de 2015) ont contracté une pneumonie, la proportion maximale étant observée chez les personnes de plus de 64 ans

(13%), et la proportion minimale chez les enfants de 0 à 4 ans (1%).

0,8% des cas de suspicion de grippe déclarés et 8% des 199 cas atteints de pneumonie ont été hospitalisés. La proportion la plus haute de cas hospitalisés a été enregistrée dans la classe d'âge des plus de 64 ans (4 %) et la plus basse chez les moins de 4 ans et chez les 15-29 ans (0 %).

Presque 8% des cas de suspicion de grippe déclarés étaient des personnes présentant un risque accru de complications. Ce risque était

¹ Le seuil épidémique national est calculé à partir des données épidémiologiques des dix dernières saisons de grippe en Suisse (sans la pandémie de 2009-2010). Il se situait pour la saison 2014/2015 à 70 cas de suspicion de grippe pour 100 000 habitants.

Figure 3
Incidence hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale par région
 Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale par région, extrapolé à 100 000 habitants, de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015

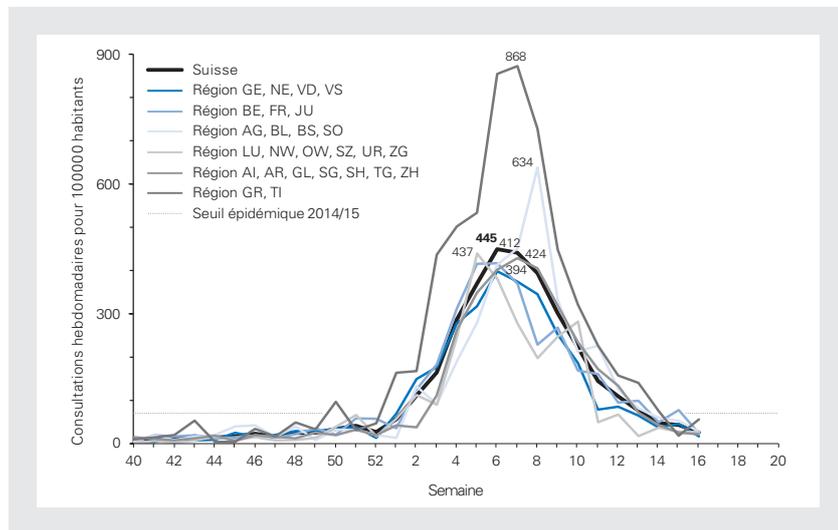
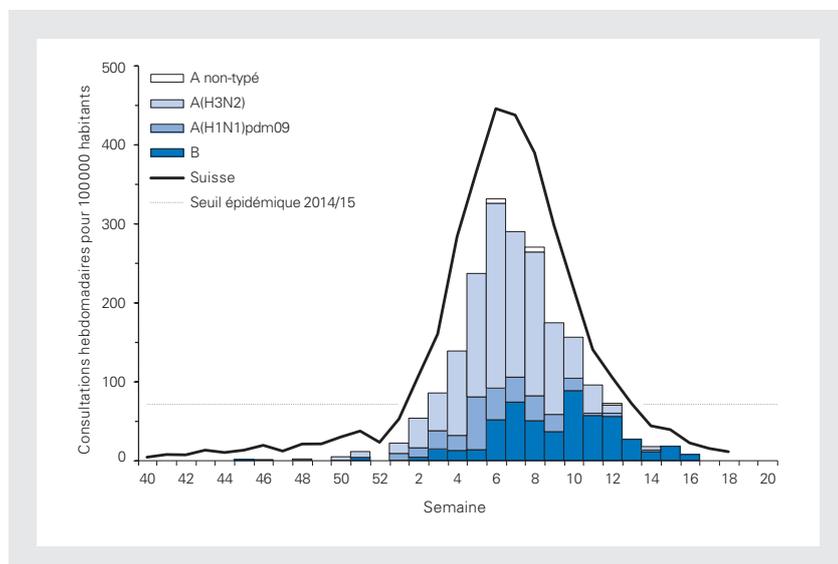


Figure 4
Incidence hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale par type et sous-type d'Influenza
 Incidence hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale, au total et par type et sous-type de virus Influenza caractérisé, extrapolé à 100 000 habitants, de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015



particulièrement élevé chez les personnes de plus de 64 ans (35%).

Vaccination et thérapie antivirale
 Durant l'épidémie, 8 % des 4943 cas de suspicion de grippe déclarés avec un statut vaccinal connu étaient vaccinés contre la grippe saisonnière 2014/2015.

La proportion des cas vaccinés était plus importante dans les grou-

pes auxquels l'OFSP recommande la vaccination : 49 % des 326 cas présentant un risque accru de complications et 42 % des 532 cas de plus de 64 ans étaient vaccinés.

Seuls 1,6 % des cas de suspicion de grippe ont reçu un traitement antiviral sous forme d'inhibiteurs de la neuraminidase et 15 % des cas ont dû être traités aux antibiotiques en raison d'une surinfection.

Virologie

Types et sous-types d'Influenza en circulation

Dans le cadre de la surveillance sentinelle, le CNRI a mis en évidence, entre la semaine 40 de 2014 et la semaine 16 de 2015 (soit du 28 septembre 2014 au 17 avril 2015), des virus Influenza dans 52 % des 937 frottis nasopharyngés analysés. Durant les 12 semaines d'épidémie de grippe, la proportion de frottis positifs était en moyenne de 61 % ; le maximum de 74 % a été atteint durant la semaine 6 de 2015.

Durant la saison grippale 2014/2015, les virus Influenza du type A ont été dominants, le sous-type A(H3N2) étant plus fréquent que le sous-type A(H1N1)pdm09. En parallèle, le CNRI a identifié des virus Influenza B (appartenant presque exclusivement aux souches du lignage Yamagata), qui ont circulé majoritairement vers la fin de la saison (cf. Tableau 3).

Virus en circulation par classe d'âge et par région

Dans toutes les classes d'âge, les affections grippales étaient dues majoritairement au virus Influenza A(H3N2), notamment chez les personnes de plus de 64 ans. Les affections grippales dues au virus Influenza B ont été sensiblement plus fréquentes chez les personnes de 30 à 64 ans alors que celles dues au virus Influenza A(H1N1)pdm09 chez les jeunes enfants de 0 à 4 ans (cf. Tableau 2).

Les trois sous-types précités ont circulé dans toutes les régions de Suisse, le sous-type A(H3N2) étant dominant partout (cf. Tableau 2). Les virus Influenza B ont été détectés plus fréquemment que le sous-type A(H1N1)pdm09, sauf dans la région «GR, TI».

Couverture par le vaccin et résistance aux virostatiques

Durant la dernière saison, le vaccin trivalent contre la grippe 2014/2015 n'a que partiellement couvert les virus Influenza A(H3N2) [3], ce qui n'a pas pu assurer la protection optimale de la population vaccinée.

Des 26 virus Influenza B mis en évidence, 23 appartenaient aux souches du lignage Yamagata (B/Massachusetts/02/2012 et B/Novosibirsk/1/2012), souches antigéniquement proches de la souche vaccinale B/Massachusetts/2/2012.

Tableau 2

Virus Influenza en circulation en Suisse par classe d'âge et par région durant la saison 2014/2015

Proportion des types et sous-types d'Influenza isolés, de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015

Types / sous-types d'Influenza	A non sous-typé	A(H1N1) pdm09	A(H3N2)	B	Nombre d'échantillons positifs
Classe d'âge					
0-4 ans	0 %	22 %	58 %	20 %	45
5-14 ans	0 %	14 %	60 %	26 %	81
15-29 ans	0 %	9 %	68 %	24 %	80
30-64 ans	1 %	15 %	47 %	37 %	241
> 64 ans	0 %	8 %	75 %	18 %	40
Région Sentinella					
Région GE, NE, VD, VS	1 %	14 %	56 %	29 %	105
Région BE, FR, JU	1 %	16 %	56 %	28 %	134
Région AG, BL, BS, SO	0 %	14 %	51 %	36 %	59
Région LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	0 %	11 %	51 %	38 %	37
Région AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH	1 %	9 %	59 %	30 %	96
Région GR, TI	0 %	23 %	55 %	23 %	44
Région inconnue	0 %	8 %	67 %	25 %	12
Suisse	1 %	14 %	56 %	30 %	487

Tableau 3

Virus Influenza en circulation en Suisse, en Europe et aux Etats-Unis

Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés de la semaine 40/2014 à la semaine 16/2015

	Suisse	Europe [9]	Etats-Unis [10]
Part d'échantillons positifs pour Influenza (Nombre d'échantillons testés)	52 % (937)	38 % (40 931)	19 % (642 057)
B (lignage Yamagata)	27 %	8 %	–
B (lignage Victoria)	1 %	0 %	–
B (lignage non déterminé)	1 %	24 %	–
B total	29 %	32 %	15 %
A(H3N2)	56 %	49 %	43 %
A(H1N1)pdm09	14 %	15 %	0 %
A non sous-typé	1 %	4 %	42 %
A total	71 %	68 %	85 %

Les 3 virus Influenza B du lignage Victoria étaient antigéniquement proches d'une souche non comprise dans le vaccin antigrippal trivalent de cette saison. Les 16 virus Influenza A(H1N1)pdm09 analysés se répartissent en trois souches (A/St Petersburg/27/2011, A/California/7/2009 et A/South Africa/3626/2013) antigéniquement apparentées à la souche vaccinale A/California/7/2009. Les 27 virus Influenza A(H3N2) caractérisés appartenaient à deux souches (23 A/South Africa/4655/2013 et 4 A/Texas/50/2012), dont seul cette dernière correspondre antigéniquement à la souche vaccinale A/Texas/50/2012. Aucun des 19 virus Influenza A(H1N1)pdm09, des 16 virus Influenza A(H3N2) et des 15 virus Influenza B testés dans le cadre de la

surveillance sentinelle ne présentait de mutation entraînant une résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase Oseltamivir (Tamiflu®) ou Zanamivir (Relenza®).

EPIDÉMIOLOGIE ET VIROLOGIE DANS LE MONDE

Surveillance

Les informations épidémiologiques et virologiques des systèmes nationaux de surveillance de la grippe en Europe transitent soit par le *European Influenza Surveillance Network* (EISN) [4], soit directement par le *WHO Regional Office for Europe* (Flu News Europe) [5], qui a remplacé en octobre 2014 le système EuroFlu. 50 pays sont associés à ce réseau européen et y fournissent des données.

Aux Etats-Unis, c'est le *Center for Disease Control* (CDC) qui collecte et analyse les informations épidémiologiques et virologiques provenant de divers systèmes nationaux de surveillance de la grippe [6].

Epidémiologie en Europe

Dans la plupart des pays européens pour lesquels l'information est disponible, l'activité grippale de cette saison a été supérieure à celle de la saison précédente. L'épidémie de grippe a commencé dans le nord de l'Europe (Angleterre, Pays-Bas et Suède) durant la semaine 51 de 2014 et s'est répandu progressivement vers l'ouest du continent. Dans les pays qui entourent la Suisse, le taux de consultations liées à une affection grippale ou à une infection respiratoire aiguë a

atteint son pic entre la semaine 4 (Italie) et la semaine 9 (Allemagne) de 2015. Le taux de consultations a ensuite progressivement baissé, retombant à un niveau intersaisonnier dans la plupart des pays durant la semaine 13 (la Slovaquie et la Suède enregistraient encore une intensité moyenne jusqu'à la semaine 17). Les taux de consultations les plus élevés ont été enregistrés chez les enfants de 0 à 14 ans.

En Europe, une mortalité générale excédentaire a aussi été observée parmi les personnes de plus de 64 ans entre la semaine 1 et 13 de 2015. Elle résulte peut-être de l'association entre une activité grippale d'intensité élevée et la circulation dominante des virus A(H3N2) [7].

Epidémiologie aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, l'épidémie de grippe de la saison 2014/2015 a été plus sévère que celle de la saison précédente, particulièrement pour les personnes de plus de 64 ans. Le taux de consultations dues à une affection grippale, le taux d'hospitalisations liées à la grippe et le nombre de décès imputables à une grippe ou à une pneumonie ont été plus élevés qu'en 2013/2014. Le taux d'hospitalisations des personnes de plus de 64 ans était le plus élevé depuis 2005, année de la mise en place de ce type de surveillance. Le nombre de décès liés à une grippe ou à une pneumonie était aussi élevé dans cette classe d'âge, situation déjà observée durant les saisons dans lesquelles domine le virus A(N3H2).

L'épidémie de grippe a débuté durant la semaine 47 de 2014, a atteint son pic la semaine 52 et a duré 20 semaines. Elle ne s'est pas déclarée en même temps dans toutes les régions, les Etats du Sud-Est ayant été touchés plus tôt que le reste du pays [7,8].

Virologie en Europe

Types et sous-types d'Influenza en circulation

Dans la région Europe de l'OMS, des virus Influenza ont été identifiés dans 38 % des 40931 échantillons Senti-nella entre la 40^e semaine de 2014 et la 16^e semaine de 2015; la fréquence maximale (55 %) ayant été enregistrée au cours de la semaine 7 de 2015.

Les virus en circulation étaient principalement des virus Influenza A, le sous-type A(H3N2) étant plus

fréquent que le sous-type A(H1N1)pdm09 (cf. Tableau 3). Des virus Influenza B ont circulé simultanément, avec une augmentation en fin de saison.

Cette même observation a été faite parmi les pays qui entourent la Suisse, avec l'exception de l'Italie, où le sous-type A(H1N1)pdm09 dominait sur A(H3N2). Des virus Influenza B ont dominé dans quelques pays du sud de l'Europe (Portugal, Grèce, Turquie) tout au long de la saison.

Couverture par le vaccin et résistance aux virostatiques

Au cours de la dernière saison, les virus Influenza A(H3N2) et B en circulation en Europe n'ont été que partiellement couverts par le vaccin contre la grippe saisonnière 2014/2015 [3]. Jusqu'à la semaine 16 de 2015, environ 30 % des 1629 virus Influenza A(H3N2) et 13 % des 866 virus Influenza B analysés appartenaient à des souches antigéniquement analogues aux souches vaccinales A/Texas/50/2012 et B/Massachusetts/2/2012, respectivement. Les 29 virus Influenza B du lignage Victoria détectés, étaient antigéniquement proches d'une souche non comprise dans le vaccin antigrippal trivalent de cette saison. 99 % des 561 virus Influenza A(H1N1)pdm09 analysés appartenaient à des souches antigéniquement analogues à la souche vaccinale A/California/7/2009 et étaient couverts par le vaccin contre la grippe saisonnière 2014.

Des résistances aux inhibiteurs de la neuraminidase n'ont été que rarement observées. Ainsi, 4 des 1346 virus Influenza A(H3N2) testés (soit 0,3 %) présentaient une résistance à l'Oseltamivir, dont un l'était aussi au Zanamivir. 1 des 374 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés (soit 0,3 %) était résistant à l'Oseltamivir, mais sensible au Zanamivir. Aucun des 272 virus Influenza B testés n'était résistant à ces deux inhibiteurs de la neuraminidase. Les 186 virus Influenza A testés étaient par contre tous résistants à l'amantadine, une observation déjà faite lors des saisons précédentes.

Virologie aux Etats-Unis

Types et sous-types d'Influenza en circulation

Aux Etats-Unis, ce sont les virus Influenza du sous-type A(H3N2) qui ont dominé pendant toute la saison.

Les virus de type B ont principalement circulé vers la fin de l'épidémie de grippe (cf. Tableau 3).

Couverture par le vaccin et résistance aux virostatiques

Aux Etats-Unis, le vaccin antigrippal 2014/2015 [3] n'a que partiellement couvert les virus Influenza circulant cette saison. Ainsi, jusqu'à la semaine 16 de 2015, 37 % des 1642 virus Influenza antigéniquement ou génétiquement caractérisés depuis la semaine 40/2014 ont été couverts par le vaccin trivalent contre la grippe et 45 % par le vaccin quadrivalent [3]. Le niveau de couverture par le vaccin trivalent était donc équivalent à celui observé en Europe.

2 % des 47 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés se sont révélés résistants à l'Oseltamivir, mais sensibles au Zanamivir. Aucun des 2810 virus Influenza A(H3N2) et des 578 virus Influenza B testés n'ont présenté de résistance à l'Oseltamivir ou au Zanamivir.

VACCINATION

Approvisionnement en vaccins et couverture vaccinale

Selon les informations fournies par les cinq fabricants de vaccins contre la grippe, 1,15 million de doses ont été mises sur le marché suisse fin 2014. En 2013, ce chiffre se montait à 1,07 million et en 2012, à 1,06 million. Pour l'automne 2015, quatre fabricants prévoient une nouvelle livraison de 1,25 million de doses. Sur la base des doses de vaccin vendues, on évalue la couverture vaccinale de la population à 14 % au maximum pour la saison écoulée (en admettant que toutes les doses ont été administrées et que chaque personne n'a été vaccinée qu'une fois et n'a reçu qu'une seule dose).

En mars 2015, une enquête téléphonique a été réalisée auprès de 2001 personnes auxquelles l'OFSP recommande la vaccination pour les questionner sur la vaccination contre la grippe saisonnière. La couverture vaccinale des personnes âgées de plus de 64 ans était de 29 % (n=668) et de 30 % chez celles souffrant d'une maladie chronique² (n=645). Quant aux personnes travaillant dans le secteur de la santé, elles étaient beaucoup plus rarement vaccinées (18 % ; n=688). L'enquête a également permis de détermi-

Tableau 4
Aperçu des produits disponibles à l'automne 2015

Nom	Type de vaccin	Remarques
Agrippal®	vaccins sous-unitaires (ne contiennent que les antigènes de surface hémagglutinine et neuraminidase)	avec adjuvant renforçant l'efficacité MF59C; autorisé pour les adultes à partir de 65 ans
Influvac®		
Fluad®		produit par culture cellulaire (administration possible en cas de forte allergie aux œufs de poule); autorisé pour les adultes à partir de 18 ans révolus
Optaflu®		
Mutagri®	vaccins dits « fractionnés » (constitués de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus)	Vaccin quadrivalent contenant une deuxième souche du type B, autorisé pour les adultes et les enfants à partir de 36 mois
Fluarix®		
Fluarix Tetra®		

ner si le fait d'être tombé malade l'année précédente avait influé sur le choix de se faire vacciner l'année suivante; cela n'est pas le cas [11].

Composition du vaccin contre la grippe saisonnière 2015/16

En février 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié ses recommandations concernant la composition des vaccins trivalents et quadrivalents contre la grippe pour la prochaine saison d'hiver dans l'hémisphère nord. Ces recommandations se fondent sur des analyses des caractéristiques mondiales des virus, sur des données épidémiologiques et sur des études sérologiques de la saison de grippe. Les souches A/Texas/2012 (H3N2) et B/Massachusetts/2012 (lignage Yamagata) utilisées dans le vaccin pour la saison 2014/2015 n'ayant pas assuré une protection suffisante contre les virus en circulation, l'OMS recommande de remplacer ces deux composants pour le vaccin de la saison 2015/2016. S'agissant des vaccins trivalents, elle recommande des antigènes analogues aux souches [12]:

- A/California/2009 (H1N1)pdm09,
- A/Switzerland/2013 (H3N2),
- B/Phuket/2013 (lignage Yamagata).

Pour les vaccins quadrivalents, elle recommande les trois souches ci-dessus ainsi qu'un antigène ana-

logue à la souche B/Brisbane/2008 (lignage Victoria).

Vaccins contre la grippe disponibles en Suisse

Le tableau 4 donne un aperçu des produits qui seront disponibles à l'automne 2015.

Tous les vaccins contre la grippe saisonnière son :

- trivalents, ils contiennent des composants inactivés de trois souches de virus Influenza, l'une du sous-type A/H1N1, l'autre du sous-type A/H3N2 et la dernière du type B (exception : Fluarix Tetra®);
- inactivés, ils ne peuvent pas provoquer de grippe;
- généralement produits sur des œufs de poule (sauf Optaflu®);

- exempts de mercure et d'aluminium;
- sans adjuvant (sauf Fluad®) ils ne contiennent aucun adjuvant destiné à renforcer l'efficacité, et
- autorisés pour les adultes et les enfants à partir de six mois (sauf Fluad®, Optaflu® et Fluarix Tetra®).

Recommandations de vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe saisonnière est comme précédemment recommandée aux personnes de plus de 64 ans, à celles présentant un risque accru de complications ainsi qu'aux personnes en contact fréquent avec celles-ci [13].

En présence d'un risque accru de complications, l'assurance-maladie obligatoire prend en charge, confor-

Critères de déclaration des affections grippales

Les médecins Sentinella de 160 cabinets ont déclaré des patients ayant contracté une affection grippale, selon les critères ainsi définis: forte fièvre soudaine (> 38 °C) et toux ou douleurs pharyngées, éventuellement accompagnées d'une sensation marquée de maladie ou de faiblesse, de maux de tête, de douleurs musculaires, articulaires ou généralisées, ainsi que de symptômes gastro-intestinaux.

Il leur fallait déclarer également les consultations pour affections subséquentes (pneumonies, bronchites, otites, etc.), pour le cas où la grippe n'aurait pas déjà été déclarée comme étant l'affection initiale.

Caractérisation des virus influenza en circulation

74 médecins du réseau Sentinella ont envoyé des frottis nasopharyngés au Centre National de Référence de l'Influenza à Genève. Les virus de la grippe ainsi isolés ont été typés et une partie analysée quant à sa résistance aux antiviraux antigrippaux. Le typage a aussi permis d'évaluer la couverture du vaccin antigrippal saisonnier actuel 2014/2015 contre les virus en circulation.

A partir des souches typées dans le monde entier, les experts de l'OMS ont déterminé les composants du vaccin pour la prochaine saison de grippe 2015/2016.

² Maladies cardiaques, maladies pulmonaires (p.ex., asthme), troubles métaboliques (p. ex., diabète ou obésité morbide avec IMC ≥ 40), troubles neurologiques ou de l'appareil locomoteur, troubles hépatiques, insuffisance rénale, asplénie ou trouble fonctionnel de la rate (y compris hémoglobinopathie), immunodéficience (p. ex., infection VIH, cancer, thérapie immunosuppressive).

mément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, les coûts de la vaccination (hors franchise et quote-part). Pour les professionnels de la santé en contact direct avec des patients, la vaccination réduit non seulement leur propre risque d'affection grippale, mais aussi celui de leurs patients. Les recommandations détaillées pour la vaccination sont indiquées plus bas dans l'encadré et sont aussi disponibles sur le site www.bag.admin.ch/influenza/01118/01123/index.html?lang=fr.

La durée de la protection offerte par le vaccin étant en général inférieure à un an, il est recommandé aux personnes s'étant fait vacciner l'hiver dernier de se refaire vacciner, même si la composition du vaccin est identique.

Le moment optimal pour la vaccination annuelle contre la grippe se situe entre mi-octobre et mi-novembre. Selon la situation épidémiologique et l'avis du médecin, il est également possible de se faire vacciner ultérieurement. Les enfants âgés de six mois à deux ans (jusqu'à leur 3^e anniversaire) reçoivent une demi-dose de vaccin.

Journée nationale de vaccination contre la grippe

Le vendredi 6 novembre 2015 sera déclaré Journée nationale de vaccination contre la grippe. Il s'agit de la douzième édition de cette action destinée à l'ensemble de la population et réalisée par les organisations de médecins de premier recours (SSMG, SSMI, SSP et FMP), avec le soutien du Collège de médecine de premier recours (CMPR). Ce jour-là, les cabinets médicaux participants proposent de vacciner, sans rendez-vous et pour un montant forfaitaire, tous ceux qui souhaitent se protéger et protéger leur entourage contre la grippe. De plus amples informations et les adresses des cabinets participants seront publiées à partir de septembre sur le site du CMPR: www.kollegium.ch/grippe/f.

COMMENTAIRE

L'épidémie de grippe 2014/2015

Selon la surveillance sentinelle effectuée en Suisse depuis 1987, le pays a enregistré durant la saison 2014/2015 une des épidémies de grippe avec la plus forte intensité depuis la mise en place du système. Environ 3,4 % de

La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée aux:

A Personnes avec un risque accru de complications graves en cas de grippe (pour ces personnes, la vaccination est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins sous réserve du montant de la franchise). Ce sont:

- les personnes de 65 ans et plus;
- les personnes (dès l'âge de 6 mois) avec l'une des maladies chroniques suivantes: maladies cardiaques; maladies pulmonaires (p. ex., asthme); troubles métaboliques affectant les fonctions cardiaque, pulmonaire ou rénale (p. ex., diabète ou obésité morbide, IMC \geq 40); troubles neurologiques (p. ex., maladie de Parkinson, troubles cérébrovasculaires) ou de l'appareil locomoteur affectant les fonctions cardiaque, pulmonaire ou rénale; troubles hépatiques; insuffisance rénale; asplénie ou trouble fonctionnel de la rate (y compris hémoglobinopathie); immunodéficience (p. ex., infection VIH, cancer, thérapie immunosuppressive)*/**;
- les femmes enceintes ou ayant accouché au cours des 4 semaines précédentes;
- les enfants nés prématurément (nés avant la 33^e semaine ou bien d'un poids inférieur à 1500 g à la naissance) dès l'âge de 6 mois pendant les deux premiers hivers suivant la naissance**;
- les résidents des maisons de soins et des établissements pour patients atteints de maladies chroniques.

B Personnes qui, au sein de leur famille ou dans le cadre de leurs activités privées ou professionnelles*, sont en contact régulier avec:**

- des personnes de la catégorie A;
- des nourrissons de moins de 6 mois (ceux-ci présentent des risques accrus de complications et ne peuvent être vaccinés en raison de leur très jeune âge).

La vaccination contre la grippe est recommandée en particulier à tout personnel soignant, médical ou paramédical, personnel des crèches, des garderies, des établissements de soins, de retraite ou pour personnes âgées, y compris les étudiants et les stagiaires.

La vaccination contre la grippe saisonnière peut également être envisagée pour toutes les personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale pour des raisons privées et/ou professionnelles. En particulier, chez les personnes en contact professionnel avec des porcs, la vaccination antigrippale peut réduire les risques de transmission entre l'animal et l'homme.

* Suivant la nature et la gravité de l'immunodéficience, l'administration de deux doses (à intervalle de 4 semaines) peut être envisagée.

** Pour les enfants de 6 mois à 8 ans qui n'ont pas encore été vaccinés contre la grippe jusque-là, il est recommandé d'administrer deux doses à quatre semaines d'intervalle. Les enfants de moins de trois ans reçoivent une demi-dose.

*** Si la vaccination est indiquée en raison de l'activité professionnelle, les frais de la vaccination sont en règle générale pris en charge par l'employeur.

Etat: juin 2015 (actualisé en 2013).

la population (276 000 personnes) ont consulté un médecin de premier recours pour une affection grippale. Cela représente une incidence de 3393 consultations pour 100 000 habitants, nettement supérieure à la moyenne des dix saisons précé-

dentes (2482 consultations pour 100 000 habitants) et de l'incidence globale de la saison 2013/2014 (1358). L'incidence hebdomadaire maximale 2014/2015 a été aussi au-dessus de celles des dix saisons précédentes ainsi que de la saison

2013/1014 (445 vs 349 et 146 pour 100 000 habitants, respectivement).

Les taux de consultations ont été élevés, toutes régions et classes d'âge confondues. Par comparaison avec la moyenne des dix saisons précédentes et avec la saison 2013/2014, l'incidence a surtout augmenté chez les personnes âgées de plus de 64 ans (+138 % resp. +258 %).

Un taux de consultations élevé chez les médecins de premier recours peut être dû à des affections plus nombreuses et plus sévères. Cependant, l'OFSP ne dispose pas d'informations sur les raisons et les séquelles des affections plus graves qui conduisent directement à une hospitalisation, sans consultation préalable d'un médecin.

Hospitalisations liées à une grippe

On peut toutefois obtenir une indication quant à l'ampleur des hospitalisations liées à une grippe, c'est-à-dire aux cas graves, grâce aux déclarations obligatoires des détections du virus Influenza par les laboratoires. Durant la saison 2014/2015, 85 % des virus Influenza mis en évidence l'ont été par des hôpitaux, vraisemblablement pour des patients hospitalisés ou traités en ambulatoire à l'hôpital. Cette proportion est similaire à celle des saisons précédentes (en moyenne 82 % pour les quatre dernières saisons), mais supérieure à celle de 2010/2011 (72 %). Le nombre de détections chez des personnes traitées à l'hôpital pour une grippe a atteint son pic durant la semaine 7 de 2015, soit une semaine après le pic des consultations pour une affection grippale chez un généraliste. Le nombre total de détections chez les patients traités pour une grippe à l'hôpital en 2014/2015 était quatre fois supérieur à la moyenne des quatre dernières saisons post-pandémiques (4709 vs 1173 détections). L'incidence des affections grippales traitées à l'hôpital a varié selon la classe d'âge. L'incidence maximale a été enregistrée chez les personnes de plus de 64 ans (180 pour 100 000 habitants), tandis que l'incidence minimale concernait les jeunes de 5 à 14 ans (15 pour 100 000 habitants). Cette répartition par classe d'âge était similaire à celle de la saison précédente. Durant les saisons 2010/2011 à

2012/2013, au contraire, l'incidence maximale concernait les jeunes enfants de 0 à 4 ans.

Mortalité excédentaire

Durant la saison grippale 2014/2015, concrètement au cours des semaines 2 à 12 de 2015, la mortalité en Suisse a été supérieure à ce qui était attendu. Cette période de surmortalité coïncide avec le pic de l'épidémie de grippe. La mortalité de personnes âgées de plus de 64 ans a été plus élevée que prévue en Suisse [1, 2] ainsi que dans la majorité des pays de l'Europe qui participent au projet EuroMOMO [14]. Les données sur la mortalité excédentaire sont utilisées pour évaluer la gravité d'une épidémie de grippe, car on sait par expérience qu'une mortalité générale supérieure à la moyenne pendant la saison de grippe est principalement imputable à cette maladie.

Couverture vaccinale

Les virus Influenza A ont circulé majoritairement durant la saison 2014/2015, le sous-type A(H3N2) étant beaucoup plus fréquent que le sous-type A(H1N1)pdm09. Des virus Influenza B ont circulé simultanément et ils ont dominé en fin de saison. Comme les virus Influenza A(H3N2) ont évolué antigéniquement au cours de la saison, les virus en circulation n'étaient que partiellement couverts par le vaccin antigrippal. ■

Remerciements

L'OFSP remercie de leur coopération le corps médical, les laboratoires et spécialement le Centre national de référence de l'Influenza (CNRI) à Genève, ainsi que l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il remercie tout particulièrement les médecins du réseau Sentinella pour leur aide extrêmement précieuse, sans laquelle il serait impossible d'assurer la surveillance de la grippe en Suisse. Cette surveillance est très utile, tant aux médecins qu'à l'ensemble de la population du pays.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Références

- 1 Brinkhof M.W.G., Spoerri A., Birrer A., Hagman R., Koch D., Zwahlen M.

- Influenza-attributable mortality among the elderly in Switzerland, *Swiss Med Wkly*, 2006, 136 : 302–309.
- 2 Office fédéral de la statistique. Mortalité excédentaire 2015, état des données au 11 mai 2015. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnplD=2015-651
- 3 World Health Organisation (WHO), Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014–15 northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2014_15_north/en/
- 4 European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), European Influenza Surveillance Network (EISN), ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN
- 5 World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Flu News Europe, www.flunewseurope.org/
- 6 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US Influenza Surveillance – Viral Surveillance, Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILI-Net) and Influenza Hospitalization Network (FluSurv-NET), www.cdc.gov/flu/weekly/fluactivitiesurv.htm
- 7 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: influenza activity – United States, September 28, 2014–February 21, 2015, *MMWR*, 2015, 64(8) : 206–212, www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6408.pdf
- 8 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), FluView 2014–15 Influenza Season Week 15 ending April 18: Influenza-like Illness (ILI) reported by the U.S. Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILI-Net), report for the weeks 40/2014–15/2015, www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2014-2015/week15.htm, site consulté le 5 mai 2015.
- 9 European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), The European Surveillance System (TESSy), weekly Influenza update, bulletin issues weeks 40/2014–16/2015, site consulté le 8 mai 2015, ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/epidemiological_data/Pages/influenza_activity_EU_EEA_activity_maps.aspx
- 10 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), FluView 2014–15 Influenza Season Week 15 ending April 18: Influenza viruses isolated by WHO/NREVSS Collaborating Laboratories, report for the weeks 40/2014–15/2015, www.cdc.gov/flu/weekly/weeklyarchives2014-2015/week15.htm, site consulté le 5 mai 2015.
- 11 Office fédéral de la santé publique, DemoSCOPE Research&Marketing. Enquête téléphonique visant à déter-

miner le taux de vaccination contre la grippe pour la saison 2014/15, non publié.

- 12 World Health Organisation (WHO), Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015–16 northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201502_recommendation.pdf, site consulté le 28 avril 2015.
- 13 Office fédéral de la santé publique, recommandations actuelles pour la vaccination contre la grippe (au 4 juillet 2013), bulletin de l'OFSP, www.bag.admin.ch/influenza/01118/01123/index.html?lang=fr, site consulté le 24 avril 2015
- 14 European project for monitoring excess mortality for public health action (EuroMOMO), European mortality bulletin week 18/2015, www.euromomo.eu/index.html, site consulté le 11 mai 2015.

Couverture vaccinale des enfants de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2011-2013

Durant la période 2011–2013, les taux de vaccination représentatifs pour les enfants de 2, 8 et 16 ans ont été recensés pour la quatrième fois dans toute la Suisse, en collaboration avec les cantons. Ces données servent de point de départ pour évaluer les recommandations nationales en matière de vaccination et interpréter les données figurant dans les déclarations.

INTRODUCTION

L'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention (EPBI, anciennement Institut de médecine sociale et préventive) de l'Université de Zurich recense les taux de vaccination cantonaux au niveau national depuis 1999, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et en collaboration avec les cantons. Ces enquêtes, qui ont lieu dans le cadre de la Swiss National Vaccination Coverage Survey (SNVCS), sont financées conjointement par les cantons et par l'OFSP. Les quatre premières ont porté sur les périodes suivantes : 1999–2003, 2005–2007, 2008–2010 et 2011–2013. La cinquième, entamée en 2014, se poursuivra jusqu'en 2016.

Le présent rapport repose sur les résultats des années 2011 à 2013. Durant cette période, 25 cantons ont participé à l'enquête ; Appenzell Rhodes-Intérieures s'est abstenu et Genève n'a livré que les données relatives aux enfants de 2 ans. En 2011, dix cantons ont participé : AG, BE, BL, NE, SH, SO, SZ, ZH (tous les groupes d'âge), BS (enfants de 2 ans) et VD (adolescents de 16 ans). Pour 2012, on dispose des données pour cinq cantons : OW, SG, UR, ZG (tous les groupes d'âge) et VD (enfants de 2 ans). Enfin, pour 2013, les données proviennent de treize cantons AR, FR, GL, GR, LU, NW, TG, TI, VS (tous les groupes d'âge), BS (enfants de 8 et 16 ans), VD (enfants de 8 ans), et JU et GE (enfants de 2 ans).

MÉTHODOLOGIE

Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données des années 2011 à 2013 sont comparables à celles employées pour les deux périodes d'enquête précé-

dentes (cf. encadré) [1, 2]. Seules exceptions à la méthodologie standard : les cantons de BS, JU et VD, où ce sont des infirmières qui ont récolté les données pour les élèves. Les résultats de l'enquête 2011–2013 ont été comparés à ceux des périodes d'enquête précédentes.

RÉSULTATS

Participation

Au total, l'évaluation a porté sur les données vaccinales de 24 063 enfants et adolescents. Le taux de réponse moyen pour les enquêtes réalisées avec les méthodes standard (donc sans les relevés en milieu scolaire dans les cantons de BS, JU et VD) variait, dans la période 2011–2013, entre 76% et 79% pour les trois groupes d'âge.

Les raisons de la non-participation sont indiquées au tableau 1. Elles sont inconnues dans deux tiers des cas parce que les parents qui n'avaient pas répondu aux deux lettres n'ont pas non plus pu être joints par téléphone. Dans le dernier tiers, ceux qui ont finalement été joints ont cité comme principales raisons le manque d'intérêt (38%)

et l'absence de carnet de vaccination (20%).

Couverture vaccinale

Le tableau 2 récapitule les résultats relatifs aux vaccinations de base pour tous les groupes d'âge et toutes les périodes d'enquête. Le site internet de l'OFSP fournit des informations détaillées concernant la couverture vaccinale dans chaque canton pour les trois groupes d'âge, aussi bien pour les vaccinations de base que pour les vaccinations complémentaires : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02133/index.html?lang=fr>.

Diphtérie (D), tétanos (T), coqueluche (Pa), poliomyélite (IPV) et Haemophilus influenzae type b (Hib)

La couverture vaccinale par le DTPa, l'IPV et le Hib est restée pratiquement inchangée chez les enfants de 2 ans et ceux de 8 ans par rapport à la période 2008–2010. Le taux de vaccination avec quatre doses était de 89% chez les enfants de 2 ans ; chez ceux de 8 ans, il était de 94% avec quatre doses et de 79% avec cinq doses (sans le Hib). Par rapport à la période 2008–2010, le taux de vaccination contre la coqueluche chez les adolescents de 16 ans a nettement augmenté, passant de 62% à 84% pour quatre doses et de 26% à 66% pour cinq doses.

Hépatite B (VHB)

Durant la période 2011–2013, la couverture avec trois doses du vaccin anti-VHB chez les enfants de 2 ans a at-

MÉTHODOLOGIE DE LA SNVCS (DEPUIS 2005)

Les groupes cibles sont les enfants de 2, 8 et 16 ans. Dans les cantons qui possèdent un registre central des habitants, les enfants ont été choisis au hasard. Dans les cantons sans registre central ou lorsque les données du registre ne sont pas disponibles pour l'étude, on sélectionne, de manière aléatoire, les communes, puis les enfants vivant dans ces communes. Dans les petits cantons, on dresse une liste répertoriant tous les enfants de chaque classe d'âge, à partir de laquelle on constitue des échantillons aléatoires. On invite par courrier les familles des enfants sélectionnés à participer, en leur présentant l'enquête et en les priant d'envoyer une photocopie ou l'original du carnet de vaccination. Quatre à cinq semaines après le premier courrier, on envoie une lettre de rappel aux parents qui n'ont pas encore répondu. S'ils ne se manifestent toujours pas, l'équipe chargée de l'enquête prend contact avec eux par téléphone. La participation est facultative.

teint 43%, contre 30% auparavant. Il a également augmenté chez les enfants de 8 ans, passant de 11% à 22%, alors qu'il a stagné à peine à 70% pour deux doses chez les adolescents de 16 ans.

Rougeole (R), oreillons (O), rubéole (R)

Chez les enfants de 2 ans, le taux de vaccination par le ROR avec deux doses a augmenté de 3 points, atteignant ainsi 86% pour la rougeole et 85% pour les oreillons et la rubéole. Les écarts entre les cantons étaient importants : c'est dans le canton de Genève que la couverture avec deux doses était la plus élevée, avec 95% ; le taux le plus bas était de 73%. Le canton qui avait le plus faible taux durant la période précédente n'a pas participé à la présente enquête (figure 1). Chez les enfants de 8 ans, la couverture avec deux doses a augmenté de 5 points par rapport à la période précédente, atteignant 90% pour la rougeole et 89% pour les oreillons et la rubéole. Chez les adolescents de 16 ans, la couverture avec deux doses était de 89% pour la rougeole et de 87% pour les oreillons et la rubéole.

Papillomavirus humain (HPV)

Chez les adolescentes de 16 ans, la couverture par la vaccination contre le HPV avec trois doses est passée de 20% à 51%. La fourchette variait de 17% à 75% selon les cantons (figure 2).

DISCUSSION

Les résultats actuels de la SNVCS et les comparaisons entre les différentes périodes d'enquête constituent une bonne base pour évaluer les recommandations nationales en matière de vaccination. C'est également sur cette base que sont interprétées les données provenant du système de déclaration des maladies infectieuses à déclaration obligatoire et du système Sentinella.

Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b

Le plan suisse de vaccination recommande actuellement, pour les enfants et les adolescents, quatre doses de DTPa, Hib et IPV à l'âge de 2, 4 et 6 mois puis entre 15 et 24 mois, une cinquième dose de DTPa et IPV entre 4 et 7 ans, et une sixième dose de dTPa entre 11 et 15 ans [3]. La recommandation d'une sixième dose pour la coqueluche n'ayant été publiée qu'en 2013, elle n'a pas été prise en compte pour la période 2011–2013. La surveillance de la couverture vaccinale depuis 1999 montre une grande stabilité dans toutes les classes d'âge, autour de 96%, de la couverture avec trois doses de DTPa et IPV. La progression de la couverture avec quatre doses de DTPa et IPV chez les enfants de 2 ans et cinq doses de dTPa chez ceux de 8 ans ne s'est pas poursuivie durant la période 2011–2013 ; les chiffres ont stagné à respective-

ment 89% et 79%, donc à un niveau nettement plus bas que ceux constatés pour trois doses. Mais l'acceptation des quatrième et cinquième doses de DTPa est bonne, comme le montre la couverture élevée dans les classes d'âge immédiatement supérieures. Les vaccinations de rappel sont toutefois en retard par rapport au schéma recommandé dans le plan de vaccination. La couverture avec cinq et six doses contre la diphtérie et le tétanos a également stagné chez les adolescents de 16 ans par rapport à la période précédente. En revanche, elle a augmenté pour la coqueluche avec cinq doses, recommandées depuis 1996, et, tout comme la couverture pour Hib (trois doses), elle tend à rejoindre lentement celle de la diphtérie et du tétanos, même si elle reste nettement plus basse.

Hépatite B

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée en priorité pour les adolescents entre 11 et 15 ans, mais peut être administrée à tout âge. Le schéma vaccinal prévoit trois doses aux temps 0, 1 et 6 mois. Pour les adolescents entre 11 et 15 ans, un schéma à deux doses est aussi possible (aux temps 0 et 4–6 mois), mais uniquement avec les vaccins autorisés pour ce schéma à deux doses (dose pour adultes). Les nourrissons peuvent être vaccinés avec quatre doses du vaccin hexavalent DTPa-IPV-Hib-HBV [3]. La couverture vaccinale chez les adolescents de 16 ans est beaucoup

Tableau 1. **Raisons de la non-participation à la SNVCS selon enquête téléphonique complémentaire, période 2011–2013**

Raisons	Nombre de non-participants n*	Proportion des non-participants %	Proportion de l'échantillon total %
Raison inconnue car pas de numéro de téléphone	1973	35,1	7,8
Raison inconnue car contact téléphonique impossible	1642	29,2	6,5
Ne veut pas participer / Pas d'intérêt	764	13,6	3,0
Pas de carnet de vaccination	402	7,2	1,6
A déménagé	218	3,9	0,9
Envoi annoncé, mais pas de données reçues	202	3,6	0,8
Problème linguistique	171	3,0	0,7
Réticences liées à la protection des données	70	1,2	0,3
Pas le temps	69	1,2	0,3
Pas d'enfant de l'âge choisi	63	1,1	0,2
Autres raisons	36	0,7	0,1
Par principe contre les vaccinations	11	0,2	0,0
Total	5621	100,0	22,2

* n = 25 298 ; sans les enfants scolarisés dans les cantons de BS, JU et VD, où les données sont relevées à l'école. AI : n'a pas participé. GE : pas de données pour les enfants scolarisés

Figure 1.
Evolution dans le temps de la couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans en Suisse, pour une et deux doses d'un vaccin contre la rougeole

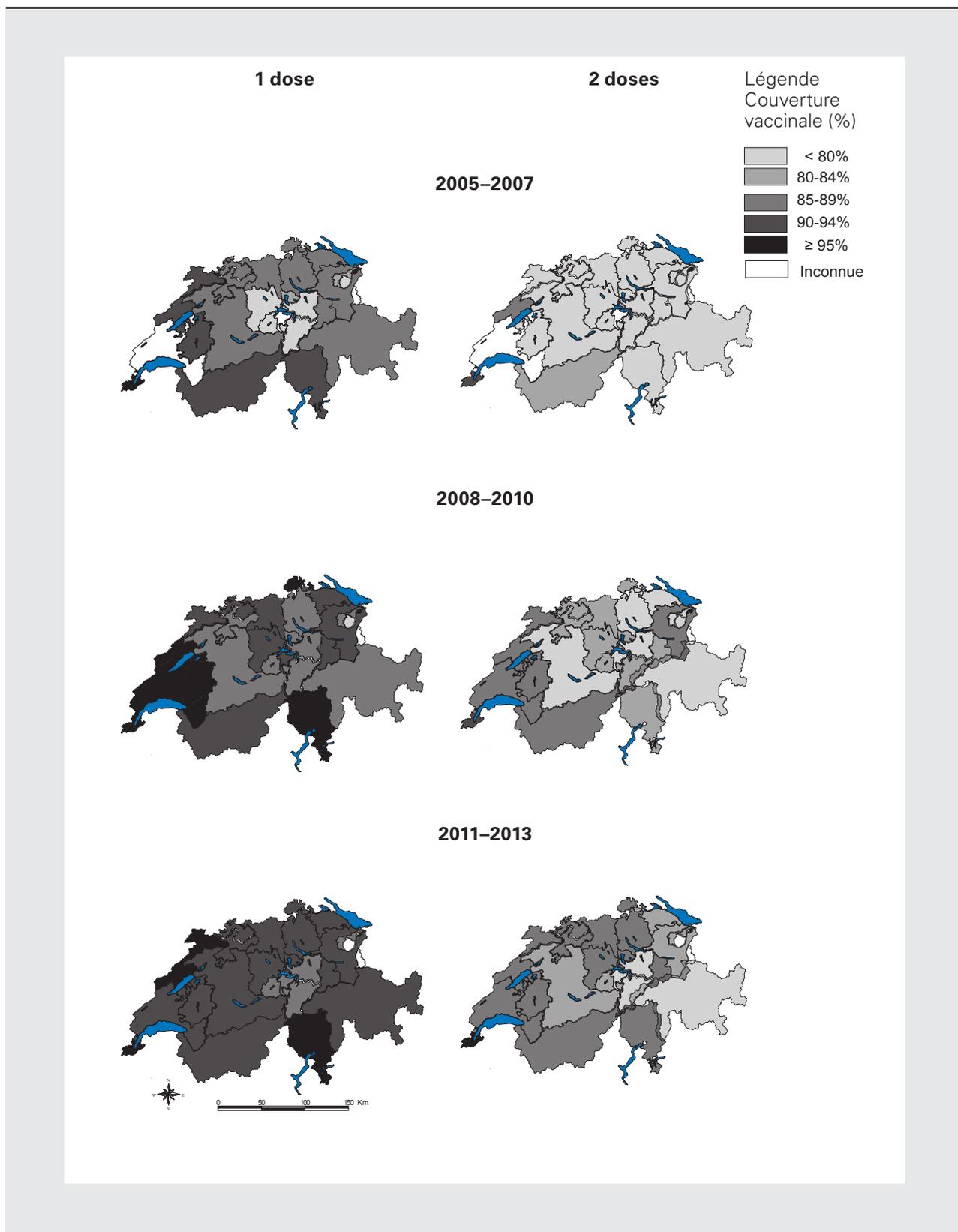


Figure 2.
Evolution dans le temps de la couverture vaccinale chez les adolescentes de 16 ans en Suisse, avec trois doses d'un vaccin contre le papillomavirus humain

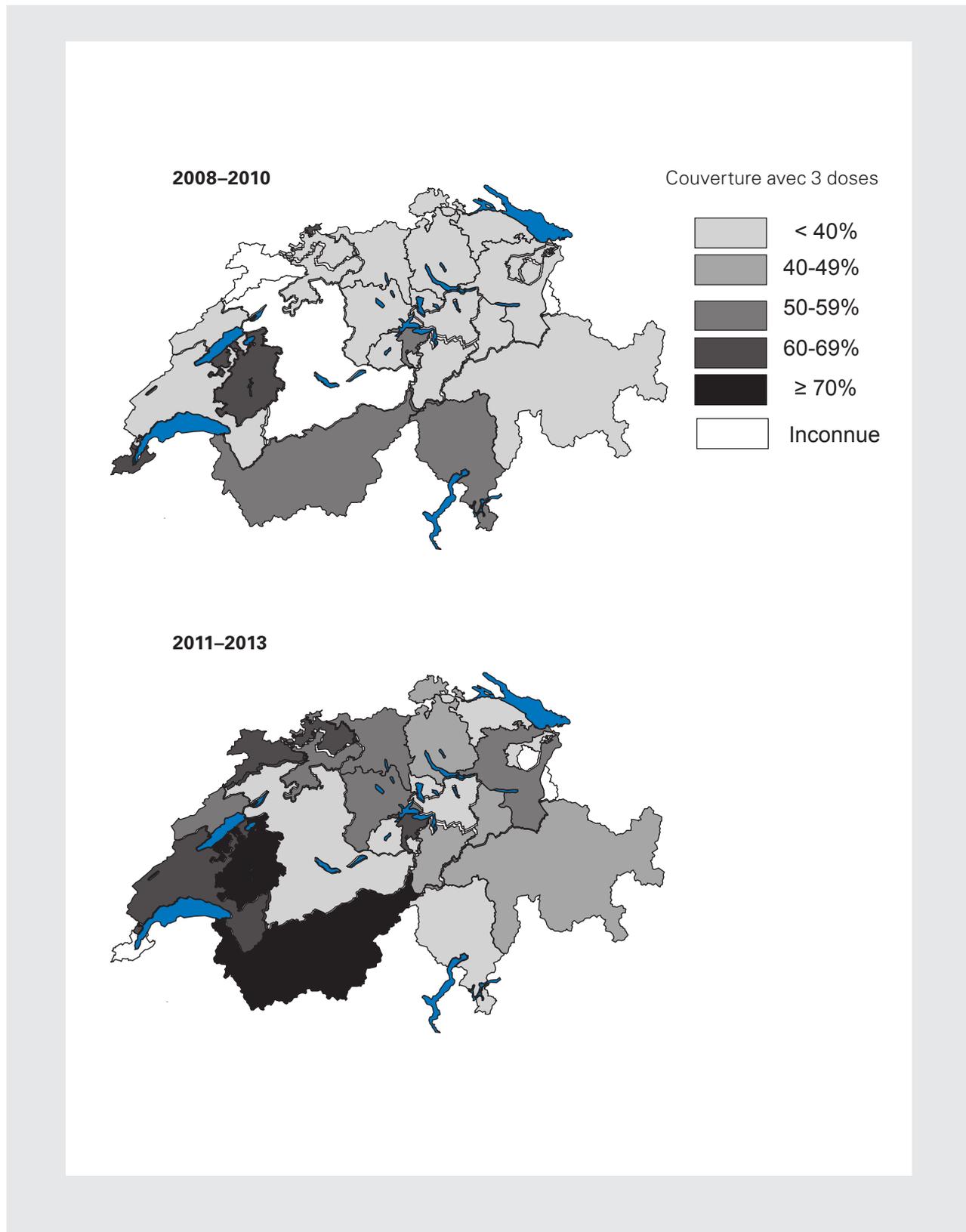


Tableau 2.
Couverture vaccinale (%) chez les jeunes enfants (2 ans) et les enfants scolarisés (8 et 16 ans) en Suisse, 1999–2003, 2005–2007, 2008–2010 et 2011–2013

Vaccination	N° de doses	Jeunes enfants / 2 ans				Entrée à l'école / 8 ans				Fin de la scolarité / 16 ans			
		1999–2003 n=8729	2005–2007 n=8286	2008–2010 n=8245	2011–2013 n=7538	1999–2003 n=9143	2005–2007 n=10314	2008–2010 n=8495	2011–2013 n=7538	1999–2003 n=9082	2005–2007 n=9301	2008–2010 n=8311	2011–2013 n=7538
Diphtérie	3	95	95	96	96	97	97	97	96	93	95	96	96
	4	84	85	89	89	92	94	95	94	90	93	94	95
	5	.	.	.	.	60	78	80	79	82	88	90	90
	6	.	.	.	.	.	.	.	.	51	63	67	68
Tétanos	3	96	96	96	97	97	97	98	97	93	95	97	97
	4	84	85	88	89	93	95	95	94	91	94	95	95
	5	.	.	.	.	60	78	80	80	82	88	90	90
	6	.	.	.	.	.	.	.	.	52	64	68	68
Coqueluche	3	93	94	95	96	89	94	95	95	84	85	88	91
	4	81	84	88	89	61	90	93	93	13	33	62	84
	5	.	.	.	.	19	71	78	78	.	.	26	66
Polio	3	95	94	96	96	97	97	97	96	93	95	96	96
	4	83	84	88	89	92	94	94	94	90	93	94	94
	5	.	.	.	.	60	75	78	78	81	85	86	89
Hib*	3	91	93	95	95	78	89	93	93	.	16	71	81
	4	79	83	87	89	27	74	87	88	.	.	10	47
Hépatite B	1	.	.	33	46	.	.	18	20	46	70	76	74
	2	.	.	32	45	.	.	17	28	41	65	70	68
	3	.	.	30	43	.	.	11	22	26	29	19	15
Rougeole	1	82	87	92	93	88	90	92	93	94	94	95	95
	2	.	71	83	86	37	75	85	90	54	76	85	89
Oreillons	1	81	86	91	93	87	89	91	92	93	94	94	94
	2	.	70	82	85	36	74	84	89	53	75	84	87
Rubéole	1	81	86	91	92	87	89	91	92	91	94	94	94
	2	.	70	82	85	36	74	84	89	50	75	83	87
HPV**	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	26	59
	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	24	54
	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	20	51

1999–2003 : JU pas de données pour les enfants de 8 et 16 ans.
 2005–2007 : NW n'a pas participé ; VD pas de données pour les enfants de 2 ans.
 2008–2010 : JU pas de données pour les enfants de 8 et 16 ans ; BE pas de données pour 6 doses de diphtérie et tétanos.
 2011–2013 : AI n'a pas participé ; GE pas de données pour les enfants de 8 et 16 ans.
 * Hib = Haemophilus influenzae de type B
 **HPV = Papillomavirus humain. Filles seulement. 2008–2010 : n=3727 ; 2011–2013 : n=4015.

plus élevée pour deux doses que pour trois, ce qui semblerait montrer que le schéma à deux doses est préféré à celui à trois doses. Toutefois, le taux de vaccination à lui seul ne donne d'indications ni sur le respect des intervalles, ni sur l'âge au mo-

ment de l'administration. Autrement dit : on ne sait pas si, chez les adolescents, il s'agit véritablement de schémas à deux doses avec un intervalle de temps correct (au moins quatre mois) ou plutôt de schémas à trois doses interrompus, avec un in-

tervalle plus court entre la première dose et la deuxième. L'augmentation de la couverture par la vaccination anti-VHB chez les enfants de 2 ans est une conséquence positive de l'introduction des vaccins hexavalents DTPa-IPV-Hib-HBV.

Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)

Le plan suisse de vaccination prévoit deux doses de ROR à l'âge de 12 mois puis entre 15 et 24 mois [3]. La couverture élevée avec la première dose chez les jeunes enfants – avec 93% sur le plan national et un maximum de 98% sur le plan cantonal – témoigne d'une bonne acceptation générale du vaccin. La couverture avec deux doses s'accroît régulièrement depuis le début de la SNVCS, en 1999. Elle a augmenté de trois à cinq points dans les trois classes d'âge depuis la dernière enquête. L'objectif visé, 95% avec deux doses chez les enfants de 2 ans, est déjà atteint dans le canton de Genève [4], ce qui montre qu'il est aussi à portée de main pour l'ensemble de la Suisse. Les cantons de Vaud, de Genève et de Fribourg ont atteint les 95% avec deux doses chez les enfants de 8 ans. Mais la flambée de rougeole survenue dans le canton de Genève en 2011 montre aussi que les effets positifs d'une couverture élevée chez les jeunes enfants sont décalés dans le temps, parce qu'il y a encore un grand nombre d'enfants plus âgés et d'adultes qui ne sont pas immunisés [5]. Pour combler ces lacunes vaccinales, l'OFSP recommande une vaccination de rattrapage chez les personnes nées après 1963 lorsqu'elles ne sont pas vaccinées ou le sont incomplètement. Cette vaccination est exemptée de la franchise jusqu'à fin 2015.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination contre le HPV est recommandée pour les adolescentes et les jeunes femmes depuis 2007, à l'origine avec un schéma à trois doses aux moments 0, 1 à 2 mois puis 6 mois. Depuis 2012, la recommandation prévoit un schéma à deux doses aux moments 0 et 6 mois (avec un intervalle minimum de quatre mois) pour les adolescentes qui commencent la vaccination avant leur 15^e anniversaire [3]. Durant la première période d'enquête après l'introduction de la vaccination (2008–2010), à peine une adolescente sur cinq, en moyenne nationale, était vaccinée avec trois doses contre le HPV, alors qu'elles étaient une sur deux en 2011–2013. Pour cette vaccination, un point

frappant est la grande différence entre cantons : durant la dernière période, la fourchette allait de 17% à 75% pour trois doses, ce qui signifie que moins d'une adolescente sur cinq était vaccinée dans le canton qui avait la couverture la plus basse, tandis que trois sur quatre l'étaient dans celui qui avait la couverture la plus élevée.

Méthodologie

La SNVCS utilise pour l'enquête systématique des méthodes bien établies. Trois points méritent cependant une explication.

Tout d'abord, même si le taux de retour (80%) est élevé pour ce type d'enquête facultative, la tendance est légèrement à la baisse. Cette évolution s'explique notamment par le fait que de moins en moins de numéros de téléphone sont enregistrés, d'où la difficulté à contacter les personnes n'ayant pas répondu aux deux lettres.

Deuxièmement, 20% des non-participants contactés par téléphone ont dit ne pas avoir de carnet de vaccination pour leur enfant. La constitution d'un carnet électronique sur mesvaccins.ch dès la première vaccination permettrait de remédier à cette ignorance du statut vaccinal.

Troisièmement, les cantons ne participent pas tous à l'ensemble des enquêtes triennales pour toutes les classes d'âge. Jusqu'ici, même si la participation à la SNVCS est conseillée par la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS), elle restait facultative. La base légale pour une enquête sur la couverture vaccinale sera modifiée par l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les épidémies qui, à partir de 2016, obligera tous les cantons à relever leurs données vaccinales.

CONCLUSION

Pour résumer, on peut dire qu'en Suisse, la couverture est restée stable ou a augmenté durant la période 2011–2013 par rapport aux périodes précédentes pour toutes les vaccinations de base recommandées. Des écarts plus ou moins importants subsistent toutefois entre les cantons pour toutes les vaccinations, d'une part à cause des diffé-

rentes attitudes régionales envers les vaccinations et les recommandations en général, d'autre part en raison de facteurs structurels qui influent sur l'accès à la vaccination. On constate, p. ex., que les taux de vaccination à 8 et 16 ans ont tendance à être plus élevés dans les cantons dotés de services de médecine scolaire, qui proposent dans ce cadre des vaccinations de rattrapage et les vaccinations recommandées pour les adolescents.

L'enquête 2014–2016 est en cours ; elle montrera comment l'évolution de la couverture vaccinale se poursuit. Les données ont déjà été relevées pour neuf cantons en 2014, et l'enquête est prévue dans six cantons en 2015.

Nous vous remercions tous ici pour votre soutien et votre participation.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Bibliographie:

- Lang P, Pillar U, Steffen R, Hatz C. (2010). Couverture vaccinale en Suisse 2005–2007. Bull BAG 11 ; 367–77.
- Lang P, Pillar U, Steffen R. (2007). Couverture vaccinale en Suisse 2005. Bull BAG 8 ; 148–53.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2015. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2015 : 1–42.
- Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale d'élimination de la rougeole 2011–2015. Février. 2012. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01087/index.html?lang=de>
- Delaporte E, Wyler Lazarevic CA, Iten A, Sudre P. (2013). Large measles outbreak in Geneva, Switzerland, January to August 2011 : descriptive epidemiology and demonstration of quarantine effectiveness. Euro Surveill 18(6) ; 20395.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait analyser l'utilisation médicale du cannabis. Cette substance déploie des effets positifs, en particulier dans la lutte contre les douleurs chroniques ou liées à un cancer et les spasmes causés par la sclérose en plaque. Ces résultats seront désormais pris en compte lors de l'octroi d'autorisations exceptionnelles.

La consommation de cannabis est interdite en Suisse. Cependant, l'OFSP peut accorder des autorisations exceptionnelles pour des utilisations médicales limitées. Afin de mieux cibler encore ces autorisations, l'office a commandé une étude systématique des effets positifs et négatifs de cette substance lorsqu'elle est utilisée à des fins médicales.

Cette méta-analyse, qui comprend aussi un volet statistique, porte sur 79 essais cliniques effectués avec plus de 6000 sujets. Elle arrive à la conclusion que la consommation de cannabis atténue certains symptômes, mais les statistiques ne confirment pas toutes les indications étudiées. L'effet positif est bien étayé pour les neuropathies chroniques, les douleurs liées à un cancer, les spasmes provoqués par la sclérose en plaque, la nausée causée par la chimiothérapie, la perte de poids chez les sidéens, les troubles du sommeil et le syndrome de Gilles de la Tourette. Par contre, le cannabis déploie le moins d'effet sur les symptômes d'anxiété. Les effets secondaires constatés à court terme étaient, par exemple, la sécheresse buccale, la fatigue, la nausée et la somnolence.

Les résultats de cette étude montrent que le cannabis renferme un potentiel thérapeutique prometteur dans l'ensemble. L'OFSP en tiendra désormais compte lors de l'octroi d'autorisations exceptionnelles. ■

Renseignements :

- OFSP, service de presse, tél. 058 462 95 05 ou media@bag.admin.ch
- Journal of the American Medical Association : jama.jamanetwork.com/journal.aspx

Applicazione medica della canapa

Uno studio finanziato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha analizzato l'applicazione medica della canapa, che dà buoni esiti se applicata contro dolori cronici o di natura tumorale. Effetti positivi si hanno anche in caso di crampi causati dalla sclerosi multipla. I risultati verranno considerati nell'ambito del rilascio delle autorizzazioni eccezionali future.

In Svizzera il consumo di canapa è vietato. Tuttavia l'UFSP può rilasciare autorizzazioni eccezionali per applicazioni mediche limitate. Affinché il rilascio di queste autorizzazioni eccezionali sia più mirato, l'UFSP ha commissionato un monitoraggio sistematico degli effetti positivi ma anche di quelli negativi dell'applicazione medica della canapa.

Per questo metastudio sono stati esaminati e analizzati in chiave statistica complessivamente 79 studi clinici riferiti a più di 6000 pazienti. Lo studio giunge alla conclusione che l'assunzione della canapa comporta un alleviamento dei sintomi, ma il suo effetto non può essere dimostrato statisticamente per tutte le indicazioni esaminate. Buoni riscontri dell'efficacia della canapa si hanno nell'ambito del trattamento di nevralgie croniche o di dolori di origine tumorale, come anche di crampi muscolari dovuti a sclerosi multipla. Effetti positivi si sono manifestati anche in caso di nausea dopo una chemioterapia, di perdita di peso tra i malati di Aids, di disturbi del sonno o di sindrome di Tourette. Gli effetti meno efficaci si sono avuti per i sintomi di ansia.

Tra gli effetti collaterali a breve termine riscontrati vi sono secchezza della bocca, stanchezza, nausea o sonnolenza.

I risultati degli studi offrono un quadro complessivamente promettente del potenziale terapeutico della canapa e in futuro saranno presi in considerazione nell'ambito del rilascio delle relative autorizzazioni eccezionali. ■

Per ulteriori informazioni:

- UFSP, Servizio stampa,
tel. 058 462 95 05
oppure media@bag.admin.ch
- Journal of the American Medical Association : jama.jamanetwork.com/journal.aspx

Berna, 23.06.2015

Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Berne	–	4597587

Swissmedic
Division stupéfiants

Campagne de communication
SmokeFree

Programmes nationaux de prévention



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'OFSP, des cantons et des ONG,
financée par le fonds de prévention du tabagisme.

**JULIE ARRÊTE DE FUMER.
VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ LE FAIRE.**
La ligne stop-tabac vous aide à arrêter :
0848 000 181*

* 8 ct./min. depuis une ligne fixe



Je suis plus forte.

**S M O K E
FREE**

smokefree.ch

P.P. A

CH-3003 Berne
Post CH AG

Indiquer les changements
d'adresse :

Bulletin de l'OFSP
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

Bulletin 28/15