



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 29 janvier 2018

OFSP-Bulletin

Semaine

5/2018

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

anresis.ch : Déclarations de micro-organismes
multirésistants en Suisse, p. 10

Maladies invasives à méningocoques 2007–2016, p. 12

Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
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

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	10
Maladies invasives à méningocoques 2007–2016	12
Vol d'ordonnances	22

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 3^e semaine (23.01.2018)^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 de Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris 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/rapport-grippe.

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e La déclaration obligatoire d'infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2016.

^f Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 3^e semaine (23.01.2018)^a

	Semaine 3			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	5 3.10	1 0.60	3 1.80	17 2.60	10 1.50	12 1.80	120 1.40	113 1.30	102 1.20	14 2.90	6 1.20	10 2.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b	925 568.70	934 574.30	70 43.00	4428 680.60	4851 745.70	241 37.00	8917 105.40	8932 105.60	5505 65.10	3643 746.60	3838 786.60	217 44.50
Légionellose	12 7.40	7 4.30	3 1.80	44 6.80	20 3.10	26 4.00	499 5.90	365 4.30	392 4.60	28 5.70	19 3.90	19 3.90
Méningocoques: maladie invasive	3 1.80	3 1.80	2 1.20	8 1.20	12 1.80	8 1.20	50 0.60	53 0.60	48 0.60	7 1.40	11 2.20	8 1.60
Pneumocoques: maladie invasive	19 11.70	30 18.40	13 8.00	164 25.20	160 24.60	111 17.10	964 11.40	885 10.50	873 10.30	138 28.30	121 24.80	75 15.40
Rougeole	2 1.20	1 0.60	1 0.60	2 0.30	5 0.80	1 0.20	103 1.20	68 0.80	34 0.40	2 0.40	4 0.80	1 0.20
Rubéole ^c									2 0.02			
Rubéole, materno-fœtale ^d												
Tuberculose	3 1.80	20 12.30	1 0.60	19 2.90	42 6.50	31 4.80	514 6.10	625 7.40	521 6.20	14 2.90	34 7.00	21 4.30
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	102 62.70	95 58.40	139 85.50	518 79.60	584 89.80	1008 154.90	6839 80.90	7444 88.00	7047 83.30	421 86.30	447 91.60	767 157.20
Hépatite A	2 1.20	2 1.20		8 1.20	9 1.40	5 0.80	111 1.30	47 0.60	45 0.50	5 1.00	9 1.80	3 0.60
Hépatite E												
Infection à E. coli entérohémorragique	24 14.80	10 6.20	9 5.50	56 8.60	29 4.50	26 4.00	721 8.50	474 5.60	311 3.70	47 9.60	24 4.90	21 4.30
Listériose	2 1.20		1 0.60	6 0.90	2 0.30	5 0.80	50 0.60	48 0.60	48 0.60	5 1.00	1 0.20	5 1.00
Salmonellose, S. typhi/ paratyphi	2 1.20			3 0.50			25 0.30	23 0.30	16 0.20	3 0.60		
Salmonellose, autres	22 13.50	21 12.90	19 11.70	103 15.80	91 14.00	76 11.70	1837 21.70	1520 18.00	1370 16.20	81 16.60	76 15.60	63 12.90
Shigellose	3 1.80	2 1.20	9 5.50	7 1.10	5 0.80	23 3.50	145 1.70	161 1.90	198 2.30	5 1.00	4 0.80	22 4.50

	Semaine 3			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	200 123.00	251 154.30	232 142.60	646 99.30	766 117.70	738 113.40	10981 129.80	10984 129.90	10251 121.20	499 102.30	622 127.50	624 127.90
Gonorrhée	56 34.40	52 32.00	58 35.70	231 35.50	189 29.00	197 30.30	2459 29.10	2395 28.30	1983 23.40	184 37.70	145 29.70	164 33.60
Hépatite B, aiguë				2 0.30	4 0.60	2 0.30	28 0.30	43 0.50	31 0.40		1 0.20	2 0.40
Hépatite B, total déclarations	13	27	42	97	94	133	1217	1422	1418	80	70	101
Hépatite C, aiguë		2 1.20	2 1.20		9 1.40	4 0.60	29 0.30	47 0.60	54 0.60		7 1.40	3 0.60
Hépatite C, total déclarations	9	32	45	76	99	145	1400	1467	1467	54	67	117
Infection à VIH		10 6.20	29 17.80	15 2.30	36 5.50	41 6.30	458 5.40	527 6.20	544 6.40	8 1.60	21 4.30	40 8.20
Sida		2 1.20	1 0.60		7 1.10	3 0.50	74 0.90	74 0.90	82 1.00		7 1.40	3 0.60
Syphilis	28 17.20	22 13.50	26 16.00	129 19.80	84 12.90	83 12.80	1262 14.90	1047 12.40	1051 12.40	100 20.50	64 13.10	70 14.40
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.60			2 0.30		8 0.09	9 0.10	1 0.01		2 0.40	
Chikungunya	1 0.60			1 0.20		2 0.30	19 0.20	31 0.40	39 0.50	1 0.20		2 0.40
Dengue	1 0.60	3 1.80	7 4.30	5 0.80	10 1.50	22 3.40	148 1.80	189 2.20	207 2.40	5 1.00	8 1.60	20 4.10
Encéphalite à tiques			1 0.60	5 0.80	1 0.20	1 0.20	277 3.30	201 2.40	122 1.40	4 0.80		1 0.20
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 0.60	1 0.60		4 0.60	1 0.20	3 0.50	41 0.50	47 0.60	39 0.50	3 0.60	1 0.20	2 0.40
Infection à Hantavirus							1 0.01	3 0.04	2 0.02			
Infection à virus Zika ^e			1 0.60	1 0.20	2 0.30	1 0.20	15 0.20	54 0.60	1 0.01		1 0.20	1 0.20
Paludisme	5 3.10	6 3.70	13 8.00	28 4.30	18 2.80	31 4.80	350 4.10	311 3.70	425 5.00	24 4.90	18 3.70	22 4.50
Trichinellose							1 0.01		2 0.02			
Tularémie		1 0.60		2 0.30	4 0.60	3 0.50	125 1.50	60 0.70	49 0.60	1 0.20	4 0.80	1 0.20
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	2 0.02	2 0.02			
Diphthérie ^f							2 0.02	6 0.07	10 0.10			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					2 0.30	1 0.20	15 0.20	15 0.20	17 0.20		2 0.40	1 0.20
Tétanos									1 0.01			

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 19.1.2018 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	52		1		2		3		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Suspicion d'influenza	243	47.0	357	60.4	558	42.5	406	35.8	391	46.4
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Coqueluche	2	0.4	1	0.2	6	0.5	7	0.6	4	0.4
Piqûre de tiques	1	0.2	0	0	1	0.1	1	0.1	0.8	0.1
Borréliose de Lyme	2	0.4	0	0	4	0.3	1	0.1	1.8	0.2
Herpès Zoster	5	1.0	6	1.0	14	1.1	10	0.9	8.8	1.0
Néuralgie post-zostérienne	1	0.2	2	0.3	1	0.1	0	0	1	0.2
Médecins déclarants	103		109		148		132		123	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Sous nos latitudes, les affections grippales surviennent de façon saisonnière. Jusqu'à présent, une vague de grippe est observée chaque hiver. D'une année à l'autre, l'intensité, la durée, les souches virales et les répercussions sur la population varient. Afin d'informer la population et les médecins en temps voulu de la vague de la grippe et de la couverture de la grippe par le vaccin, l'OFSP publie d'octobre à avril un rapport hebdomadaire avec une évaluation des risques si nécessaire.

Le pic de la vague de la grippe 2017/18 a été atteint en semaine 2/2017, avec une incidence de 351 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. L'incidence est descendante, à un niveau élevé.

Semaine 3/2018

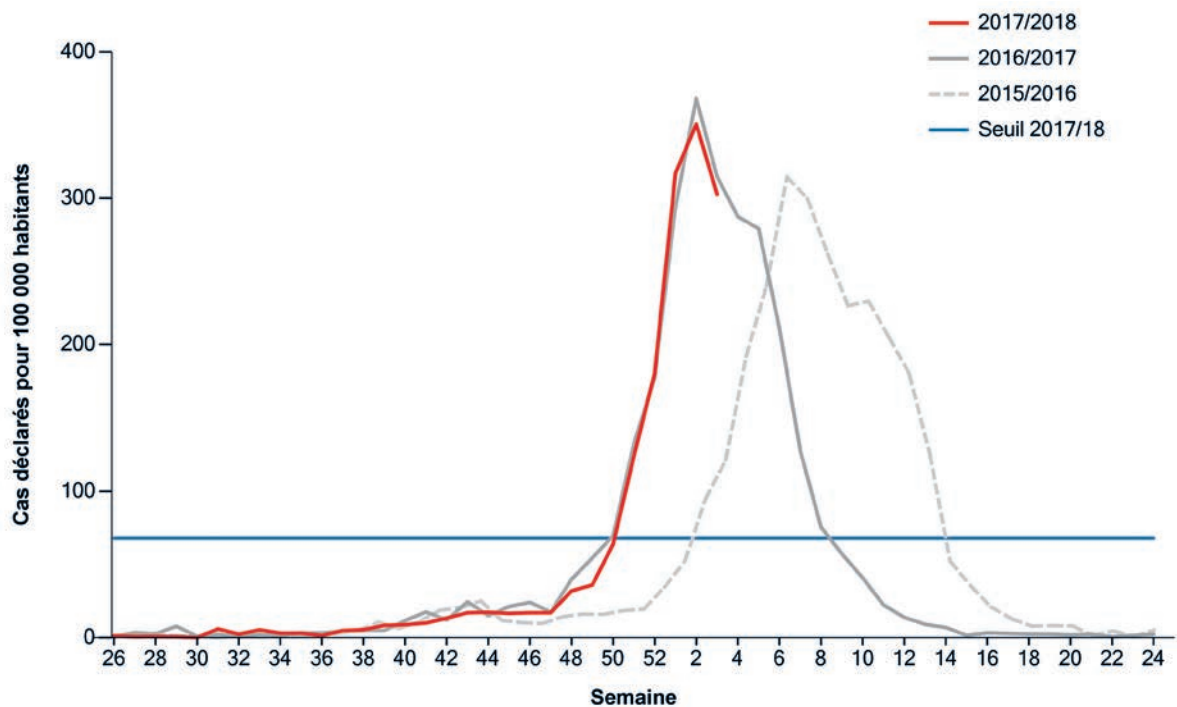
La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement largement répandue. Durant la semaine 3/2018, 132 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 35,8 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à

une incidence de 303 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Le seuil épidémique saisonnier de 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants a été dépassé en semaine 51/2017 (Figure 1).

L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans, avec une tendance à la hausse dans les classes d'âge des 0 à 14 ans et à la baisse dans les classes d'âge des 15 à 29 ans et des 65 ans et plus (Tableau 1).

Figure 1
Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants



La propagation de la grippe était largement répandue dans toutes les régions, avec une tendance à la baisse dans les régions 1 (GE, NE, VD, VS) et 2 (BE, FR, JU), et à la hausse dans la région 3 (AG, BL, BS, SO) (Figure 2, Encadré).

Une vague grippale peut parfois causer dans la population une mortalité plus élevée que d'habitude pendant les mois d'hiver. Cet « excès de mortalité » a été brièvement observé pendant la semaine 51/2017 dans la classe d'âge des 65 ans et plus [1].

Parmi les 54 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella durant la semaine 3/2018, le Centre

National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence des virus Influenza B dans 27 échantillons et des virus Influenza A dans 8 échantillons.

Tableau 2:
Virus Influenza circulant en Suisse

Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées, et couverture par les vaccins 2017/18

	Semaine 3/2018	Semaines cumulées 2017-18	
	Fréquence des virus	Fréquence des virus	Couverture par les vaccins
Echantillons positifs	35 de 54 (65%)	338 de 626 (54%)	14% 91%
B Victoria	6%	1%	0% 0%
B Yamagata	37%	77%	0% 100%
B non sous-typé	34%	6%	
A(H3N2)	0%	4%	100% 100%
A(H1N1)pdm09	3%	10%	100% 100%
A non sous-typé	20%	2%	

▲ Couvert par le vaccin trivalent 2017/18

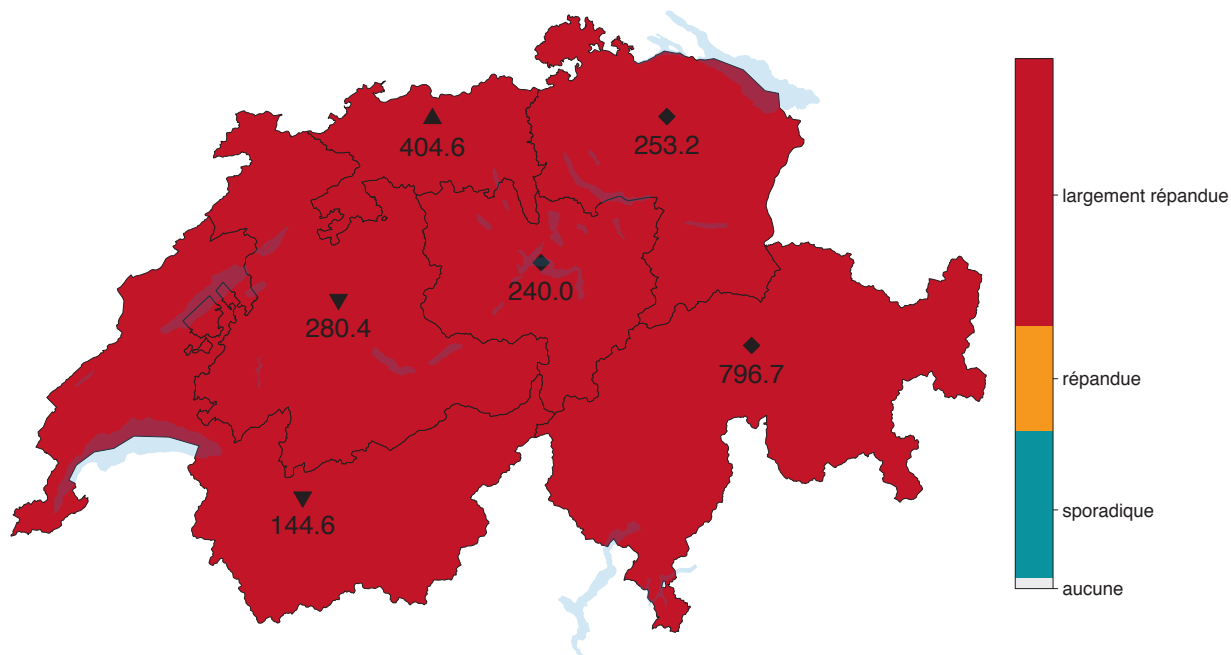
■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2017/18

Tableau 1:
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 3/2018

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	546	ascendante
5-14 ans	358	ascendante
15-29 ans	252	descendante
30-64 ans	322	constante
≥65 ans	156	descendante
Suisse	303	descendante

Figure 2

Incidence des consultations pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 3/2018



Région 1 (GE, NE, VD, VS), Région 2 (BE, FR, JU), Région 3 (AG, BL, BS, SO), Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Région 6 (GR, TI). Gris: aucune propagation, bleu: propagation sporadique, violet: propagation répandue, rouge: propagation largement répandue. Tendence: ▲ ascendante ▼ descendante ◆ constante

Depuis le début de la saison de la grippe, le CNRI a mis en évidence par inhibition de l'hémagglutination les virus suivants dans des échantillons Sentinella :

Influenza A(H3N2)
– A/California/7/2009
– A/Michigan/45/2015

Influenza B-Victoria
– B/Norway/2409/17

Influenza A(H1N1)pdm09
– A/Hong Kong/4801/2014
– A/Switzerland/9715293/2013
– A/Slovenia/3188/2015
– A/Singapore/INFIMH-016-19/2016

Influenza B-Yamagata
– B/Novosibirsk/1/2012
– B/Puket/3073/2013
– B/Wisconsin/1/2010

Tous les virus Influenza A des sous-types H3N2 et H1N1pdm09 détectés étaient couverts par les vaccins 2017/18. Les virus Influenza B du lignage Yamagata étaient couverts par les vaccins quadrivalents 2017/18 mais pas par les vaccins trivalents. Le seul exemplaire détecté à ce jour en Suisse d'un virus Influenza B du lignage Victoria (B/Norway/2409/17) n'est couvert par aucun vaccin 2017/18.

Situation internationale

En Europe, on a généralement observé durant les dernières semaines une activité grippale moyenne, [2]. Le pic de la vague est proche ou en train d'être dépassé dans la plupart des pays. En Asie et Amérique du Nord, l'activité grippale était élevée [2–7].

En Europe et Asie, les virus appartenait principalement au lignage Influenza B Yamagata et aux sous-types Influenza

La surveillance sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

- sur les déclarations hebdomadaires des affections grippales transmises par les médecins Sentinella ;
- sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève ;
- sur tous les sous-types d'Influenza soumis à la déclaration obligatoire, confirmés par les laboratoires.

Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Elle est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella !

A(H3N2) et A(H1N1)pdm09, avec une répartition géographique complexe [2, 5–7]. La majorité des virus détectés en Amérique du Nord appartenait au sous-type Influenza A(H3N2) [3, 4].

GLOSSAIRE

- Incidence :** Nombre de consultations pour affections grippales pour 100 000 habitants par semaine.
- Intensité :** Comparaison de l'incidence actuelle avec l'incidence historique. L'intensité est fournie seulement pendant l'épidémie. Elle se subdivise en quatre catégories : basse, moyenne, élevée et très élevée.
- Propagation :** La propagation se base :
- sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et
 - sur la mise en évidence de virus Influenza au CNRI dans les échantillons prélevés par les médecins Sentinella.
- Elle est classée dans les catégories suivantes : aucune, sporadique, répandue, largement répandue.
- Seuil épidémique :** Niveau de l'incidence à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique. Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2017/18.
- Tendance :** Comparaison du niveau d'intensité de la semaine actuelle à celui des deux semaines précédentes. La tendance n'est fournie qu'après le dépassement du seuil épidémique et se subdivise en trois catégories : ascendante, descendante et constante.

Références

1. Office fédéral de la statistique: Mortalité, causes de décès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html> (accessed on 23.01.2018)
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 23.01.2018).
3. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 23.01.2018).
4. Canada Rappports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiens-ensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 23.01.2018).
5. WHO Influenza update – 307 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 23.01.2018).
6. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 23.01.2018).
7. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 23.01.2018).

Mesures de prévention et d'hygiène essentielles

Tant les personnes en bonne santé que les personnes atteintes de la grippe devraient suivre ces mesures de prévention et ces règles d'hygiène, qui permettent de réduire à la fois le risque de transmission et le risque d'infection.



Lavez-vous les mains

Lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon plusieurs fois par jour.



Toussez et éternuez dans le creux du coude

Si vous n'avez pas de mouchoir en papier sur vous, tousez et éternuez dans le creux du coude. Ce geste est plus hygiénique que de mettre la main devant la bouche. Si vous deviez toutefois utiliser les mains, lavez-les soigneusement avec de l'eau et du savon le plus rapidement possible.



Toussez et éternuez dans un mouchoir en papier

Placez un mouchoir en papier devant la bouche et le nez pour tousser et éternuer. Après usage, jetez les mouchoirs en papier dans une poubelle et lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon.



Restez à la maison

Si vous souffrez de symptômes grippaux, restez impérativement à la maison. Vous éviterez ainsi la propagation de la maladie. Restez à la maison jusqu'à la guérison complète de votre grippe. Attendez au moins un jour après la disparition de la fièvre avant de retourner à vos occupations habituelles.

www.anresis.ch :

Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse

FQR-E. coli Escherichia coli résistants aux fluoroquinolones, définis comme tous les E. coli de sensibilité intermédiaire ou résistants à la norfloxacine et/ou à la ciprofloxacine.

ESCR-E. coli Escherichia coli résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme E. coli de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe, 85–100 % de ces ESCR-E. coli sont productrices de BLSE (β -Lactamases à Spectre Étendu).

ESCR-KP Klebsiella pneumoniae résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme K. pneumoniae de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe 85–100 % de ces ESCR-KP sont productrices de BLSE.

MRSA Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline, définis comme tous les S. aureus de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins l'un des antibiotiques céfoxitine, flucloxacilline, méthicilline ou oxacilline.

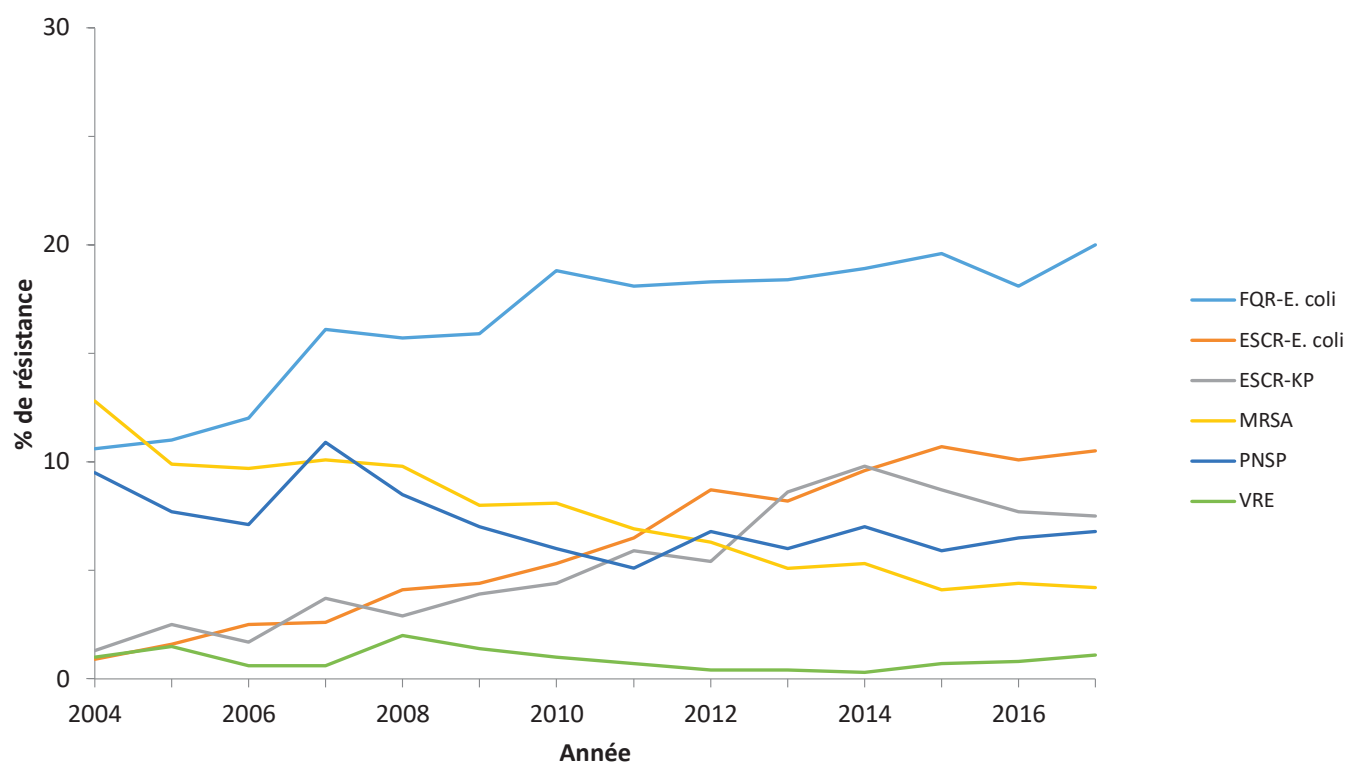
PNSP Streptococcus pneumoniae résistants à la pénicilline, définis comme tous les S. pneumoniae de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline.

VRE Entérocoques résistants à la vancomycine, définis comme les entérocoques de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique vancomycine. Eu égard à la résistance intrinsèque de E. gallinarum, E. flavescens et E. casseliflavus à la vancomycine, seuls E. faecalis et E. faecium ont été pris en compte. Les entérocoques non spécifiés ont été exclus de l'analyse.

Anresis:

Situation : **enquête anresis.ch** du 15.1.2018

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2004–2017



Année		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FQR-E. coli	%	10.6	11.0	12.0	16.1	15.7	15.9	18.8	18.1	18.3	18.4	18.9	19.6	18.1	20.0
	n	1353	1534	2086	2287	2722	3142	3393	3528	3713	4109	4669	5119	5047	4449
ESCR-E. coli	%	0.9	1.6	2.5	2.6	4.1	4.4	5.3	6.5	8.7	8.2	9.6	10.7	10.1	10.5
	n	1420	1622	2167	2359	2804	3258	3528	3695	3712	4102	4677	5146	5069	4473
ESCR-KP	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.6	9.8	8.7	7.7	7.5
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	871	949	999	786
MRSA	%	12.8	9.9	9.7	10.1	9.8	8.0	8.1	6.9	6.3	5.1	5.3	4.1	4.4	4.2
	n	758	840	1063	1120	1220	1393	1413	1464	1383	1477	1712	1823	1792	1657
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.8	6.0	7.0	5.9	6.5	6.8
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	540	649	611	590
VRE	%	1.0	1.5	0.6	0.6	2.0	1.4	1.0	0.7	0.4	0.4	0.3	0.7	0.8	1.1
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1134	1012	875

Explications

Le tableau et le graphique prennent en compte tous les isolats provenant de cultures d'échantillons de sang et de liquide céphalorachidien enregistrés dans la base de données à la date spécifiée et qui ont été testés pour les substances citées. Les résultats envoyés par les laboratoires sont intégrés tels quels et les données analysées. anresis.ch ne procède à aucun test de validation de résistance sur les isolats individuels.

La quantité de données envoyée est relativement constante depuis 2009. De légères distorsions dues à des retards de transmission ou à des changements dans l'organisation des laboratoires sont cependant possibles, notamment en ce qui concerne les données les plus récentes. A cause de ces distorsions, la prudence est de mise lors de l'interprétation des chiffres absolus; ces données ne permettent pas une extrapolation à l'échelle nationale.

Seul l'isolat initial a été pris en compte lors de doublons (même germe chez le même patient dans la même année de déclaration). Les examens de dépistage et les tests de confirmation provenant de laboratoires de référence ont été exclus. Les données de résistance sont utilisées pour la surveillance épidémiologique de résistances spécifiques, mais sont trop peu différenciées pour orienter le choix d'un traitement.

Contact

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

Renseignements complémentaires

Des données de résistance supplémentaires concernant les principaux micro-organismes sont disponibles sur le site www.anresis.ch.

Maladies invasives à méningocoques 2007–2016

Le nombre annuel de maladies invasives à méningocoques a diminué ces dix dernières années en Suisse et dans la principauté de Lichtenstein, en particulier dans le groupe d'âge des 1 à 4 ans et dans celui des 10 à 19 ans. Ce recul peut s'expliquer soit par des fluctuations naturelles, soit par la vaccination contre les méningocoques C ou les méningocoques ACWY. La vaccination par le vaccin monovalent C est recommandée depuis 2006, pour tous les enfants de 1 à 4 ans et pour les adolescents de 11 à 19 ans; celle par le vaccin tétravalent ACWY depuis 2011, pour toutes les personnes à risque accru de maladie ou d'exposition à partir de l'âge de 1 an.

De 2007 à 2016, la moitié des maladies invasives à méningocoques étaient dues au séro-groupe B et un quart au séro-groupe C. L'incidence des maladies dues aux méningocoques appartenant à ces deux sérogroupes a baissé durant la décennie écoulée, tandis que l'incidence et la proportion des maladies invasives dues aux méningocoques W135 ont augmenté depuis 2014.

La maladie invasive à méningocoques (MIM) est une maladie rare, d'évolution généralement rapide, qui se présente le plus souvent sous forme de méningite ou de septicémie, et qui est associée à une létalité élevée malgré les possibilités thérapeutiques. Elle touche surtout les jeunes enfants et les adolescents.

La MIM peut se manifester de manière endémique ou épidémique. Elle est causée par différentes souches de *Neisseria meningitidis* (méningocoques).

Le présent rapport se fonde sur les informations transmises par les médecins et les laboratoires à l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la déclaration obligatoire. Il s'appuie également sur les données du Centre National de Référence des Méningocoques à Genève. Le centre de référence caractérise les méningocoques isolés envoyés par les laboratoires qui ont posé le diagnostic primaire.

DÉCLARATIONS ET CAS

De 2007 à 2016, les déclarations reçues ont concerné 695 suspicions de maladies à méningocoques. Sur ce nombre, 555 cas ont été classés comme certains ou probables (voir encadré).

L'analyse ci-après n'a retenu parmi ceux-ci que les 541 cas concernant des personnes domiciliées en Suisse (539 cas) ou dans la principauté de Liechtenstein (2 cas).

SAISONNALITÉ

Les MIM surviennent principalement durant les mois d'hiver : chaque année de la décennie écoulée, la majorité des cas (40 %) sont enregistrés entre janvier et mars. Sur l'ensemble de la période, le maximum a été observé en février (7,8 cas en moyenne). Un lien entre grippe et MIM est admis [1].

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

De 2007 à 2016, entre 38 et 73 cas de MIM ont été enregistrés chaque année, ce qui correspond à une incidence comprise entre 0,5 et 0,9 MIM pour 100 000 habitants.

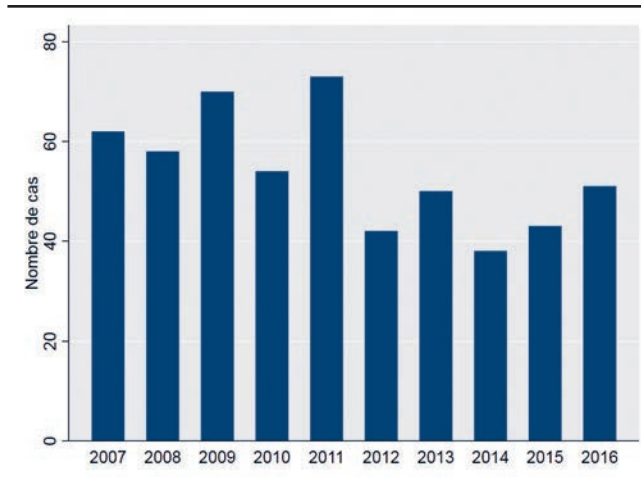
Globalement, le nombre annuel de cas et l'incidence correspondante ont baissé durant cette période (figure 1, tableau 1) : l'incidence moyenne durant la période quinquennale 2012–2016 était nettement plus faible que celle des cinq années précédentes (–0,3 MIM pour 100 000 habitants ; –33 %).

L'incidence a également baissé en Allemagne et en France au même moment pour atteindre 0,4 MIM pour 100 000 habitants en Allemagne en 2015 et 0,8 MIM pour 100 000 habitants en France en 2016 [2, 3]. L'incidence se situait donc dans la même fourchette en Suisse que dans les pays limitrophes.

Comparaison de l'incidence par sexe

Pendant la décennie sous revue, les hommes ont contracté la maladie 1,1 fois plus souvent que les femmes. La différence

Figure 1:
Nombre de cas de MIM par année, 2007–2016



était la plus nette dans le groupe d'âge des moins de 1 an, dans celui des 5 à 9 ans et dans celui des 20 à 24 ans (respectivement 1,3, 1,4 et 1,3 fois plus souvent).

Nombre de cas et incidence en fonction de l'âge

Le taux d'incidence annuel était le plus élevé chez les moins de 1 an, suivis des 1 à 4 ans et des 15 à 19 ans (tableau 1). Parmi les enfants de moins de 1 an, plus de la moitié (55 %) a contracté la maladie avant 6 mois, un âge auquel la vaccination ne peut pas encore être complète. Durant la période considérée, le taux d'incidence a eu tendance à diminuer dans presque tous les groupes d'âge (figure 2), mais surtout dans celui des 1 à 4 ans. Dans ce dernier groupe, l'incidence moyenne durant la période quinquennale 2012–2016 était inférieure de 2,1 MIM pour 100 000 habitants à celle des cinq années précédentes (–66 %). Le taux présentait également une baisse significative dans les groupes d'âge des 10 à 19 ans : cette baisse était de 1,0 MIM pour 100 000 habitants (–74 %) chez les 10 à 14 ans et de 1,6 MIM pour 100 000 habitants (–56 %) chez les 15 à 19 ans. L'évolution est similaire en ce qui concerne le nombre de cas (tableau 1).

Le recul peut s'expliquer soit par des fluctuations naturelles, soit par la vaccination contre les méningocoques C ou les méningocoques ACWY. La vaccination contre les méningocoques C est recommandée depuis 2006, chez les enfants de 1 à 4 ans et chez les adolescents de 11 à 19 ans ; celle contre les méningo-

Figure 2:
Incidence des MIM en fonction de l'âge, 1988–2016

Incidence annuelle (cas pour 100 000 habitants) par groupe d'âge, 1988–2016 (état de la population résidente permanente au 31 décembre de l'année précédente)

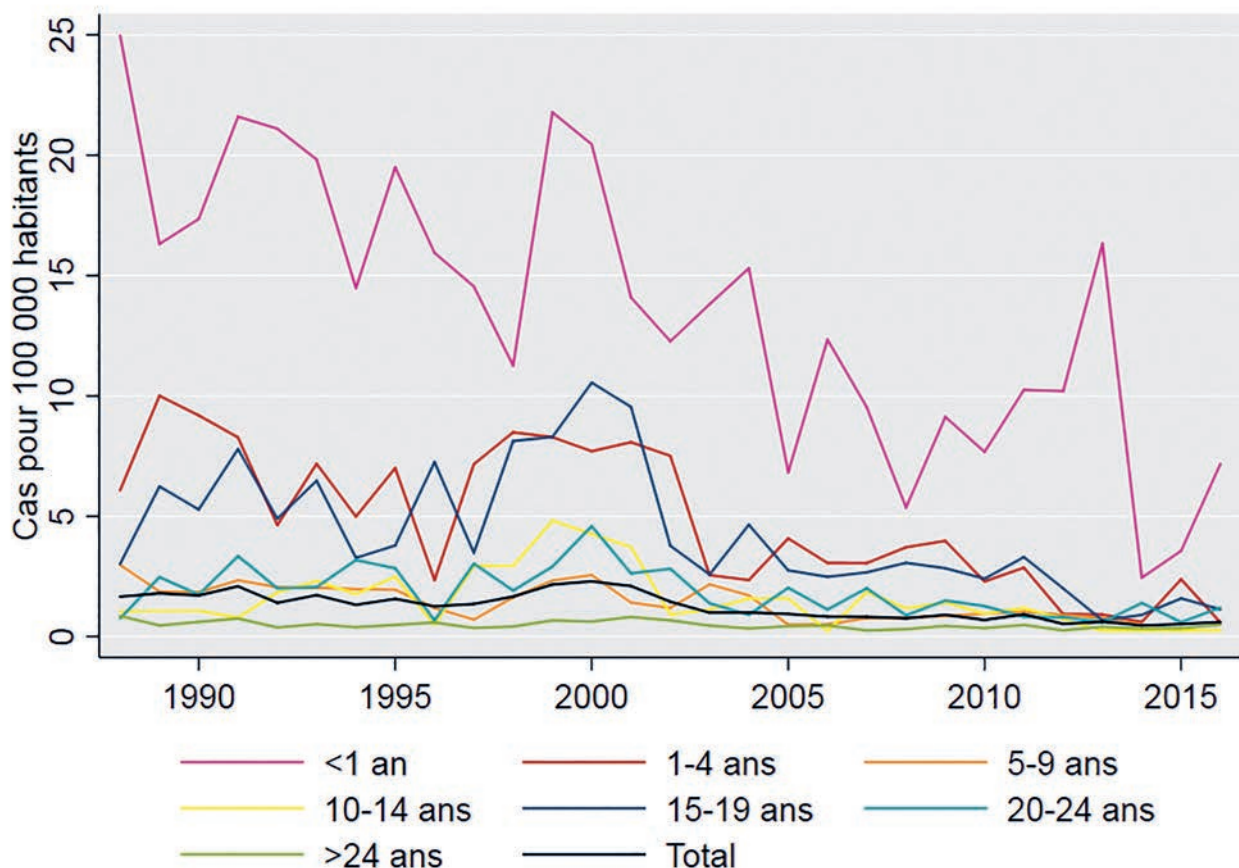


Tableau 1 :

Nombre de cas de MIM en fonction de l'âge et incidence correspondante, 2007–2016

Nombre de cas et incidence annuelle (cas pour 100 000 habitants) par groupe d'âge, 2007–2016 (état de la population résidente permanente au 31 décembre de l'année précédente)

Nombre de cas	Groupe d'âge							Total
	Année	< 1 an	1–4 ans	5–9 ans	10–14 ans	15–19 ans	20–24 ans	
2007	7	9	3	8	12	9	14	62
2008	4	11	3	5	14	4	17	58
2009	7	12	0	6	13	7	25	70
2010	6	7	0	4	11	6	20	54
2011	8	9	4	5	15	4	28	73
2012	8	3	0	3	9	4	15	42
2013	13	3	3	1	3	3	24	50
2014	2	2	2	1	4	7	20	38
2015	3	8	0	1	7	3	21	43
2016	6	2	0	1	5	6	31	51
Moyenne 2007–2011	6,4	9,6	2,0	5,6	13,0	6,0	20,8	63,4
Moyenne 2012–2016	6,4	3,6	1,0	1,4	5,6	4,6	22,2	44,8

Incidence	Groupe d'âge							Total
	Année	< 1 an	1–4 ans	5–9 ans	10–14 ans	15–19 ans	20–24 ans	
2007	9,5	3,1	0,8	1,9	2,7	2,0	0,3	0,8
2008	5,4	3,7	0,8	1,2	3,1	0,9	0,3	0,8
2009	9,1	4,0	0,0	1,4	2,8	1,5	0,4	0,9
2010	7,7	2,3	0,0	1,0	2,4	1,3	0,4	0,7
2011	10,3	2,9	1,0	1,2	3,3	0,8	0,5	0,9
2012	10,2	0,9	0,0	0,7	2,0	0,8	0,3	0,5
2013	16,3	0,9	0,8	0,2	0,7	0,6	0,4	0,6
2014	2,4	0,6	0,5	0,2	0,9	1,4	0,3	0,5
2015	3,6	2,4	0,0	0,2	1,6	0,6	0,3	0,5
2016	7,2	0,6	0,0	0,2	1,1	1,2	0,5	0,6
Moyenne 2007–2011	8,4	3,2	0,5	1,3	2,9	1,3	0,4	0,8
Moyenne 2012–2016	7,9	1,1	0,3	0,3	1,3	0,9	0,4	0,5

coques ACWY depuis 2011, chez toutes les personnes à risque accru de maladie ou d'exposition à partir de l'âge de 1 an [4].

En Allemagne et en France, les groupes les plus touchés étaient les mêmes qu'en Suisse (nourrissons et jeunes de 15 à 19 ans, respectivement 18 à 20 ans); l'incidence des MIM en fonction de l'âge était légèrement plus élevée en France et légèrement plus basse en Allemagne qu'en Suisse, y compris la principauté de Liechtenstein [2, 5].

Comme l'incidence a baissé plus fortement chez les enfants que chez les adultes, l'âge médian des cas a augmenté dans le même temps: il était de 17 ans pendant la période 2007–2011 et de 24 ans en 2012–2016; il a atteint un maximum en 2016, avec 33,5 ans.

NOMBRE DE MIM À ÉVOLUTION FATALE ET LÉTALITÉ

Pendant la décennie 2007–2016, au moins¹ 3,9 malades par an en moyenne (fourchette: 0–7) sont décédés d'une MIM, soit un taux de létalité de 7%. Celui-ci était nettement plus élevé chez les moins de 1 an (16%), tandis qu'aucune MIM n'a eu une évolution fatale dans le groupe d'âge des 5 à 9 ans et dans celui des 20 à 24 ans (tableau 2).

MANIFESTATION ET FACTEURS DE RISQUE

Presque toutes les personnes atteintes de MIM durant la période 2007–2016 ont été hospitalisées (environ 95%). Parmi

¹ Il est possible que les informations relatives aux décès soient incomplètes, car l'OFSP n'en a pas connaissance si ceux-ci surviennent après la déclaration des MIM.

Tableau 2:

Nombre de décès dus à une MIM en fonction de l'âge et taux de létalité correspondant, 2007–2016

Nombre de cas à évolution fatale (décès) et taux de létalité (nombre de décès rapportés aux cas de MIM) par groupe d'âge, 2007–2016

Nombre de décès	Groupe d'âge							Total
	Année	<1 an	1–4 ans	5–9 ans	10–14 ans	15–19 ans	20–24 ans	
2007	1	0	0	1	0	0	3	5
2008	1	0	0	0	2	0	2	5
2009	1	1	0	2	0	0	2	6
2010	0	0	0	0	4	0	0	4
2011	0	0	0	0	1	0	4	5
2012	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	1	0	0	0	0	0	1	2
2014	1	0	0	0	0	0	0	1
2015	1	1	0	0	3	0	2	7
2016	1	0	0	0	1	0	2	4
Moyenne 2007–2011	0,6	0,2	0,0	0,6	1,4	0,0	2,2	5,0
Moyenne 2012–2016	0,8	0,2	0,0	0,0	0,8	0,0	1,0	2,8

Taux de létalité	Groupe d'âge							Total
	Année	< 1 an	1–4 ans	5–9 ans	10–14 ans	15–19 ans	20–24 ans	
2007	14%	0%	0%	13%	0%	0%	21%	8%
2008	25%	0%	0%	0%	14%	0%	12%	9%
2009	14%	8%	–	33%	0%	0%	8%	9%
2010	0%	0%	–	0%	36%	0%	0%	7%
2011	0%	0%	0%	0%	7%	0%	14%	7%
2012	0%	0%	–	0%	0%	0%	0%	0%
2013	8%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4%
2014	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%
2015	33%	13%	–	0%	43%	0%	10%	16%
2016	17%	0%	–	0%	20%	0%	6%	8%
Moyenne 2007–2011	11%	2%	0%	9%	11%	0%	11%	8%
Moyenne 2012–2016	22%	3%	0%	0%	13%	0%	4%	6%

les cas non hospitalisés avec information clinique disponible, un quart (25 %) sont décédés le jour où la maladie est apparue, laissant peu de temps pour une prise en charge médicale.

Une méningite (58 %) et/ou une septicémie (54 %) ont été diagnostiquées chez plus de la moitié des malades; elles s'accompagnaient de troubles de la coagulation ou d'un purpura chez environ un tiers d'entre eux (32 %). Les MIM qui se sont manifestées par une septicémie, des troubles de la coagulation, un purpura ou un syndrome de Waterhouse-Friderichsen ont été plus souvent ou plus rapidement létales que les MIM avec méningite. La létalité la plus élevée a été constatée pour les MIM associées à un syndrome de Waterhouse-Friderichsen (43 %).

Les MIM peuvent également se manifester par un tableau clinique atypique, notamment une symptomatologie gastro-intestinale [6], ce qui rend le diagnostic plus difficile et retarde la mise en œuvre du traitement.

Les informations sur les maladies préexistantes qui accroissent le risque de contracter une MIM ne sont relevées que depuis 2015. Seules 12 % des personnes atteintes de MIM pour lesquelles on disposait de ces informations (75 cas) présentaient des facteurs prédisposants. Il s'agissait principalement d'immunodéficiences acquises ou de pathologies malignes.

STATUT VACCINAL

Pour la période 2007–2016, des informations sur le statut vaccinal étaient disponibles pour 318 cas (59 %) de MIM, dont

Tableau 3:

Distribution des sérogroupes et incidence des MIM en fonction du séro groupe, 2007–2016

A) Proportion des MIM par séro groupe des méningocoques à l'origine de la maladie (distribution des sérogroupes) et proportion des cas pour lesquels le séro groupe est connu, 2007–2016. B) Incidence des MIM (cas pour 100 000 habitants) par séro groupe des méningocoques à l'origine de la maladie, 2007–2016. On part ici de l'hypothèse que la distribution annuelle des sérogroupes diagnostiqués dans les MIM où le séro groupe est connu est valable pour toutes les MIM déclarées cette année (état de la population résidente permanente au 31 décembre de l'année précédente).

A) Proportion	Séro groupe						Total
Année	A	B	C	W135	X	Y	connu
2007	0%	55%	35%	0%	0%	10%	82%
2008	0%	67%	28%	2%	0%	2%	74%
2009	0%	51%	31%	3%	0%	15%	84%
2010	0%	45%	26%	2%	0%	28%	87%
2011	0%	53%	25%	2%	0%	21%	73%
2012	3%	40%	31%	9%	3%	14%	83%
2013	0%	56%	18%	7%	2%	18%	90%
2014	0%	39%	28%	17%	0%	17%	95%
2015	0%	32%	11%	35%	3%	19%	86%
2016	0%	38%	17%	32%	0%	13%	92%
Moyenne 2007–2011	0%	54%	29%	2%	0%	15%	80%
Moyenne 2012–2016	1%	42%	21%	20%	2%	16%	89%

B) Incidence	Séro groupe						Total
Année	A	B	C	W135	X	Y	
2007	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,8
2008	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8
2009	0,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,9
2010	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2	0,7
2011	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,2	0,9
2012	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,5
2013	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,6
2014	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,5
2015	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,5
2016	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,6
Moyenne 2007–2011	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,1	0,8
Moyenne 2012–2016	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,5

38 (12 %) étaient vaccinés. Le vaccin utilisé n'était connu que pour 42 % d'entre eux (16 cas) : il s'agissait toujours d'un vaccin conjugué contre les méningocoques C. Chez ces 16 cas, les MIM étaient majoritairement dues aux méningocoques B ; une seule personne avait été infectée par des méningocoques C. Elle avait reçu sa première dose de vaccin l'année où elle avait contracté la maladie. Il n'est donc pas clair si la vaccination a échoué ou si elle a été effectuée juste avant la maladie, alors que la protection vaccinale était encore insuffisante.

EXPOSITIONS ET FLAMBÉES

Les lieux d'exposition possibles n'étaient que rarement connus. Les plus souvent cités étaient les crèches, les jardins d'enfants

et les écoles, ainsi que les voyages, les fêtes, les établissements médico-sociaux, les centres pour requérants d'asile et les camps, soit au total 5 % des cas.

Aucune flambée n'a été constatée entre 2007 et 2016, et aucune chaîne de transmission (maladies apparaissant dans les 2 à 10 jours après un contact avec une personne atteinte de MIM) n'a été observée.

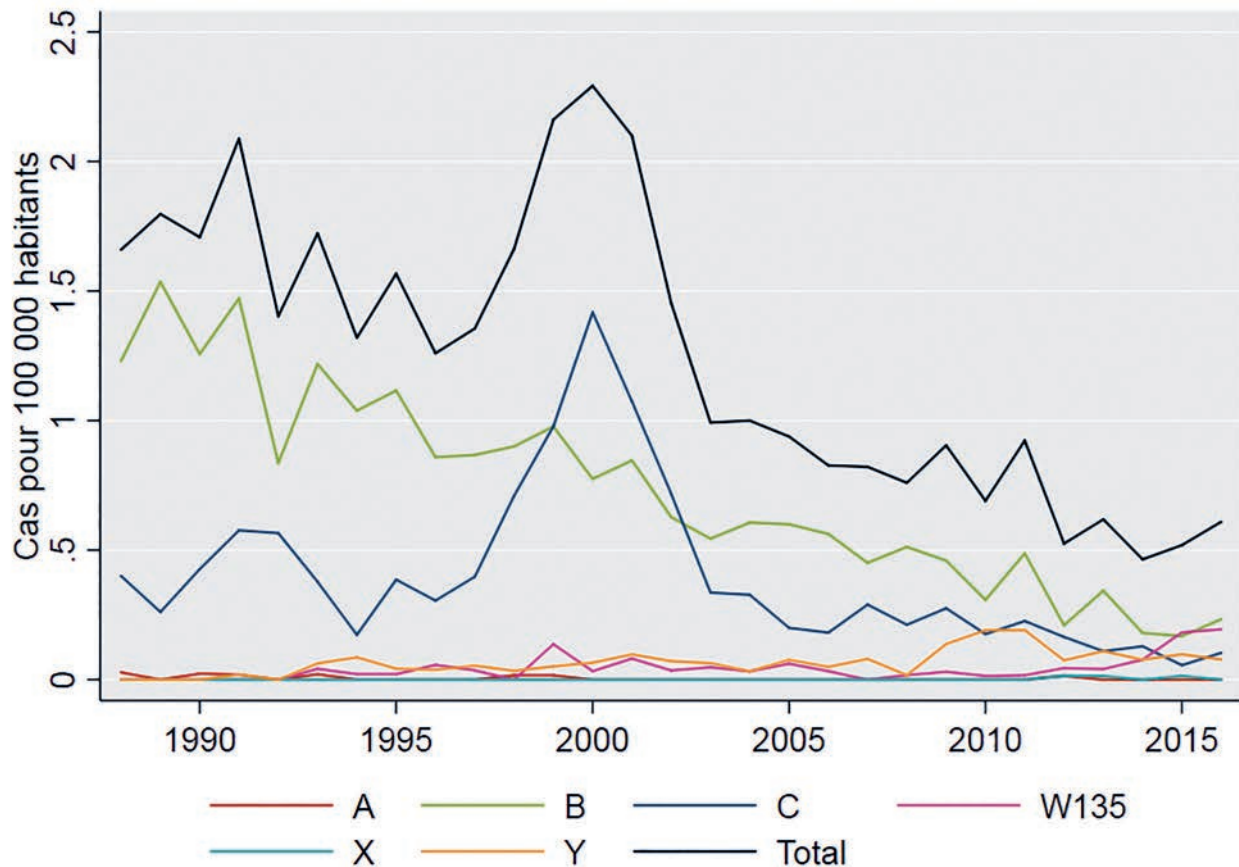
SÉROGROUPES DES MÉNINGOCOQUES

On sait pour 84 % des cas si les MIM étaient dues à des méningocoques des sérogroupes A, B, C, W135, X ou Y.

Figure 3:

Incidence en fonction du sérotype, 1988–2016

Incidence (cas pour 100 000 habitants) par sérotype, 1988–2016 (état de la population résidante permanente au 31 décembre de l'année précédente)

**Distribution des sérotypes et incidence en fonction du sérotype**

De 2007 à 2016, environ la moitié des MIM (48 %) était due aux méningocoques B et un quart (25 %) aux méningocoques C. Tant la proportion des MIM dues aux méningocoques B et C que leur incidence ont baissé durant cette période (et aussi par rapport aux années 1988 à 2005). En revanche, la proportion et l'incidence des maladies dues aux méningocoques W ont augmenté depuis 2014 (tableau 3, figure 3). En 2015 et 2016, environ un tiers des MIM étaient déjà dues à ce sérotype. Le nombre de MIM dues aux méningocoques Y a connu une légère augmentation passagère, avec un pic en 2010 et 2011. Les méningocoques A et X n'ont jusqu'à présent été observés que sporadiquement en Suisse.

L'Allemagne et la France ont également enregistré une diminution de l'incidence des MIM dues aux méningocoques B [2, 3], et d'autres pays européens ont observé une augmentation des cas dus aux méningocoques W (en particulier le Royaume-Uni) ou Y (en particulier la Scandinavie) [7, 8].

Distribution des sérotypes et incidence en fonction de l'âge

Le nombre des MIM dues aux méningocoques C a diminué dans les groupes d'âge pour lesquels la vaccination complémentaire contre ces méningocoques est recommandée depuis 2006. L'incidence² moyenne durant la période quinquennale 2012–2016 était inférieure de 0,7 MIM pour 100 000 habitants à celle des cinq années précédentes (–91 %) dans le groupe d'âge des enfants de 1 à 4 ans. Elle a baissé de 0,4 MIM pour 100 000 habitants dans le groupe des 10 à 14 ans (–81 %) et de 0,9 MIM pour 100 000 habitants dans celui des 15 à 19 ans (–79 %), ce qui pourrait s'expliquer par la vaccination. En effet, dans le même laps de temps, la couverture vaccinale contre les méningocoques C a augmenté : elle est passée de 56 % durant la période 2008–2010 à 73 % durant la période 2014–2016 chez les enfants de 2 ans, et de

² Pour calculer l'incidence en fonction des sérotypes, on est parti de l'hypothèse que leur distribution, dans les cas où l'information sur le sérotype manquait, était identique à celle des cas où le sérotype était indiqué.

Tableau 4 :

Antibiorésistance des méningocoques analysés, 2007–2016

Nombre et proportion des isolats de méningocoques invasifs analysés qui étaient résistants ou intermédiairement résistants à certains antibiotiques (pénicilline, rifampicine, minocycline, ciprofloxacine, chloramphénicol, ceftriaxone, azithromycine) et nombre total d'isolats analysés. Pour la pénicilline et l'azithromycine, la sensibilité a été évaluée conformément aux valeurs limites du Clinical and Laboratory Standards Institut (CLSI), pour tous les autres antibiotiques, selon les valeurs limites du European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testings (EUCAST).

Antibiotique	résistant		Intermédiairement résistant		Nombre d'isolats
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	
Pénicilline	14	3,3 %	72	17,1 %	420
Rifampicine	0	0 %	0	0 %	420
Minocycline	0	0 %	0	0 %	420
Ciprofloxacine	0	0 %	0	0 %	420
Chloramphénicol	0	0 %	0	0 %	420
Ceftriaxone	0	0 %	0	0 %	420
Azithromycine	0	0 %	3	0,7 %	420

11 % à 32 % chez les adolescents de 16 ans [9]. L'incidence a également baissé dans les autres groupes d'âge – à l'exception des 20 à 24 ans –, mais de manière moins marquée.

Dans les pays de l'UE et de l'EEE, seuls les pays disposant d'un programme national de vaccination des enfants contre les méningocoques C ont observé une diminution de ce sérotype au fil du temps. Cette observation, couplée aux études publiées par certains pays européens, soutient la présomption de l'effet de la vaccination [10].

L'incidence des MIM dues aux méningocoques B a aussi diminué dans tous les groupes d'âge, bien que la Suisse ne dispose pas encore de vaccin contre ce sérotype. Ces méningocoques ont toutefois constitué durant la période 2012–2016 la cause la plus fréquente des MIM, sauf chez les 10 à 14 ans et les 20 à 24 ans. Chez les premiers, les maladies étaient dues à parts égales aux méningocoques B, C et W, et, chez les seconds, elles étaient dues principalement aux méningocoques C.

L'incidence annuelle des MIM dues aux méningocoques W a augmenté entre 2007 et 2016 dans tous les groupes d'âge. Le taux moyen dans les classes d'âge des 0 à 24 ans a ainsi augmenté entre les périodes quinquennales 2007–2011 et 2012–2016, passant de 0 jusqu'à 0,53 MIM pour 100 000 habitants. De même, les méningocoques W ont été responsables, durant la période 2012–2016, de 25 % des MIM chez les enfants de 1 à 4 ans et de 23 % à 29 % des MIM chez les personnes des trois groupes d'âge de 10 à 24 ans.

Typage fin des méningocoques et complexes clonaux

Depuis 2009, le typage fin est indiqué conformément à la nouvelle nomenclature « Sérotype : porAVR1, porAVR2 : fet-VR : MLST (complexe clonal) ». Les méningocoques B caractérisés se répartissaient entre de nombreux types fins, dont les plus fréquents étaient B:22,14:F5-5:213, B:7-2,4:F1-5:41/44, B:18-1,3:F1-5:41/44 et B:22,9:F5-12:269 (36 % des méningocoques B). Les méningocoques C, W et Y, en revanche, n'appartenaient qu'à quelques types fins, le plus fréquemment à C:5,2:F3-3:11 (51 % des méningocoques C), W:5,2:F1-1:11 (74 % des méningocoques W) et Y:5-2,10-1:F4-1:23 (34 % des méningocoques Y).

Les méningocoques W du complexe clonal 11 et en particulier le type W:5,2:F1-1:11 sont de plus en plus souvent observés en Grande-Bretagne depuis 2009 [6, 11], aux Pays-Bas depuis 2013 [12, 13] et en Allemagne depuis 2015 [2]. Des méningocoques d'autres sérotypes appartiennent aussi au complexe clonal 11, qui cause souvent des flambées et des épidémies.

RÉSISTANCES DES MÉNINGOCOQUES AUX ANTIBIOTIQUES

Les résistances aux antibiotiques pour les MIM caractérisées n'étaient pas répandues, elles sont restées stables pendant la période 2007–2016. Un cinquième des méningocoques étaient résistants ou intermédiairement résistants à la pénicilline (20 %). Les résistances à l'azithromycine n'ont été observées que de manière sporadique. Les méningocoques examinés étaient tous sensibles à cinq autres antibiotiques (voir tableau 4).

L'Office fédéral de la santé publique remercie les médecins et les laboratoires, en particulier le Centre National de Référence des Méningocoques, pour leur contribution.

Système de déclaration

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les maladies invasives à méningocoques depuis 1988. Les médecins doivent lui déclarer, dans les 24 heures, toute personne chez laquelle ils soupçonnent cette maladie (méningite à méningocoques), et les laboratoires toute mise en évidence de méningocoques. Les critères de déclaration ont été modifiés en 1999 et en 2008, et la classification des cas a été adaptée en 1999 et 2012.

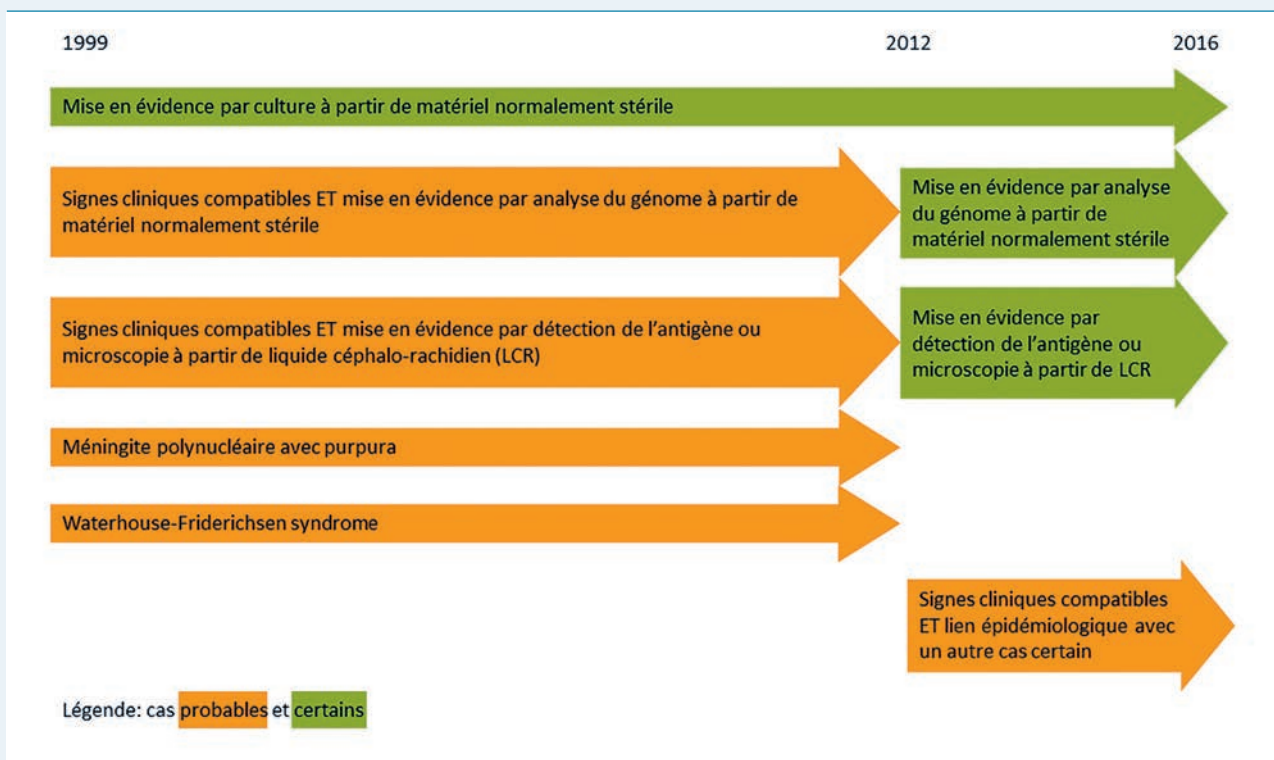
Critères de déclaration

Les médecins doivent envoyer la déclaration lorsque des signes cliniques leur font suspecter une maladie à méningocoques ou, en l'absence de signes cliniques spécifiques ou en cas de découverte fortuite, au plus tard lors de l'obtention du résultat positif d'analyses de laboratoire. Les laboratoires sont tenus depuis 1999 d'envoyer la déclaration lorsqu'ils ont mis en évidence des méningocoques par culture ou par analyse du génome à partir de matériel normalement stérile. Depuis 2008, ils doivent également signaler, le cas échéant, s'ils ont mis en évidence des diplocoques colorés Gram négatifs par microscopie et détecté l'antigène dans le liquide céphalo-rachidien.

Classification des cas

La classification depuis 1999 des maladies déclarées est représentée dans la figure ci-dessous. Les maladies où des méningocoques ont été mis en évidence par culture étaient et sont toujours considérées comme cas de MIM certains. Avant 2012, les cas où le génome, l'antigène et des diplocoques (par microscopie) avaient été mis en évidence et où les signes cliniques étaient compatibles avec un MIM étaient considérés comme cas probables. Depuis cette date, ces cas sont également considérés comme certains même en l'absence de signes cliniques compatibles ou d'indications sur la clinique. Les maladies d'évolution fulminante (syndrome de Waterhouse-Friderichsen) et les méningites polynucléaires avec purpura étaient considérées jusqu'en 2011 comme cas probables, même sans mise en évidence des méningocoques, mais ils ne le sont plus actuellement. Seulement depuis 2012, les malades présentant des signes cliniques compatibles avec les MIM et un lien épidémiologique avec un cas de MIM certain sont considérés comme cas probables.

Figure:
Critères de classification des cas de MIM probables et certains, 1999–2016



Contact

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

Bibliographie

1. Jacobs JH, Viboud C, Tchetgen ET, Schwartz J, Steiner C, Simonsen L, Lipsitch M (2014). The association of meningococcal disease with Influenza in the United States, 1989–2009. *PLoS One*, 9(9): e107486.
2. Robert Koch Institut (2016). Invasive Meningokokken-Erkrankungen 2012–2015. *Epidemiologisches Bulletin*, 43: 471–83.
3. Parent du Chatelet I, Deghmane AE, Antona D, Hong E, Fonteneau L, Taha MK, Lévy-Bruhl D (2017). Characteristics and changes in invasive meningococcal disease epidemiology in France, 2006–2015. *Journal of Infection*, 74(6): 564–74.
4. Office fédéral de la santé publique OFSP (2011). Mise à jour des recommandations de vaccination contre les méningocoques: introduction d'un vaccin quadrivalent conjugué. *Bulletin de l'OFSP*, 34: 711–7.
5. Institut de veille sanitaire, Les infections invasives à méningocoque en France en 2015, accédé le 2.10.2017: http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/124018/439779/version/2/file/Donnees_IIM_2015.pdf
6. Campbell H, Parikh SR, Borrow R, Kaczmarski E, Ramsay ME, Ladhani SN (2016). Presentation with gastrointestinal symptoms and high case fatality associated with group W meningococcal disease (MenW) in teenagers, England, July 2015 to January 2016. *Eurosurveillance*, 21(12).
7. Bröker M, Bukovski S, Culic D, Jacobsson S, Koliou M, Kuusi M, Simoes MJ, Skoczynska A, Toropainen M, Taha MK, Tzanakaki G. (2014). Meningococcal serogroup Y emergence in Europe: High importance in some European regions in 2012. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 10(6): 1725–8.
8. European Meningococcal and Haemophilus Disease Society, EMGM Meeting on the Epidemiology of serogroup W and Y meningococci in Europe, accédé le 2.10.2017: http://www.meningococcus.uni-wuerzburg.de/startseite/emgm_talks/
9. Office fédéral de la santé publique OFSP, Suivi cantonal de la couverture vaccinale en Suisse – couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, accédé le 2.10.2017: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-b/durchimpfung/tabelle-durchimpfung.xlsx.download.xlsx/tabelle-durchimpfung-fr.xlsx>
10. Whittaker R, Gomes Dias J, Ramliden R, Ködmön C, Economopoulou A, Beer N, Celentano LP. (2017). The epidemiology of invasive meningococcal disease in EU/EEA countries, 2004–2014. *Vaccine*, 35(16): 2034–41.
11. Ladhani SN, Beebeejaun K, Lucidarme J, Campbell H, Gray S, Kaczmarski E, Ramsay ME, Borrow R. (2015). Increase in endemic *Neisseria meningitidis* capsular group W sequence type 11 complex associated with severe invasive disease in England and Wales. *Clinical Infectious Diseases*, 60(4): 578–85.
12. Russcher A, Fanoy E, van Olden GDJ, Graafland AD, van der Ende A, Knol MJ (2017). Necrotising fasciitis as atypical presentation of infection with emerging *Neisseria meningitidis* serogroup W (MenW) clonal complex 11, the Netherlands, March 2017. *Eurosurveillance*, 22(23).
13. Knol M, Hahné SJM, Lucidarme J, Campbell H, de Melker HE, Gray SJ, Borrow R, Ladhani SN, Ramsay ME, van der Ende A (2017). Temporal associations between national outbreaks of meningococcal serogroup W and C disease in Netherlands and England: an observational cohort study. *Lancet Public Health* 2: e473–82.



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 A ARRÊTÉ DE FUMER.
VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ LE FAIRE.**

La ligne stop-tabac vous aide à arrêter :

0848 000 181*



**S M O K E
FREE**

Je suis plus forte.

Lorsque les parents fument, les enfants ont tendance à les imiter en grandissant. Faites le premier pas pour arrêter de fumer et montrez le bon exemple. Les professionnels de la ligne stop-tabac vous aident dans votre démarche.

* 8 ct./min. depuis une ligne fixe

smokefree.ch

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°
Berne		6098526

LE SAFER SEX CHECK PERSONNEL SUR LOVELIFE.CH



NE REGRETTE RIEN



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

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

publicationsfederales.admin.ch: 316.562f

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Berne
Post CH AG

OFSP - Bulletin

Semaine
5 / 2018