

Maladies à pneumocoques en 2005

En 2005, 993 cas de maladies invasives à pneumocoques ont fait l'objet d'une déclaration. Pour la première fois depuis l'introduction des déclarations complémentaires des médecins (2001), l'incidence, avec 13,3 cas pour 100 000 habitants, était inférieure à celle de l'année précédente. Les enfants de moins de 2 ans et les personnes de plus de 65 ans restaient les plus touchés. Les hommes étaient quant à eux surreprésentés (+ 26% par rapport aux femmes). Le taux de létalité se situait à 10%, et 58% des personnes décédées avaient plus de 65 ans. 30% (48% chez les enfants de moins de 2 ans) de tous les isolats invasifs analysés avaient une sensibilité diminuée à au moins l'un des antibiotiques pris en compte. La bactérie *Streptococcus pneumoniae* a été isolée dans 38% des frottis prélevés dans le cadre de la surveillance Sentinella sur des patients souffrant d'une pneumonie ou d'une otite moyenne aiguë. Cette proportion était beaucoup plus élevée pour les enfants que pour les adultes. La proportion des isolats Sentinella présentant une résistance aux antibiotiques est restée stable, voire a légèrement augmenté, par rapport à 2004. Les souches présentant une résistance élevée à la pénicilline ou une sensibilité diminuée à la ceftriaxone sont restées rares. Chez les moins de 2 ans, le vaccin contre les pneumocoques conjugué heptavalent aurait couvert 65% des isolats invasifs et 64% des isolats Sentinella.

SURVEILLANCE

En Suisse, les maladies invasives à pneumocoques (MIP) doivent obligatoirement faire l'objet d'une déclaration. Les laboratoires déclarent ainsi simultanément au médecin cantonal responsable et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tout agent pathogène correspondant mis en évidence dans des échantillons normalement stériles. Les médecins traitants envoient quant à eux une déclaration complémentaire comprenant des informations cliniques détaillées au médecin cantonal, qui la transmet à l'OFSP. Des laboratoires externes envoient en outre à titre volontaire des isolats de pneumocoques au Centre national pour les pneumocoques invasifs (CNPN), à l'Institut des maladies infectieuses de l'Université de Berne, qui procède à leur sérotypage par la réaction de Quellung (7 sérotypes du vaccin conjugué et sérotype 7F, autrement les sérogroupes) et détermine leur résistance aux antibiotiques (oxacilline, érythromycine, cotrimoxazole et lévofloxacine). Les isolats présentant une sensibilité réduite à l'oxacilline sont ensuite soumis à un E-test afin de déterminer la concentration minimale inhibitrice (CMI) de la pénicilline et de la ceftriaxone. Le CNPN reçoit par ailleurs des quelque 250 médecins du système Sentinella des frottis de gorge ou du nasopharynx de patients présentant une pneumonie ou une otite moyenne aiguë. Les pneumocoques ainsi isolés sont analysés selon le même algorithme que les pneumocoques invasifs, le type se limitant cependant aux sérogroupes pour des raisons financières.

MALADIES INVASIVES À PNEUMOCOQUES

Déclarations et isolats

En 2005, 1133 cas de MIP ont été déclarés à l'OFSP. 13 (1,1 %) de ces déclarations étaient erronées, l'agent pathogène ayant été mis en évidence dans un échantillon normalement non stérile. 133 cas (11,7%) ont été qualifiés de douteux: 23 (2,0%) car la déclaration, y compris complémentaire, ne comportait aucune information du laboratoire, et 110 (9,7%) car l'antigène présent dans l'urine ayant permis d'établir le diagnostic n'était pas suffisamment spécifique. L'analyse des données s'est finalement basée sur 986 cas de MIP certains, confirmés par culture, et sur un cas probable, confirmé par PCR. Pour 80 (8,1%) de ces 987 cas, l'OFSP n'a reçu aucune déclaration complémentaire, et pour 26 cas (2,6 %), aucune déclaration de laboratoire.

Au cours de l'année sous revue, l'OFSP a eu connaissance de 6 autres cas de MIP grâce aux copies des certificats de décès, sans qu'il ne dispose d'une déclaration complémentaire ou d'une déclaration de laboratoire (même après demande écrite). Ces cas ont également été considérés comme confirmés.

En 2005, le CNPN a reçu 1034 isolats provenant de 1012 patients afin de procéder à leur sérotypage et de déterminer leur résistance aux antibiotiques. Parmi les 22 patients pour lesquels le centre avait reçu deux isolats, 2 qui avaient contracté une MIP de sérotypes différents à plusieurs mois d'intervalle et 1 qui avait été infecté au même moment par deux sérotypes différents ont été considérés dans l'analyse. Les 19 autres isolats envoyés en double n'ont pas été analysés, de même que 11 échantillons où la présence de *Streptococcus pneumoniae* n'a pas été confirmée par le CNPN. Il est donc resté 1004 isolats à évaluer. Bien que les noms des patients ne soient enregistrés ni dans le système obligatoire de déclaration ni par le CNPN, il est possible de mettre en parallèle les données de ces deux sources grâce aux informations disponibles, telles que les initiales, la date de naissance, le sexe, le canton et la période de traitement. Un isolat était disponible

pour 866 (87,7%) des MIP ayant fait l'objet d'une déclaration en 2005, y compris quelques isolats reçus fin 2004 ou début 2006. Pour 127 (12,6 %) des 1004 isolats reçus en 2005, il n'y avait ni déclaration complémentaire ni déclaration de laboratoire. Si l'on prend comme valeur de référence les 993 cas déclarés, y compris les cas portés à la connaissance de l'OFSP grâce aux certificats de décès, la sous-estimation du nombre de cas déclarés s'élève à 12,8%.

Répartition des déclarations par période, région, âge et sexe

Afin de pouvoir établir des comparaisons avec les années précédentes, les estimations suivantes se li-

mitent aux cas de MIP pour lesquels on dispose d'une déclaration complémentaire, d'une déclaration de laboratoire ou d'un certificat de décès, soit 993 cas en 2005. L'incidence globale s'élevait alors à 13,3 cas pour 100 000 habitants, taux légèrement en baisse pour la première fois depuis l'introduction de la déclaration complémentaire en 2001 (figure 1).

Conformément à la saisonnalité de l'infection, plus de la moitié des cas ont été enregistrés entre janvier et avril 2005. Le nombre de cas a ensuite nettement diminué avec l'arrivée de la belle saison, avant d'augmenter à nouveau au mois d'octobre (figure 2). L'incidence cantonale de MIP n'a différé significati-

vement de l'incidence nationale que dans quelques cantons. Elle lui était inférieure à Bâle-Ville, dans les Grisons et en Thurgovie, et supérieure dans le canton de Soleure et au Tessin (figure 3). L'incidence par canton n'a connu aucune variation significative par rapport aux années précédentes.

En 2005 comme les autres années (tableau 1), les incidences maximales ont été enregistrées dans les classes d'âge des plus de 64 ans (51,6% des cas déclarés) et des moins de 2 ans (4% des cas déclarés). Cette dernière, qui se trouve au centre de la stratégie de lutte contre les pneumocoques depuis l'introduction récente d'une vaccination recommandée complémen-

Figure 1

Nombre de cas et incidence avec intervalle de confiance à 95% de maladies invasives à pneumocoques déclarés entre 2001 et 2005, par année de déclaration

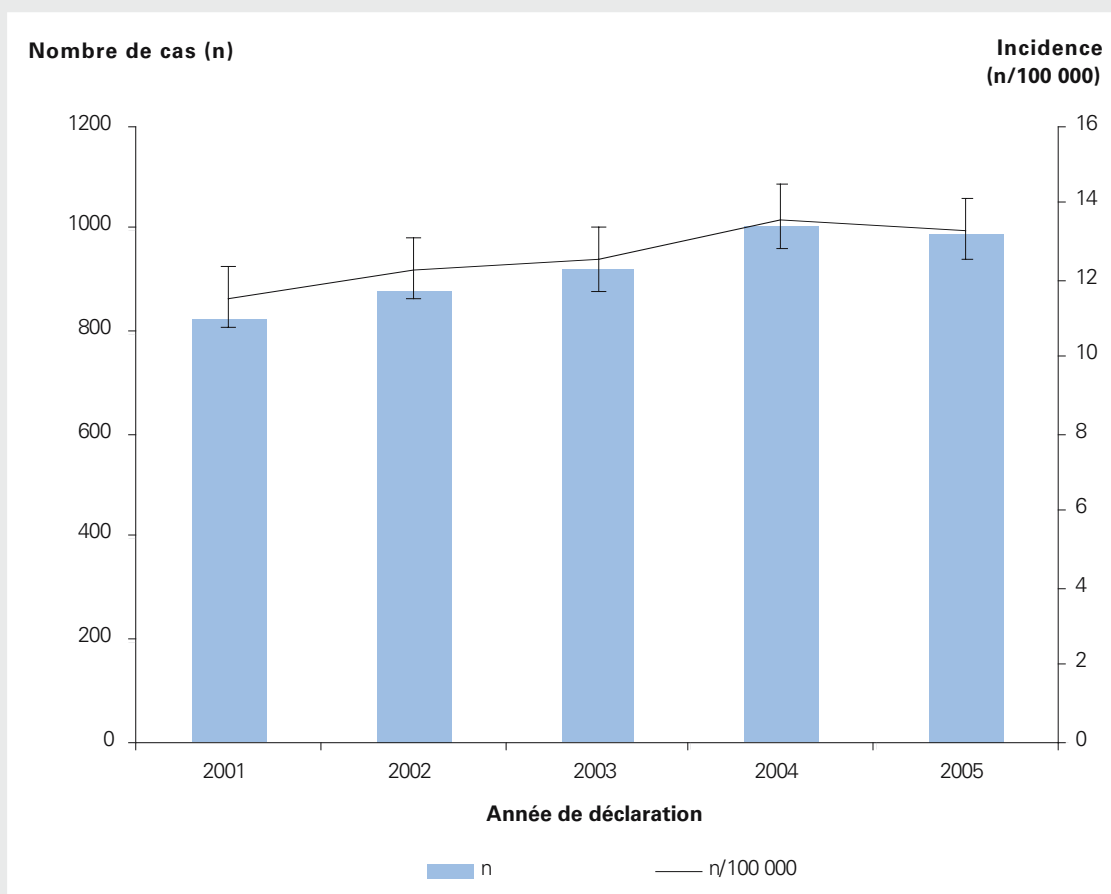


Tableau 1
Répartition par âge et par sexe des maladies invasives à pneumocoques déclarées en 2005

Age (ans)	Hommes		Femmes		Total	
	n	n/100 000	n	n/100 000	n	n/100 000
0	13	34,8	10	28,4	23	31,7
1	10	26,7	7	19,7	17	23,3
2-4	24	21,2	10	9,4	34	15,5
5-16	19	3,7	10	2,0	29	2,9
17-64	210	8,6	168	6,9	378	7,7
>64	267	53,9	245	35,2	512	42,9
Total	543	14,9	450	11,8	993	13,3

taire, est quatre fois plus touchée par l'infection que la catégorie des 2 à 64 ans (respectivement 27,5/100 000; intervalle de confiance (IC) à 95% 20,2 à 37,5 et 7,2; IC 95% 6,6 à 7,9). Aucune évolution significative de l'incidence par âge n'a été enregistrée par rapport à 2004. L'inci-

dence chez les nourrissons, qui avait triplé entre 2003 et 2004, passant de 12,5 (IC 95% 7,2 à 21,8) à 37,8/100 000 (IC 95% 27,4 à 51,9), s'est stabilisée, diminuant même légèrement.

Les hommes restaient significativement plus touchés que les fem-

mes (+ 26,3%). Cette tendance, observée depuis plusieurs années, concernait toutes les classes d'âge; elle n'était cependant statistiquement significative que pour toutes classes d'âge confondues (14,9; IC 95% 13,7 à 16,2 contre 11,8; IC 95% 10,8 à 13,0) et pour les plus de 64 ans (53,9; IC 95% 47,8 à 60,7 contre 35,2; IC 95% 31,0 à 39,9).

Tableau clinique et létalité

835 déclarations présentaient des informations relatives au tableau clinique des MIP: trois quarts des cas ont évolué vers une pneumonie, la majorité des autres se traduisant par une bactériémie occulte (tableau 2). Parmi les modifications significatives enregistrées par rapport à 2004, on peut citer une augmentation des cas de MIP ayant occasionné à la fois une pneumonie et une méningite (2004: 10 cas, soit

Figure 2
Nombre de cas de maladies invasives à pneumocoques déclarés en 2005, par semaine de déclaration

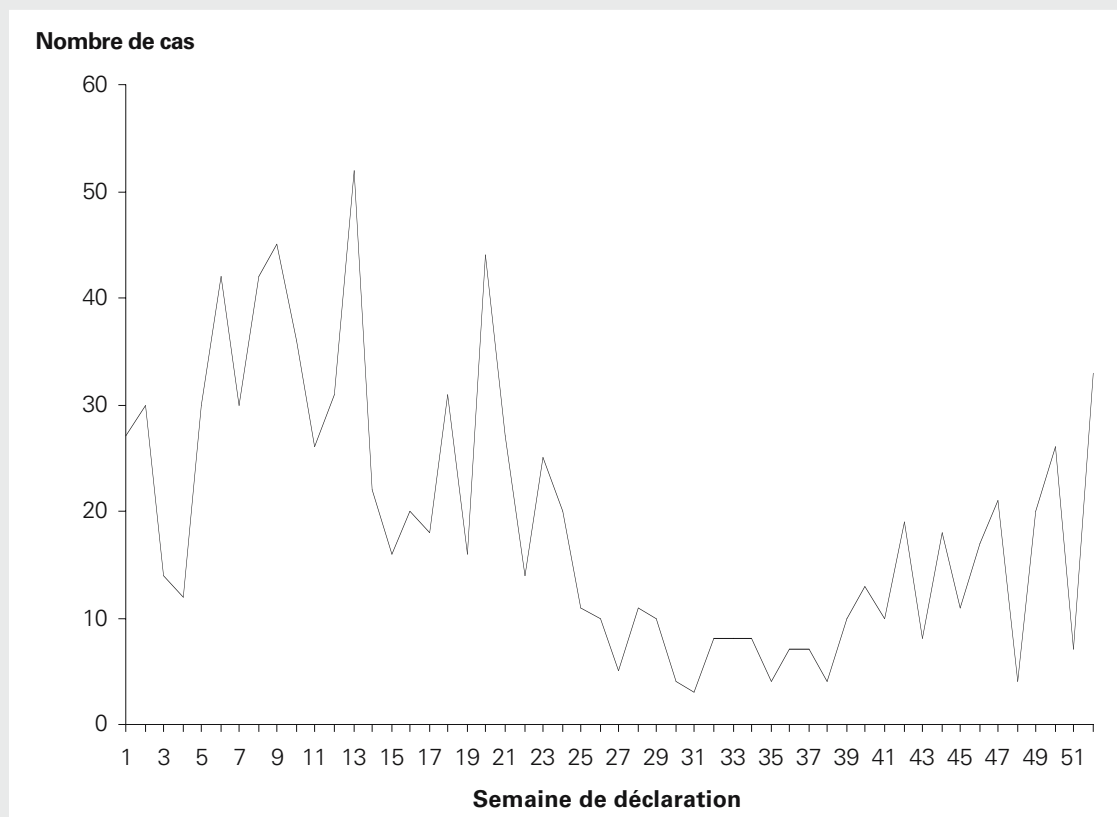


Tableau 2
Manifestations cliniques des maladies invasives à pneumocoques déclarées en 2005, par classe d'âge

Age (ans)	Total	Pneumonie (P)		Méningite (M)		P+M		Bactériémie occulte		Autres	
	n	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
0	17	3	17,6	6	35,3	0	0	8	47,1	0	0
1	9	3	33,3	2	22,2	0	0	3	33,3	1	11,1
2-4	29	15	51,7	0	0	1	3,4	10	34,5	3	10,3
5-16	23	14	60,9	3	13,0	1	4,3	4	17,4	1	4,3
17-64	318	234	73,6	23	7,2	9	2,8	42	13,2	10	3,1
>64	439	356	81,1	13	3,0	12	2,7	54	12,3	4	0,9
Total	835	625	74,9	47	5,6	23	2,8	121	14,5	19	2,3

* Calculé sur le total de la ligne

1,1% du total; $p=0,02$), et une réduction de plus de 50% de la catégorie «autres» (manifestations cliniques) (2004: 43 cas, soit 4,9%; $p=0,004$). Chez les nourrissons, comme en 2004, les bactériémies occultes et les méningites restaient les affections liées aux MIP les plus fréquentes. Chez les enfants de 1 an, la proportion de pneumonies a

augmenté; quant à l'ensemble des patients de plus de 2 ans, ils ont contracté une pneumonie dans plus de la moitié des cas.
L'infection a été fatale à 103 patients (10,4%; IC 95% 8,6 à 12,4%); 60 d'entre eux (58,3%; IC 95% 48,6 à 67,3%) avaient plus de 64 ans (tableau 3). En 2004, la létalité s'élevait à 12,2% (IC 95% 10,4 à 14,4%),

les plus de 64 ans représentant alors 70,7% des patients décédés (IC 95% 62,1 à 78,0%). La létalité globale n'a pas connu de variation significative depuis l'introduction de la déclaration complémentaire en 2001 (figure 4).

Facteurs de risque et statut vaccinal

Figure 3
Incidence avec intervalle de confiance à 95% des maladies invasives à pneumocoques déclarées en 2005, en Suisse et par canton

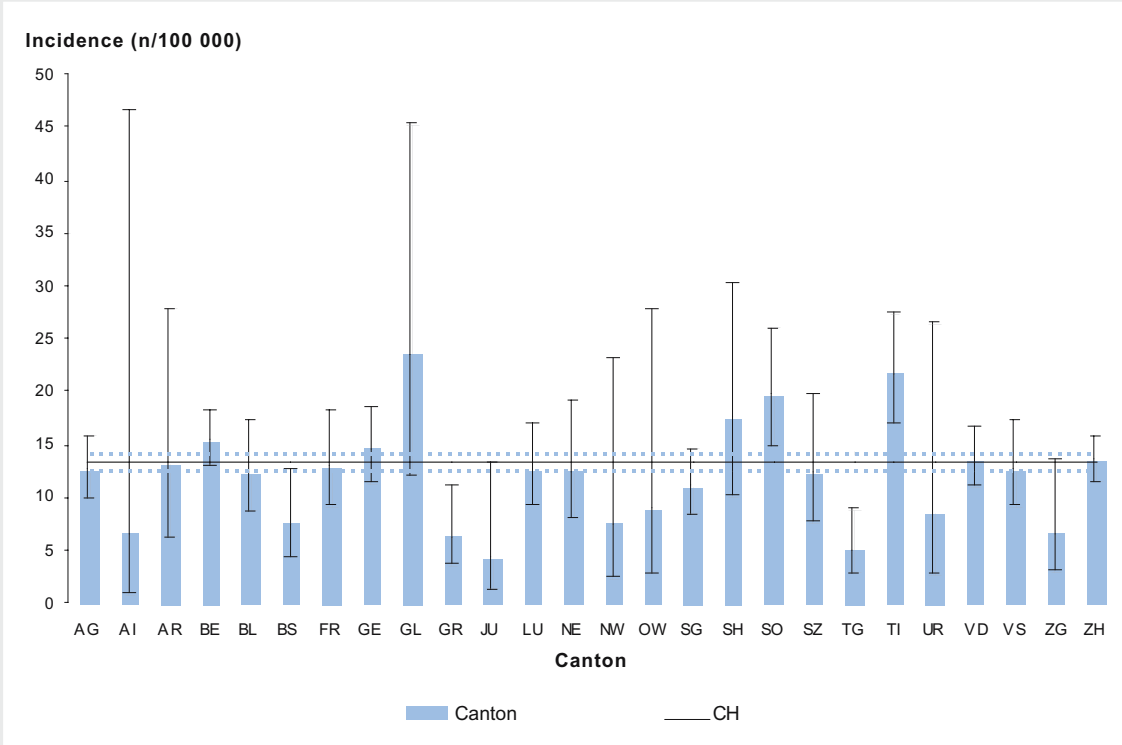
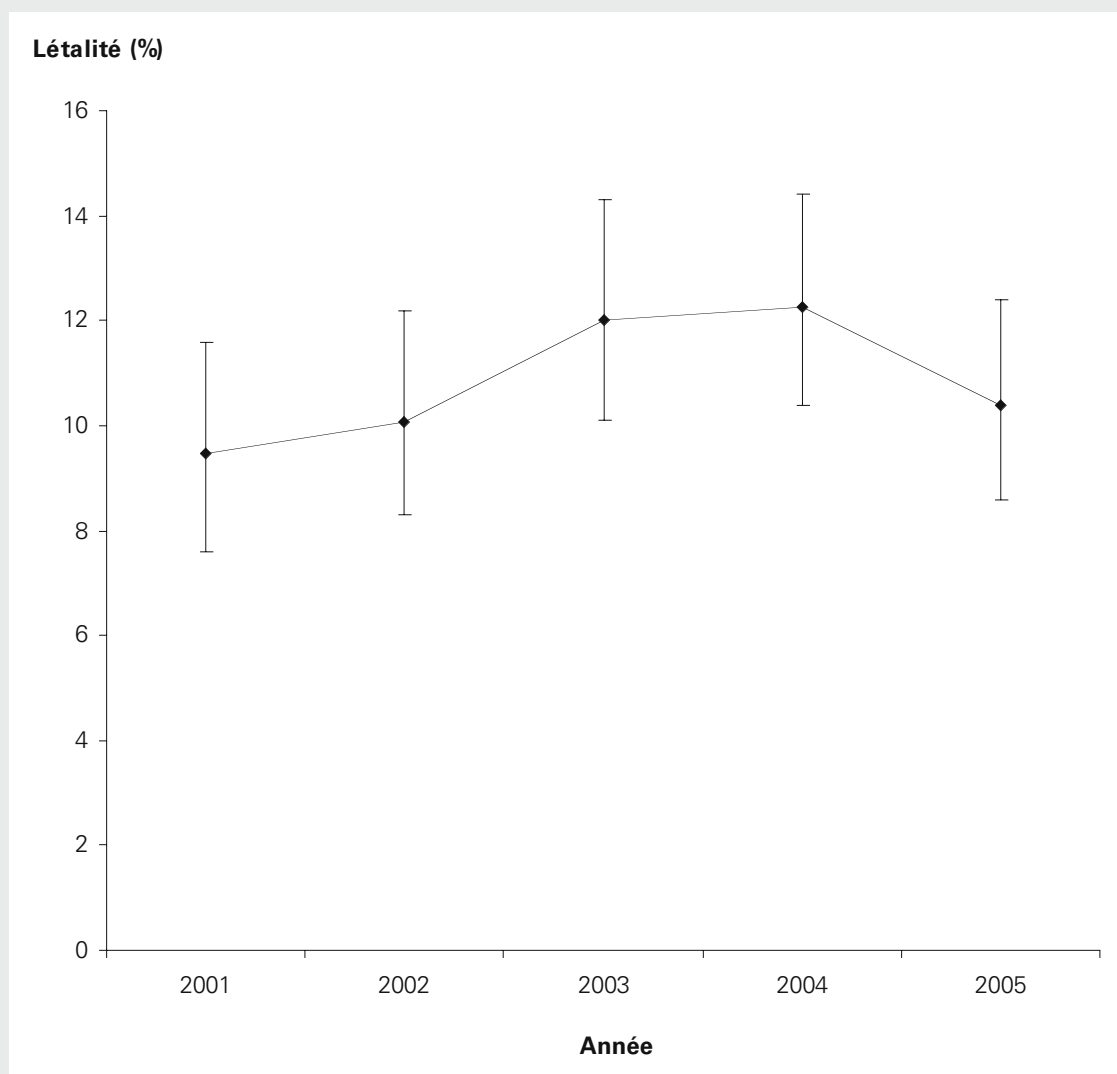


Figure 4

Létalité avec intervalle de confiance à 95% des maladies invasives à pneumocoques déclarées entre 2001 et 2005, par année



Au moins un facteur de risque était indiqué dans 457 déclarations, soit 46,0% du total (tableau 4), proportion qui ne diffère pas significativement de celle de l'année précédente. Le facteur de risque «affection pulmonaire chronique» était légèrement plus souvent mentionné qu'en 2004, contrairement à l'«immunodépression» qui l'était moins. 443 des 457 déclarations faisant état d'au moins un facteur de risque comprenaient également des indications relatives au statut vaccinal: 11 patients à risque (2,5%) âgés de

11 à 87 ans étaient vaccinés contre les pneumocoques, dont 8 avec une dose du vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23), 1 avec une dose d'un vaccin non précisé et 2 sans aucune indication. Lorsque la date de la vaccination était précisée (4 patients à risque), la vaccination remontait à entre 7 mois et 5 ans avant le début de la maladie. 178 patients à risque (40,2%) n'étaient pas vaccinés; pour les 254 autres (57,3%), le statut vaccinal était in-

Dans la classe d'âge des plus de

64 ans, 425 déclarations faisaient état du statut vaccinal: 6 patients étaient vaccinés contre les pneumocoques (1,4%) dont 5 qui présentaient un facteur de risque supplémentaire; 162 (38,1%) n'étaient pas vaccinés. Quant aux 254 (60,5%) restants, leur statut vaccinal était in-

Sur les 287 déclarations concernant des moins de 65 ans qui ne mentionnaient aucun facteur de risque, 213 fournissaient des indications relatives au statut vaccinal. Aucune ne mentionnait une vaccina-

Tableau 3
Létalité des maladies invasives à pneumocoques déclarées en 2005, par classe d'âge

Age (ans)	Décès	Nombre de cas	Létalité (%)
0	2	23	8,7
1	0	17	0,0
2-4	2	34	5,9
5-16	0	29	0,0
17-64	39	378	10,3
>64	60	512	11,7
Total	103	993	10,4

tion contre les pneumocoques. Ainsi, 130 déclarations (61,0%) indiquaient expressément que la personne n'était pas vaccinée et 83 (39,0%) déclarations précisait que le statut vaccinal n'était pas connu.

Résistance aux antibiotiques et distribution par sérotype

296 (29,5%) des 1004 isolats analysés au CNPn étaient partiellement voire complètement résistants au moins à l'un des antibiotiques testés (tableau 5). Cette proportion est

en baisse de 5 points par rapport à celle de 2004 ($p=0,002$) et a ainsi retrouvé le niveau des années 2002 et 2003. C'est la tendance inverse qu'on observe pour les isolats présentant une sensibilité diminuée à la ceftriaxone: après une baisse de 50% en 2004, cette proportion est revenue à son niveau initial en 2005 ($p=0,002$). La résistance aux autres antibiotiques est restée stable par rapport à l'année précédente. Dans la classe d'âge des moins de 2 ans, la proportion d'isolats ayant une

sensibilité diminuée à la pénicilline est passé de 10,3% en 2004 à 25% en 2005 ($p=0,05$), mais sans s'écarter significativement de la proportion de 2003 (19,5%, $p=0,6$). Pour la première fois depuis la création du CNPn en 2002, un isolat provenant d'un enfant en bas âge s'est avéré hautement résistant à la pénicilline.

Les pneumocoques isolés en 2005 appartenaient à 33 sérotypes. Comme en 2004, les 3 sérotypes les plus fréquents étaient le 14 (13,5%), le 3 (12,0%) et le 7F (8,1%) et le classement des 10 plus fréquents correspondait, à l'exception de quelques variations mineures, au classement de 2004. 74,4% de tous les isolats appartenaient à ces 10 sérotypes les plus fréquents. 40 pneumocoques ont été isolés chez les moins de 2 ans. Ils appartenaient à 15 sérotypes, le sérotype 14 (32,5%) étant le plus fréquent, comme les années précédentes. Le vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23) recommandé aux personnes à risque à partir de 2 ans aurait couvert 80,5%

Figure 5
Nombre d'échantillons respiratoires prélevés sur des patients atteints d'une pneumonie ou d'une otite moyenne aiguë et analysés dans le cadre de la surveillance Sentinella 2005, et proportion de *S. pneumoniae*, par mois

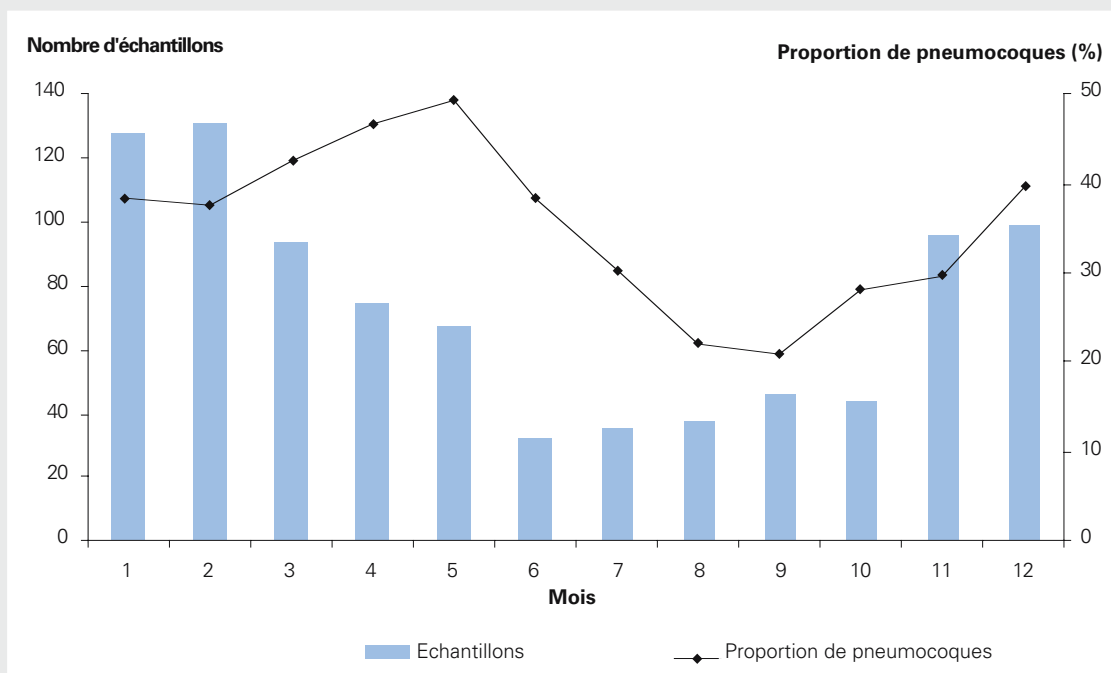


Tableau 4

Présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque chez les patients atteints d'une maladie invasive à pneumocoques ayant fait l'objet d'une déclaration en 2005 (n = 993)

Facteur de risque	n	%
Au moins un facteur de risque	457	46,0
Affection pulmonaire chronique	127	12,8
Immunodépression	111	11,2
Insuffisance rénale chronique	95	9,6
Maladies récidivantes des voies respiratoires	86	8,7
Diabète sucré	73	7,4
Splénectomie	5	0,5
Fracture de la base du crâne	5	0,5
Fistule de LCR	4	0,4
Asplénie fonctionnelle	4	0,4
Otites récidivantes	1	0,1
Autres	104	10,5

de tous les isolats des personnes de 2 ans et plus. Quant au vaccin antipneumococcique heptavalent (PCV7) recommandé aux enfants de moins de 2 ans ainsi qu'aux enfants à risque de moins de 5 ans, il aurait couvert 65,0% (respectivement 64,3%) des isolats provenant

d'enfants de cet âge (tableau 6).

Les sérotypes 3, 6B, 9V, 14, 19A, 19F et 23F étaient responsables de 75% des résistances et le sérotype 14 de 36% des résistances multiples. Si l'on considère l'ensemble du spectre de sérotypes, le 6B et le 23F présentaient une tendance de

résistance à la baisse et le 3 (notamment contre la lévofloxacine), le 9V, le 19A et le 19F, une tendance à la hausse par rapport à l'année précédente.

SENTINELLA: PNEUMOCOQUES CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PNEUMONIE OU UNE OTITE MOYENNE AIGÜE

Echantillons reçus et isolats

En 2005, le CNPn a reçu 888 frottis de nasopharynx ou de gorge prélevés chez des patients atteints d'une otite moyenne aiguë (OMA, 78,0%) ou d'une pneumonie (20,4%); le tableau clinique correspondant manquait pour 13 patients. La bactérie *S. pneumoniae* a été isolée dans 341 échantillons (38,4%).

Répartition des échantillons par période, région et âge

Comme dans le cas des infections invasives à pneumocoques, la majeure partie des échantillons est

Figure 6

Répartition par classe d'âge des patients atteints d'une pneumonie ou d'une otite moyenne aiguë dont les échantillons respiratoires ont été analysés dans le cadre de la surveillance Sentinella 2005 en vue de détecter *S. pneumoniae* (n=888), et proportion de porteurs dans chaque classe d'âge

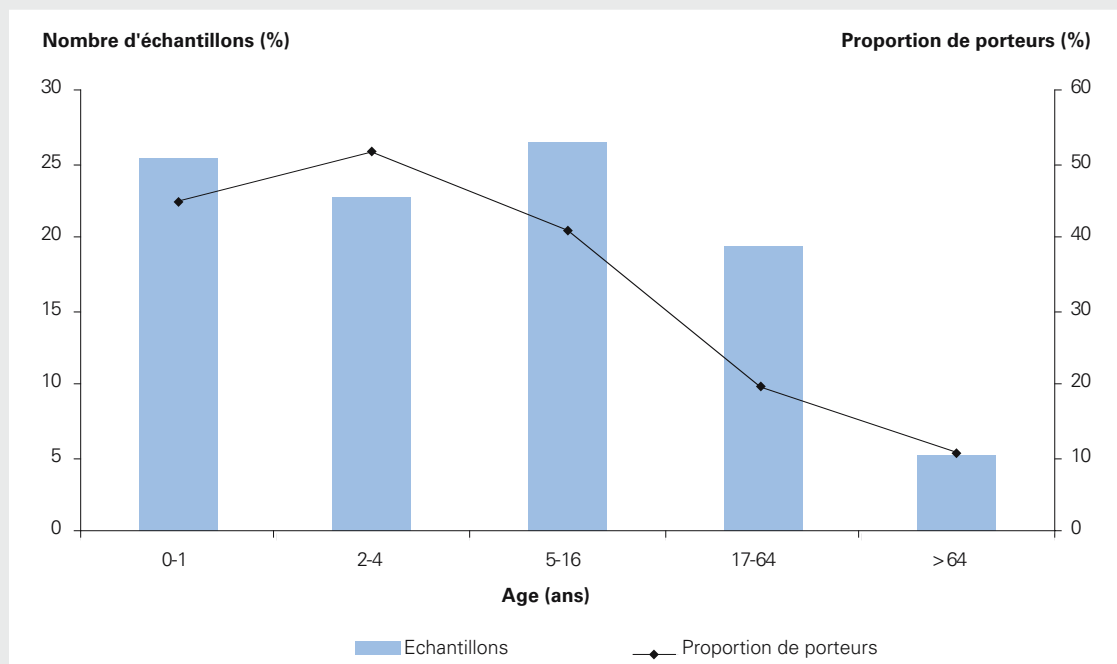


Tableau 5
Résistance aux antibiotiques des isolats analysés en 2005 au Centre national pour les pneumocoques invasifs, tous âges confondus (n=1004) et chez les moins de 2 ans (n=40)

Antibiotique	Partiellement résistants		Résistants		Hautement résistants	
	n	%	n	%	n	%
Pénicilline	83	8,3	31	3,1	13	1,3
Ceftriaxone	38	3,8	1	0,1		
Erythromycine			119	11,9		
Cotrimoxazole			193	19,2		
Lévofloxacine	7	0,7	2	0,2		
≥ 1 antibiotique			296	29,5		
≥ 2 antibiotiques*			114	11,4		
≥ 3 antibiotiques*			25	2,5		
Moins de 2 ans						
Pénicilline	8	20,0	2	5,0	1	2,5
Ceftriaxone	5	12,5	0	0		
Erythromycine			11	27,5		
Cotrimoxazole			7	17,5		
Lévofloxacine			0	0		
≥ 1 antibiotique			19	47,5		
≥ 2 antibiotiques*			7	17,5		
≥ 3 antibiotiques*			2	5,0		

* ≥ 2 ou 3 des antibiotiques suivants: pénicilline, érythromycine, cotrimoxazole et lévofloxacine

parvenue au CNPn pendant l'hiver. C'est également durant les mois d'hiver que l'on observe les plus fortes proportions d'échantillons contenant *S. pneumoniae* (correspondant aux proportions de porteurs) (figure 5).

Environ un tiers des échantillons (29,1%) provenaient de Suisse romande (Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud). La figure 6 présente la distribution des frottis par classe d'âge. Une très grande partie des échantillons (75,2%) ont été prélevés chez des enfants; l'âge n'était pas indiqué pour 7 échantillons. La proportion la plus élevée de porteurs de la bactérie *S. pneumoniae* a été enregistrée chez les enfants de moins de 4 ans. Cette proportion diminuait ensuite avec l'âge.

Données anamnestiques (OMA, antibiothérapie, crèche et statut vaccinal)

Au moins 87,2% des déclarations concernant les 888 patients sous revue comportaient des indications relatives à la fréquence des épisodes d'OMA aux cours des douze derniers mois, à une éventuelle anti-

biothérapie effectuée au cours des huit dernières semaines ou à un séjour dans une crèche.

Ainsi, 9,5% des patients (2004: 21,1%; 2003: 11,5%) et 14,3% des enfants de moins de 5 ans (2004: 15,6%; 2003: 15,8%) avaient suivi une antibiothérapie. Parmi ces derniers, 26,5% fréquentaient une crèche au moment de leur visite chez le médecin (2004: 39,7%; 2003: 35,8%) et 20,9% avaient eu au moins deux OMA au cours des douze derniers mois (2004: 18,1%;

2003: 14,9%). Le vaccin PCV7 avait été administré à 6,1% des enfants de moins de 5 ans (2004: 5,7%) et le PPV23 à 2,7% des patients, toutes classes d'âge confondues (2004: 4,3%).

Résistance aux antibiotiques et répartition des sérotypes

A première vue, la proportion des isolats non sensibles à la pénicilline est restée stable par rapport à l'année précédente avec 16,1% (2004: 16,6%). Il convient toutefois de préciser qu'en 2005, les échantillons provenant de Suisse romande étaient proportionnellement moins représentés. Après correction, la prévalence de résistance précitée s'élevait à 17,4%. Cette tendance à la hausse se limitait à la Suisse romande qui présentait une prévalence de résistance de 23,2% (contre 19,7% en 2004) alors que celle des autres régions (11,7%) est restée proche de celle de l'année précédente (12,8%). Dans la classe d'âge des moins de 2 ans, la prévalence de résistance à la pénicilline a augmenté à 24,5% (2004: 20,1%). La part des isolats hautement résistants (CMI ≥ 2 (g/ml) est restée faible (1,9% contre 1,7% en 2004), de même que la proportion d'isolats peu sensibles à la ceftriaxone (2,6% contre 1,5%). Quant à la prévalence de résistance à l'érythromycine, elle est passée de 13,3% à 14,6% entre 2004 et 2005, et de 17,7% à 21,5% chez les enfants de moins de 2 ans. 22,6% des isolats étaient résistants au cotrimoxazole (2004: 18,4%), voire 26,5% (2004: 24,2%) chez les enfants de moins de 2 ans. Seul un isolat a présenté une sensibilité moindre à la lévofloxacine.

Tableau 6
Couverture théorique par le vaccin conjugué heptavalent (PCV7) et par le vaccin non conjugué polysaccharidique 23-valent (PPV23) des isolats analysés en 2005 au Centre national pour les pneumocoques invasifs (n=1004), par classe d'âge pour lesquelles le vaccin est recommandé

Age (ans)	PCV7		PPV23	
	Sérotypes ^a (%)	IC 95%	Sérotypes/Sérogroupe ^b (%)	IC 95%
< 2	65,0	49,4–77,9		
2–4	64,3	52,5–74,5	83,3	66,3–92,5
5–16			82,8	65,3–92,3
17–64			82,4	78,1–86,1
> 64			78,9	75,0–82,3

^a 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F

^b 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18C, 19A, 19F, 20, 22, 23F, 33

Tableau 7

Couverture théorique des pneumocoques isolés en 2005 chez des patients atteints d'une pneumonie ou d'une otite moyenne aiguë par le vaccin conjugué heptavalent (PCV7) et par le vaccin non conjugué polysaccharidique 23-valent (PPV23), par classe d'âge pour lesquelles le vaccin est recommandé

Age (ans)	PCV7		PPV23	
	Sérotypes ^a (%)	IC 95%	Sérotypes/Sérogroupe ^b (%)	IC 95%
< 2	64,0	54,5–73,4		
2–4	55,3	45,6–64,9	94,1	89,5–98,6
5–16			91,5	79,4–93,5
17–64			100,0	96,9–100,0
> 64			100,0	62,5–100,0

^a 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F

^b 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18C, 19A, 19F, 20, 22, 23F, 33

Nous remercions les médecins des hôpitaux, des laboratoires et des cabinets médicaux pour leurs déclarations des maladies invasives à pneumocoques.

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06
E-mail: epi@bag.admin.ch

La proportion de germes multirésistants a une nouvelle fois augmenté, tout particulièrement chez les enfants de moins de 2 ans.

Les sérotypes les plus fréquemment isolés étaient le 19F (18,9%), le 3 (15,1%), le 23F (10,9%), le 14 (7,1%), le 9V (5,0%), le 6B (4,4%), le 18C (4,1%) et le 11 (4,1%), un classement quasiment identique à celui de l'année précédente. La couverture théorique du PCV7 était de 64,0% pour les enfants de moins de 2 ans (tableau 7).

un recul de l'incidence par exemple.

Il est par ailleurs impossible de connaître le nombre de MIP prévenues grâce à la vaccination de ces patients à risque. La proportion de personnes à risque parmi les cas signalés restant inchangée, force est de constater que les recommandations de vaccination ne semblent pas suivies et que la stratégie n'a donc qu'un faible impact sur l'épidémiologie.

Il en va tout autrement de la nouvelle vaccination complémentaire des enfants de moins de 2 ans. On peut ainsi s'attendre, selon la couverture vaccinale atteinte, à enregistrer un recul de l'incidence des MIP au sein des classes d'âge vaccinées mais aussi au sein de la population en général, grâce à l'immunité de groupe, ainsi qu'un recul de la résistance aux antibiotiques des pneumocoques invasifs et une modification de la répartition des sérotypes en faveur de sérotypes non couverts par le PCV7. Une surveillance optimale des évolutions futures permettra d'enregistrer et de quantifier ces conséquences. Les laboratoires sont donc appelés à continuer à déclarer chaque isolat de *S. pneumoniae* détecté dans un échantillon normalement stérile au médecin cantonal et à l'OFSP, et à les envoyer au CNPn pour sérotypage et détermination des résistances. Quant aux médecins traitants, nous attirons une nouvelle fois leur attention sur l'importance des déclarations complémentaires, dont les informations démographiques, cliniques et anamnestiques sont indispensables à la surveillance épidémiologique des MIP. ■

COMMENTAIRE

En 2005, la vaccination contre les pneumocoques n'était encore recommandée qu'aux patients à risque, ce qui n'est plus le cas depuis 2006. Le plan de vaccination suisse 2006 comprend ainsi pour la première fois une recommandation relative à la vaccination complémentaire contre les pneumocoques des enfants de moins de 2 ans en bonne santé, auxquels leurs parents souhaitent garantir une protection vaccinale optimale. Depuis le mois d'août 2006, le coût de cette vaccination est pris en charge par les assurances maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire, ce qui devrait faciliter le recours au vaccin antipneumococcique.

La recommandation de vaccination des patients à risque ayant été formulée avant la création du système de déclaration, les déclarations obligatoires n'ont pas permis de déterminer l'impact de cette ancienne stratégie vaccinale sur l'épidémiologie des MIP, en enregistrant