Impressum

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 056 418 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 132

Statistique Sentinel 134

Coqueluche 137

Biomédicine
Analyses génétiques humaines
Meilleure protection contre les abus 140

Stupéfiants
Vol d’ordonnances 141

Campagne de communication
SmokeFree 143
### Maladies transmissibles

#### Déclarations des maladies infectieuses

**Situation à la fin de la 6\textsuperscript{e} semaine (16.02.2016)\textsuperscript{a}**

\textsuperscript{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.

\textsuperscript{b} Voir surveillance de l’influenza dans le système de déclaration Sentinella : www.bag.admin.ch/sentinella.

\textsuperscript{c} N’inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

\textsuperscript{d} Femmes enceintes et nouveau-nés.

\textsuperscript{e} Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Maladie</th>
<th>Semaine 06</th>
<th>Dernières 4 semaines</th>
<th>Dernières 52 semaines</th>
<th>Depuis début année</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Transmission respiratoire</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haemophilus influenzae : maladie invasive</td>
<td>3.10</td>
<td>0.60</td>
<td>1.90</td>
<td>1.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers</td>
<td>157.70</td>
<td>424.20</td>
<td>74.20</td>
<td>104.30</td>
</tr>
<tr>
<td>Légionellose</td>
<td>3.00</td>
<td>1.90</td>
<td>1.90</td>
<td>3.10</td>
</tr>
<tr>
<td>Méninocoques : maladie invasive</td>
<td>1.90</td>
<td>0.60</td>
<td>0.90</td>
<td>0.90</td>
</tr>
<tr>
<td>Rougeole</td>
<td>0.60</td>
<td>1.00</td>
<td>1.00</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole\textsuperscript{d}</td>
<td>2.00</td>
<td>1.00</td>
<td>0.01</td>
<td>0.06</td>
</tr>
<tr>
<td>Rubéole, materno-fœtale\textsuperscript{d}</td>
<td>1.00</td>
<td>1.00</td>
<td>1.00</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Transmission féco-orale</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Campylobactérieose</td>
<td>150</td>
<td>80</td>
<td>126</td>
<td>494</td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite A</td>
<td>2.00</td>
<td>0.00</td>
<td>3.00</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Infection à E. coli entérohémorragique</td>
<td>6.90</td>
<td>0.60</td>
<td>4.00</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>Listériose</td>
<td>3.10</td>
<td>0.80</td>
<td>0.80</td>
<td>2.40</td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</td>
<td>0.60</td>
<td>1.30</td>
<td>0.20</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Salmonellose, autres</td>
<td>9.00</td>
<td>11.00</td>
<td>11.00</td>
<td>10.50</td>
</tr>
<tr>
<td>Shigellose</td>
<td>2.50</td>
<td>0.60</td>
<td>3.10</td>
<td>4.10</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies transmissibles</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Transmission par du sang ou sexuelle</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Chlamydiose</strong></td>
<td>225</td>
<td>214</td>
<td>205</td>
<td>938</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>141.40</td>
<td>134.50</td>
<td>128.80</td>
<td>147.40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gonorrhée</strong></td>
<td>30</td>
<td>37</td>
<td>36</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18.80</td>
<td>23.20</td>
<td>22.80</td>
<td>27.60</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hépatite B, aiguë</strong></td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>30</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.20</td>
<td>0.50</td>
<td>0.40</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hépatite B, total déclarations</strong></td>
<td>1</td>
<td>18</td>
<td>37</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hépatite C, aiguë</strong></td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.30</td>
<td>0.30</td>
<td>0.80</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hépatite C, total déclarations</strong></td>
<td>1</td>
<td>30</td>
<td>19</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Infection à VIH</strong></td>
<td>27</td>
<td>18</td>
<td>55</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17.00</td>
<td>11.30</td>
<td>8.60</td>
<td>3.10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sida</strong></td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>1.30</td>
<td>0.80</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Syphilis</strong></td>
<td>14</td>
<td>18</td>
<td>14</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>8.80</td>
<td>11.30</td>
<td>8.80</td>
<td>14.30</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Brucellose</strong></td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.01</td>
<td>0.04</td>
<td>0.04</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Chikungunya</strong></td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.30</td>
<td>0.50</td>
<td>0.60</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dengue</strong></td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.80</td>
<td>2.50</td>
<td>3.10</td>
<td>4.70</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Encéphalite à tiques</strong></td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>122</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.20</td>
<td>0.20</td>
<td>1.50</td>
<td>1.40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fièvre du Nil occidental</strong></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.01</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fièvre jaune</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fièvre Q</strong></td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.60</td>
<td>0.80</td>
<td>0.50</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Infection à Hantavirus</strong></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.20</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Paludisme</strong></td>
<td>7</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.40</td>
<td>5.70</td>
<td>3.10</td>
<td>4.40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Trichinellose</strong></td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.02</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tularémie</strong></td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>46</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.30</td>
<td>0.20</td>
<td>0.60</td>
<td>0.50</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Autres déclarations</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Botulisme</strong></td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.02</td>
<td>0.01</td>
<td>0.01</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Diphtérie</strong></td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.10</td>
<td>0.01</td>
<td>0.01</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Maladie de Creutzfeldt-Jakob</strong></td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.30</td>
<td>0.20</td>
<td>0.80</td>
<td>0.20</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tétanos</strong></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.01</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Maladies transmissibles
Statistique Sentinella

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu’au 12.2.2016 et incidence par 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semaine</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>Moyenne de 4 semaines</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Thème</td>
<td>N</td>
<td>N/10³</td>
<td>N</td>
<td>N/10³</td>
<td>N</td>
</tr>
<tr>
<td>Suspicion d’influenza</td>
<td>199</td>
<td>14.4</td>
<td>327</td>
<td>24.3</td>
<td>407</td>
</tr>
<tr>
<td>Oreillons</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Pneumonie</td>
<td>19</td>
<td>1.4</td>
<td>18</td>
<td>1.3</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Coqueluche</td>
<td>6</td>
<td>0.4</td>
<td>7</td>
<td>0.5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Piqure de tiques</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0.1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Borréliose de Lyme</td>
<td>2</td>
<td>0.1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Herpès zoster</td>
<td>9</td>
<td>0.7</td>
<td>12</td>
<td>0.9</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Néralgie post-zostérienne</td>
<td>2</td>
<td>0.1</td>
<td>4</td>
<td>0.3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Médecins déclarants</td>
<td>151</td>
<td>147</td>
<td>141</td>
<td>117</td>
<td>117</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Données provisoires

Déclarations de suspicion d’influenza dans le système Sentinella
Grippe saisonnière

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

Déclarations de suspicion d’influenza (état au 16.2.2016)

Activité et virologie en Suisse durant la semaine 6/2016
Durant la semaine 6, 117 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 41,1 cas de suspicion d’influenza pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 339 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. L’incidence a fortement augmenté par rapport à celle de la semaine précédente (252 cas pour 100 000 habitants). Elle se situe depuis la semaine 2 au-dessus du seuil épidémique national1. L’incidence était la plus élevée dans la classe d’âge des 0 à 4 ans et celle des 5 à 14 ans (Tableau 1). Par rapport à la semaine précédente, elle a fortement augmenté à tous les

1 Le seuil épidémique national a été calculé à l’aide des déclarations des 10 dernières saisons (sans pandémie 2009/10) en Suisse et se situe à 68 cas de suspicion d’influenza pour 100 000 habitants pour la saison 2015/16.
âges, à l’exception des personnes de 30 à 64 ans.
Toutes les régions Sentinel ont enregistré une activité grippe large- ment répandue, avec une tendance ascendante pour quatre d’entre elles (Tableau 1, Encadré). Durant la semaine 6, le Centre National de Réfé rence de l’Influenza a mis en évidence des virus Influenza dans 47% des 53 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinel, soit moins fréquemment que pendant la semaine précédente (59%). Les vi- rus détectés étaient dans 60% des échantillons positifs des Influenza B et dans 40% des Influenza A, qui apparta ntaient aussi bien au sous-type A(H1N1)pdm09 qu’au sous-type A(H3N2) (Tableau 2). 66% des 38 vi- rus Influenza antigéniquement carac térisés depuis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin contre la grippe saisonnière [1]; les virus non couverts sont des virus Influenza B du lignage Victoria.

Activité et virologie en Europe et dans le monde durant la semaine 5/2016
Selon le bureau régional de l’OMS pour l’Europe et selon le Centre eu ropéen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) [2,3], 12 des 42 pays qui ont fourni des données ont enregistré une intensi té de l’activité grippe basse (dont l’Italie), 24 pays une intensité moyenne (dont l’Allemagne et l’Aut riche), trois pays une intensité haute et trois pays une intensité très haute. Par rapport à la semaine pré cédente, 25 de ces pays ont enre gistré une tendance à la hausse et sept pays une tendance à la baisse. Quant à la répartition géographique, un des 43 pays qui ont fourni des données n’a observé aucune activi té grippe, cinq pays ont observé une activité sporadique, huit pays une activité locale, quatre une activi té régionale (dont l’Italie) et 25 une activité largement répandue (dont l’Allemagne).

En Europe, des virus Influenza ont été mis en évidence dans 46% des 3349 échantillons sentinelles testés, soit plus fréquemment que durant la semaine précédente (42%). La pro portion des échantillons positifs pour Influenza se situait entre 10% et 77% selon les pays (seulement pays avec au moins 20 échantillons). 35% des virus détectés étaient des Influenza B et 65% des Influenza A qui apparte ntaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09 (Tableau 2). Des virus Influenza A(H1N1)pdm09 dominaient dans 20 des 43 pays rapportant des virus, Influenza A(H3N2) dans un pays alors que Influenza A (sans indication du sous-type) dans cinq pays. Des vi- rus Influenza B dominaient dans deux pays. Dans les 15 autres pays, aucun des types et sous-types d’Influenza ne dominait. 100% des 1599 virus Influenza A et 12% des 192 virus Influenza B génétiquement caractérisés de puis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière [1]; les virus non couverts sont des virus Influenza B du lignage Victoria. 100% des virus Influenza A et B caractérisés sont couverts par le vaccin quadrivalent. Quatre des 736 virus Influenza A(H1N1)pdm09 et un des 61 virus Influenza A(H3N2) testés présentaient une résistance à l’Oselta mivir. Aucun des 54 virus Influenza B testés ne présentait de résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase.

Durant la semaine 5 aux États-Unis [4], la plupart des États ont enregistré une activité grippe locale ou régiona- le et d’une intensité basse avec une légère tendance à la hausse. L’activité se situait au-dessus du niveau de réfé rence national. 27% des virus gri- piaux détectés étaient des Influenza B

---

**Tableau 1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Incidence par âge</th>
<th>Consultations dues à une affection grippe pour 100 000 habitants</th>
<th>Activité grippe Classification, (tendance)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Âge</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0-4 ans</td>
<td>693</td>
<td>(ascendante)</td>
</tr>
<tr>
<td>5-14 ans</td>
<td>625</td>
<td>(ascendante)</td>
</tr>
<tr>
<td>15-29 ans</td>
<td>402</td>
<td>(ascendante)</td>
</tr>
<tr>
<td>30-64 ans</td>
<td>243</td>
<td>(constante)</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 65 ans</td>
<td>107</td>
<td>(ascendante)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tableau 2**

| Virus Influenza circulant en Suisse et en Europe | Frequence des types et sous-types d’Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées depuis la semaine 40/2015 |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semaine actuelle</th>
<th>Semaines cumulées</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22 février 2016</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
LA SURVEILLANCE SENTINELLA DE LA GRIPPE EN SUISSE

L’évaluation épidémiologique de l’activité grippale saisonnière est basée (1) sur les déclarations hebdomadaires de suspicion d’influenza transmises par les médecins Sentinelles, (2) sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l’Influenza (CNRI) à Genève et (3) sur tous les sous-types d’Influenza confirmés par les laboratoires soumis à la déclaration obligatoire. Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinelles permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

CLASSIFICATION DE L’ACTIVITÉ GRIPPALE

La classification de l’activité grippale se base (1) sur la proportion des médecins Sentinelles qui ont déclaré des cas d’affections grippales et (2) sur la mise en évidence des virus Influenza au CNRI :

- Pas d’activité : moins de 30% des médecins Sentinelles déclarants ont diagnostiqué des cas d’affections grippales. Aucun virus Influenza n’a été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle et précédente.
- Sporadique : moins de 30% des médecins Sentinelles déclarants ont diagnostiqué des cas d’affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.
- Répandue : 30 à 49% des médecins Sentinelles déclarants ont diagnostiqué des cas d’affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.
- Largement répandue : 50% et plus des médecins Sentinelles déclarants ont diagnostiqué des cas d’affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.

Ce n’est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinelles que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Cette dernière 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 Sentinelles!

et 73% des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09. Aux États-Unis, 93% des 483 virus Influenza antigéniquement ou génétiquement caractérisés depuis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin trivalent et 100% par le vaccin quadrivalent contre la grippe saisonnière [1]. Deux des 301 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés présentaient une résistance à l’Oseltamivir et au Peramivir, mais pas au Zanamivir. Aucun des 246 virus Influenza A(H3N2) et aucun des 152 virus Influenza B testés ne présentait de résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase.

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

Références
Les cas cliniques de coqueluche sont enregistrés dans le système suisse de déclaration Sentinel entre juin 1991 et août 2015. Tout cas correspondant aux critères cliniques suivants doit être déclaré : toux au moins 14 jours, accompagnée de quintes de toux, d’une reprise inspiratoire (cornage) ou de vomissements après la toux. Depuis janvier 2013 doivent également être rapportés les cas d’apnée chez les nourrissons (< 1 an) et toute personne chez qui un médecin a diagnostiqué une coqueluche (indépendamment des critères cliniques ci-dessus). Depuis mars 1994, *Bordetella pertussis* est recherché par PCR sur des frottis nasopharyngés. 86 % des cas déclarés ces 10 dernières années (2005–2014) ont été testés. L’extrapolation des données Sentinel à l’ensemble de la population fournissait en 1994–1995 46000 cas cliniques de coqueluche diagnostiqués chez un médecin de premier recours en cabinet, avec une incidence maximale de 373 cas pour 100 000 habitants en 1994. Depuis lors, elle est presque continuellement en hausse. Le nombre extrapoli de cas s’élevait à 3800, 5900, 4700 et 7900, respectivement pour les années 2009 à 2012, avant d’augmenter à 13 200 cas en 2013, pour une incidence de 164 cas pour 100 000 habitants, soit une diminution de 11 % par rapport à 2013. En 2014, 283 cas de coqueluche ont été déclarés par des médecins Sentinel, soit 4 % de moins que l’année précédente. De plus 103 cas (36 %) n’étaient pas classifiables par manque d’information clinique (5 cas sans déclaration complémentaire, soit 2 % du total des cas) ou ne remplissaient pas les critères cliniques de la définition (98 cas, 35 %). Parmi ces derniers, presque la totalité (97 cas) présentait une durée inférieure à 14 jours au moment de la déclaration, alors que la maladie n’était pas forcément finie. Toutefois, 14 de ces cas étaient confirmés au laboratoire. Les enfants âgés de moins de 12 mois ont représenté 6 % des 283 cas déclarés en 2014, alors que la proportion était de 17 % pour les enfants de 1 à 4 ans, de 12 % pour ceux de 5 à 9 ans et de 53 % pour les adultes de 20 ans et plus. L’incidence était maximale chez les enfants de 0 à 5 ans (546 cas pour 100 000 habitants) puis diminuait avec l’âge.
Maladies transmissibles

Statut vaccinal par âge des cas de coqueluche enregistrés en 2014 dans le système Sentinel et proportion en % des cas vaccinés selon les recommandations

<table>
<thead>
<tr>
<th>Age</th>
<th>N cas</th>
<th>Statut vaccinal</th>
<th>Cas vaccinés avec un nombre connu de doses de vaccin (n)</th>
<th>Nombre minimum de doses, proportion*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>In-connu</td>
<td>Non vacciné</td>
<td>Vacciné (≥ 1 dose)</td>
</tr>
<tr>
<td>0–2 mois</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>3–4 mois</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>5–6 mois</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>7–24 mois</td>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2–7 ans</td>
<td>63</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>8–19 ans</td>
<td>41</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>≥20 ans</td>
<td>151</td>
<td>66</td>
<td>32</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Total (n)</td>
<td>283</td>
<td>67</td>
<td>45</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>Total (%)</td>
<td>(100)</td>
<td>(23.7)</td>
<td>(15.9)</td>
<td>(60.4)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8–19 ans: 41 2 4 35 22 1 2 2 3 14 
≥20 ans: 151 66 32 54 8 1 2 3 2 0 
Total (n): 283 67 45 171 99 5 7 17 49 21 
Total (%): (100) (23.7) (15.9) (60.4) (35.0) (5.6) (7.1) (7.2) (49.5) (21.2) 

Les patients avec un statut vaccinal ou un nombre de doses inconnus n’ont pas été inclus dans le calcul des proportions.

jusqu’à 98/100 000 chez les adultes de 31 à 35 ans, avant d’augmenter jusqu’à un pic secondaire de 184/100 000 chez les adultes de 56 à 60 ans. L’âge médian des cas déclarés avant 2000 par les médecins généralistes et internistes était de 11 ans. Il a grimpé à 23 ans pour les cas déclarés entre 2000 et 2009 et à 39 ans pour ceux déclarés à partir de 2010. A l’inverse, l’âge médian des cas rapportés par les pédiatres était particulièrement bas de 2007 à 2009 (2 ans) avant de remonter en 2010–2014 à un niveau similaire aux valeurs antérieures, soit 4 ans. En 2014, comme chaque année, l’incidence de la coqueluche était plus élevée chez les femmes (179/100 000) que chez les hommes (110/100 000).

En 2014, 60 % des cas déclarés avaient reçu au moins une dose d’un vaccin contre la coqueluche, 16 % n’étaient pas vaccinés et 24 % avaient un statut vaccinal inconnu (voir tableau). Le nombre de doses chez les adultes appartenait à cette dernière catégorie. De plus, le nombre de doses reçues était inconnu pour 85 % des adultes vaccinés. Selon l’âge, de 50 à 90 % des cas avec un statut vaccinal et un nombre de doses connus étaient vaccinés conformément aux recommandations de l’OFSP. De plus, 83 % des cas de plus de 24 mois vaccinés avec un nombre de doses connu avaient reçu au moins 4 doses. Ces données suggèrent que la transmission de la coqueluche dans la population résulte davantage d’une perte progressive avec le temps de l’immunité vaccinale que d’une couverture vaccinale insuffisante. D’où l’introduction récente de doses de rappel pour les adolescents et les jeunes adultes.

Selon des données encore provisoires, le nombre de déclarations a poursuivi sa tendance à la baisse durant les 8 premiers mois de l’année 2015 par rapport à la période correspondante de l’année précédente, passant de 219 à 115, ce qui représente une diminution de 47 %. Parmi les 98 cas testés par PCR en 2015, 17 % ont été confirmés pour B. pertussis.

Les informations recueillies par Sentinel sont complétées par la déclaration obligatoire des cas groupés de maladies transmissibles. En 2014, une telle situation a été signalée sept fois pour la coqueluche, impliquant à chaque fois de deux à sept personnes (61 au total), âgées de 0 à 36 ans. Trois de ces groupes étaient produit à l’école et une en crèche, dans deux cas, le lieu d’exposition était inconnu. Ces déclarations de groupes étaient à peine plus fréquentes en 2013 (neuf groupes) mais concernaient moins de personnes (29 au total). De janvier à août 2015, cinq déclarations de cas groupés ont été enregistrées, impliquant à chaque fois de deux à six personnes (16 au total), âgées de 0 à 45 ans.

Depuis mars 2013, l’OFSP recommande des mesures de prévention et de contrôle des fièvres de coqueluche dans les établissements de santé et les structures d’accueil collectif avec des nourrissons de moins de 6 mois de plus de 6 mois [1, 2]. En 2014, deux cas confirmés de coqueluche, occasionnant un risque d’exposition directe ou indirecte pour des nourrissons de moins de six mois, ont été signalés dans ce genre d’établissements.

De plus, la Swiss Paediatric Surveillance Unit (SPSU) a enregistré d’avril 2006 à mars 2010 les enfants hospitalisés pour coqueluche dans les cliniques suisses spécialisées en pédiatrie [3]. Cette surveillance a été relancée en janvier 2013, pour 4 ans. En 2014, 33 cas confirmés par PCR ou par culture ont été retenus, soit presque autant que les 32 cas déclarés en moyenne annuelle durant l’enquête précédente [4].

L’OFSP recommande la vaccination de tous les enfants contre la coqueluche (vaccination de base) au moyen à chaque fois d’une dose de DTP-Hib-IPV à l’âge de 2, 4 et 6 mois pour la primovaccination, puis d’une dose de booster entre 15 et 24 mois et d’une dose de booster DTP-IPV entre 4 et 7 ans. Une dose de rappel (DTp) a récemment été introduite pour les adolescents âgés de 11 à 15 ans et pour les jeunes adultes de 25 à 29 ans, de même que pour les femmes enceintes dès le 2e trimestre de grossesse, dont le dernier rappel, respectivement une coqueluche confirmée par PCR ou culture, remontent à plus de 5 ans [5, 6]. Il est recommandé aux adolescents et aux adultes, quel que soit leur âge, qui sont ou seront en contact régulier – familial ou professionnel – avec des nourrissons de moins de 6 mois de se faire vacciner une fois contre la coqueluche avec un vaccin d’DTp, si la dernière vaccination ou une coqueluche confirmée par PCR ou
La couverture vaccinale reste néanmoins insuffisante, en particulier pour les doses de rappel. Selon l’enquête nationale de 2011–2013, la couverture vaccinale pour la coqueluche chez les enfants âgés de 25 à 36 mois était de 96% pour au moins trois doses et de 89% pour au moins quatre doses [7]. Chez les enfants de 8 ans, la couverture était de 93% pour au moins quatre doses et de 78% pour au moins cinq doses. Chez les adolescents de 16 ans, elle était de 91% pour au moins trois doses, de 84% pour au moins quatre doses et de seulement 66% pour au moins cinq doses. L’atteinte et le maintien d’une couverture vaccinale élevée – y compris à travers des rattrapages – demeurent un élément essentiel de la lutte contre cette maladie, qui peut toujours, dans de rares cas, avoir une issue fatale chez les jeunes enfants, comme cela s’est produit en 2012 et en 2015 chez des nourrissons de 2 respectivement 1 mois. La vaccination recommandée offre une bonne protection contre les infections et si, malgré la vaccination, une infection se manifeste quand même, l’évolution de la maladie est la plupart du temps moins sévère que chez les patients non vaccinés [8].

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

Bibliographie

La consultation concernant la révision totale de la LAGH, menée au printemps 2015, a suscité un grand intérêt et le projet a reçu en général un accueil positif. Des modifications ont toutefois été proposées sur certains points. Elles concernent principalement la réglementation des analyses prénatales, des analyses ne relevant pas du domaine médical et de celles relatives à des caractéristiques non héréditaires.


En outre, la loi réglera également les analyses génétiques non médicales. Ces dernières seront classées en deux catégories soumises à des exigences spécifiques. Les analyses relatives à des caractéristiques particulièrement sensibles (p. ex., prédispositions sportives ou origine ethnique) impliqueront le recours à un médecin ou à un pharmacien. Les autres analyses pourront quant à elles être remises directement aux consommateurs, p. ex., via Internet. Le Conseil fédéral entend maintenir cette différenciation et examinera au cours de l’élaboration du projet de loi si la délimitation en deux groupes, critiquée lors de la consultation, doit être précisée.

Jusqu’ici, la LAGH régiait seulement les analyses génétiques relatives à des caractéristiques héréditaires. De même, elle intégrera aussi celles concernant des caractéristiques non héréditaires. Pour ces dernières, une attention particulière s’impose car des caractéristiques héréditaires peuvent également être découvertes lors de ces analyses. Il s’agit notamment des spécificités génétiques et biologiques des tumeurs, qui permettent de traiter les patients de façon individualisée. Le fait d’intégrer aussi des caractéristiques non héréditaires a été contesté lors de la consultation. En élaborant le projet de loi, il conviendra d’examiner dans quelle mesure les objections pourront être prises en compte.

Dans ce contexte, le Conseil fédéral a chargé le DFI de mettre au point le projet de loi et le message y relatif d’ici au printemps 2017. Il accorde une grande importance à ce sujet qui fait partie de l’agenda « Santé2020 ».
Stupéfiants

Vol d’ordonnances

<table>
<thead>
<tr>
<th>Canton</th>
<th>N° de bloc</th>
<th>Ordonnances n°</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Berne</td>
<td>193123D</td>
<td>4828051</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Swissmedic
Division stupéfiants
Campagne de communication
SmokeFree
Programmes nationaux de prévention

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

Faites de votre proche un coach pour arrêter de fumer au moyen de l’application SmokeFree Buddy*.

Je suis plus fort.

* Informations sur l’application gratuite et le lien de téléchargement sur www.smokefree.ch