

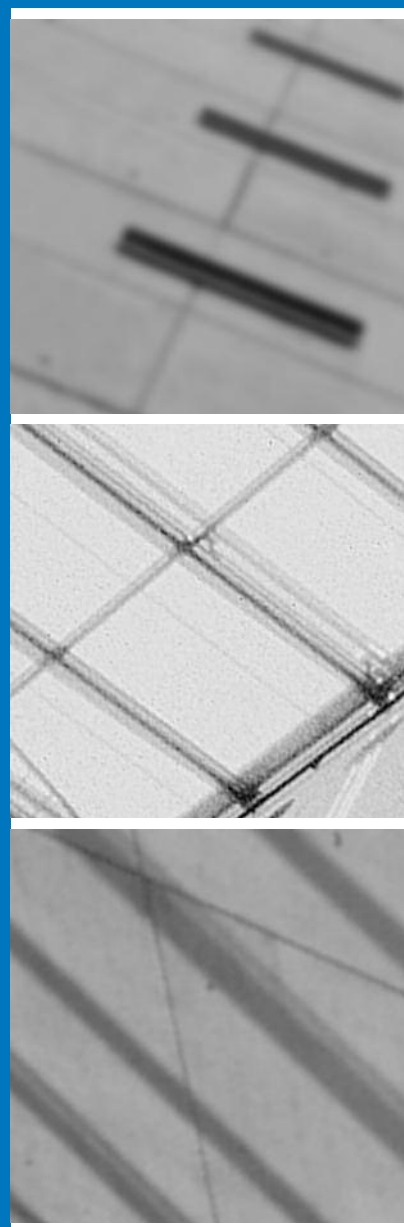
Bulletin 47/10

Office fédéral de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Editeur

Office fédéral de la santé publique
3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

Rédaction

Office fédéral de la santé publique
3003 Berne
Téléphone 031 322 96 39
info@bag.admin.ch

Impression

Stämpfli Publications SA
Wölflistrasse 1
CP 8326
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

Abonnements, changements d'adresse

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
E-mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch
Téléphone 031 325 50 50
Fax 031 325 50 58

ISSN 1420-4266

Maladies transmissibles

Déclarations des maladies infectieuses 1116

Statistique Sentinella

1118

Maladies à pneumocoques 2009

1121

Sécurité alimentaire

**Communiqué de presse: Sous la loupe – les effets
de la publicité et du marketing dans le domaine
des denrées alimentaires**

1128

Campagne d'annonces 2010

Unis contre la grippe

1129

Love Life Stop Sida

1130

**Information de la population de l'OFSP
sur la transplantation et le don d'organes**

1131

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 45^e semaine (16.11.2010)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. 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.

Les données cantonales sont accessibles sur Internet: <http://www.admin.ch/bag/infreporting>

^b Maladie soumise à la déclaration obligatoire le 1.1.2008. N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

^d Maladie soumise à la déclaration obligatoire le 1.1.2009.

^e Cas de la MCJ classique, confirmés et probables.

On renonce à présenter les données en détail, compte tenu du processus diagnostique qui peut durer jusqu'à deux mois.

Le nombre de cas confirmés et probables durant l'année 2008 est de 14 et en 2009 de 15.

^f À partir de septembre 2010, A(H1N1) 2009 inclus; Les données sur la grippe pandémique A(H1N1) 2009 de la saison 2009/2010 sont disponibles sous www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/0189/.

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008
Transmission respiratoire												
Tuberculose	8 <i>5.40</i>	10 <i>6.80</i>	6 <i>4.10</i>	30 <i>5.10</i>	31 <i>5.20</i>	32 <i>5.50</i>	550 <i>7.10</i>	573 <i>7.40</i>	507 <i>6.70</i>	488 <i>7.30</i>	501 <i>7.50</i>	455 <i>7.00</i>
Maladies invasives à méningocoques				2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>	4 <i>0.70</i>	56 <i>0.70</i>	70 <i>0.90</i>	58 <i>0.80</i>	47 <i>0.70</i>	63 <i>0.90</i>	53 <i>0.80</i>
Légionellose	5 <i>3.40</i>	6 <i>4.10</i>	4 <i>2.80</i>	24 <i>4.10</i>	24 <i>4.10</i>	15 <i>2.60</i>	278 <i>3.60</i>	220 <i>2.90</i>	247 <i>3.30</i>	255 <i>3.80</i>	200 <i>3.00</i>	231 <i>3.50</i>
Haemophilus influenzae: invasif	2 <i>1.40</i>	1 <i>0.70</i>	3 <i>2.10</i>	8 <i>1.40</i>	5 <i>0.80</i>	12 <i>2.10</i>	89 <i>1.20</i>	92 <i>1.20</i>	78 <i>1.00</i>	69 <i>1.00</i>	81 <i>1.20</i>	70 <i>1.10</i>
Rougeole	2 <i>1.40</i>		4 <i>2.80</i>	7 <i>1.20</i>	4 <i>0.70</i>	21 <i>3.60</i>	60 <i>0.80</i>	1183 <i>15.40</i>	2263 <i>29.90</i>	57 <i>0.90</i>	1111 <i>16.70</i>	2148 <i>32.80</i>
Rubéole ^b	1 <i>0.70</i>			1 <i>0.20</i>			9 <i>0.10</i>	29 <i>0.40</i>	13 <i>0.20</i>	8 <i>0.10</i>	29 <i>0.40</i>	13 <i>0.20</i>
Rubéole materno-fœtale ^c								1 <i>0.01</i>	1 <i>0.01</i>		1 <i>0.02</i>	
Virus influenza ^f Types et sous-types saisonniers		1 <i>0.70</i>	1 <i>0.70</i>	1 <i>0.20</i>	5 <i>0.80</i>	4 <i>0.70</i>	83 <i>1.10</i>	795 <i>10.30</i>	603 <i>8.00</i>	49 <i>0.70</i>	764 <i>11.50</i>	577 <i>8.80</i>
Maladies invasives à pneumocoques	14 <i>9.50</i>	12 <i>8.10</i>	13 <i>8.90</i>	65 <i>11.00</i>	68 <i>11.50</i>	57 <i>9.80</i>	963 <i>12.50</i>	1086 <i>14.10</i>	1119 <i>14.80</i>	772 <i>11.60</i>	943 <i>14.10</i>	965 <i>14.70</i>
Transmission féco-orale												
Campylobacter	123 <i>83.00</i>	143 <i>96.50</i>	140 <i>96.30</i>	557 <i>94.00</i>	592 <i>99.90</i>	548 <i>94.20</i>	6943 <i>90.10</i>	7801 <i>101.30</i>	7053 <i>93.30</i>	5854 <i>87.80</i>	6660 <i>99.90</i>	6464 <i>98.80</i>
Salmonella (para)typhi	1 <i>0.70</i>			3 <i>0.50</i>			22 <i>0.30</i>	14 <i>0.20</i>	27 <i>0.40</i>	20 <i>0.30</i>	13 <i>0.20</i>	22 <i>0.30</i>
Autres salmonelles	28 <i>18.90</i>	35 <i>23.60</i>	69 <i>47.40</i>	115 <i>19.40</i>	139 <i>23.50</i>	257 <i>44.20</i>	1243 <i>16.10</i>	1456 <i>18.90</i>	1986 <i>26.30</i>	1106 <i>16.60</i>	1200 <i>18.00</i>	1813 <i>27.70</i>
Shigelles	4 <i>2.70</i>	7 <i>4.70</i>	9 <i>6.20</i>	26 <i>4.40</i>	29 <i>4.90</i>	34 <i>5.80</i>	228 <i>3.00</i>	291 <i>3.80</i>	299 <i>4.00</i>	203 <i>3.00</i>	249 <i>3.70</i>	260 <i>4.00</i>
E. coli entérohémorragique	1 <i>0.70</i>	1 <i>0.70</i>	1 <i>0.70</i>	5 <i>0.80</i>	5 <i>0.80</i>	7 <i>1.20</i>	41 <i>0.50</i>	47 <i>0.60</i>	69 <i>0.90</i>	37 <i>0.60</i>	41 <i>0.60</i>	64 <i>1.00</i>
Hépatite A	2 <i>1.40</i>		3 <i>2.10</i>	6 <i>1.00</i>	4 <i>0.70</i>	10 <i>1.70</i>	74 <i>1.00</i>	117 <i>1.50</i>	129 <i>1.70</i>	61 <i>0.90</i>	99 <i>1.50</i>	118 <i>1.80</i>
Listéria	2 <i>1.40</i>	2 <i>1.40</i>	2 <i>1.40</i>	2 <i>0.30</i>	5 <i>0.80</i>	4 <i>0.70</i>	59 <i>0.80</i>	43 <i>0.60</i>	43 <i>0.60</i>	55 <i>0.80</i>	39 <i>0.60</i>	39 <i>0.60</i>

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008	2010	2009	2008
Transmission par du sang ou sexuelle												
Hépatite B aiguë			4		4	9	52	77	77	44	65	66
			2.80		0.70	1.50	0.70	1.00	1.00	0.70	1.00	1.00
Total des déclarations (B)	25	18	26	109	97	108	1198	1204	1231	1036	1058	1101
Hépatite C aiguë			1	2	2	2	55	73	32	46	66	31
			0.70	0.30	0.30	0.30	0.70	0.90	0.40	0.70	1.00	0.50
Total des déclarations (C)	26	21	38	111	100	125	1532	1569	1543	1297	1372	1387
Chlamydia trachomatis	108	130	98	547	491	462	6663	6429	5765	5812	5509	5130
	72.90	87.80	67.40	92.30	82.90	79.40	86.50	83.50	76.20	87.20	82.70	78.40
Gonorrhée	25	17	16	98	80	68	1263	927	952	1110	811	829
	16.90	11.50	11.00	16.50	13.50	11.70	16.40	12.00	12.60	16.70	12.20	12.70
Syphilis	24	28	15	99	106	50	1133	809	745	1005	714	653
	16.20	18.90	10.30	16.70	17.90	8.60	14.70	10.50	9.90	15.10	10.70	10.00
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Encéphalite à tiques	3	3		7	7	6	92	117	120	89	112	118
	2.00	2.00		1.20	1.20	1.00	1.20	1.50	1.60	1.30	1.70	1.80
Paludisme	7	8	5	30	22	16	233	194	203	208	168	190
	4.70	5.40	3.40	5.10	3.70	2.80	3.00	2.50	2.70	3.10	2.50	2.90
Chikungunya		1			1		14	7	2	7	5	2
		0.68			0.17		0.18	0.09	0.03	0.11	0.08	0.03
Dengue			1	5	3	5	83	38	44	80	29	38
			0.70	0.80	0.50	0.90	1.10	0.50	0.60	1.20	0.40	0.60
Infections à Hantavirus									1			1
									0.01			0.02
Fièvre jaune												
Brucella				1	1		11	8	4	7	7	4
				0.20	0.20		0.10	0.10	0.10	0.10	0.10	0.10
Trichinella spiralis ^d							2	3		1	3	
							0.03	0.04		0.02	0.05	
Tularémie				1			12	5	6	12	4	6
				0.20			0.20	0.10	0.10	0.20	0.10	0.10
Autres déclarations												
Botulisme							1			1		
							0.01			0.02		
Tétanos							2	4		2	3	
							0.03	0.05		0.03	0.05	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob ^e										7		

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

Statistique Sentinella

Déclarations (N) des dernières 4 semaines et incidence par 1000 consultations (N/10³), état au 16.11.2010

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

Semaine	42		43		44		45		Moyenne de 4 semaines	
Thème	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Suspicion de grippe	17	1.4	18	1.3	12	0.9	12	0.9	14.8	1.1
Oreillons	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otite moyenne	54	4.6	36	2.6	54	4.2	49	3.7	48.3	3.8
Pneumonie	22	1.9	20	1.4	16	1.2	28	2.1	21.5	1.6
Coqueluche	2	0.2	5	0.4	3	0.2	5	0.4	3.8	0.3

Médecins déclarants

131

147

148

139

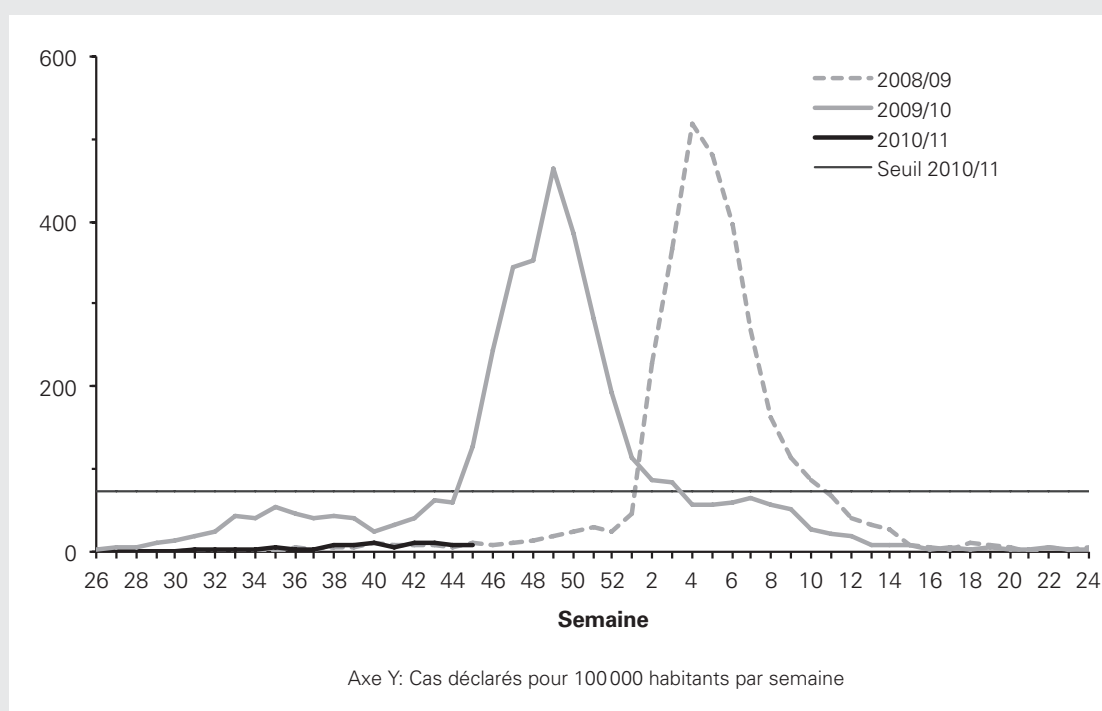
141.3

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 16.11.2010)

Activité et virologie en Suisse durant la semaine 45/2010

Durant la semaine 45, 139 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 0.9 cas de suspi-

cion d'influenza pour 1000 consultations. Cette incidence ne s'est pas modifiée par rapport à celle de la semaine précédente.

Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence totale de 8 consultations dues à une affection grippale pour 100 000

habitants. L'incidence se situe au-dessous du seuil épidémique national¹.

¹ Le seuil épidémique national est calculé à l'aide des données épidémiologiques des neuf dernières saisons en Suisse et se situe à 72 cas de suspicion d'influenza pour 100 000 habitants.

L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des 30 à 64 ans (tableau 1).

Comme dans les semaines précédentes, aucune des régions Sentinella n'a enregistré d'activité grippale (tableau 1).

Durant la semaine 45, le centre national de référence de l'influenza n'a mis en évidence aucun virus Influenza dans les 12 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella (tableau 2).

Activité grippale et virologie en Europe et dans le monde durant la semaine 44/2010

Selon les indications du réseau de surveillance de la grippe OMS/Europe Influenza Surveillance (EuroFlu) [1] et du European Influenza Surveillance Network (EISN) [2], 27 pays (dont l'Allemagne) n'ont enregistré aucune activité grippale, 9 pays (dont la France) une activité grippale sporadique et un pays (Arménie) une activité locale.

En Europe, des virus Influenza ont été mis en évidence dans 4% des 435 échantillons sentinelles testés, soit plus fréquemment que durant la semaine précédente (2%). 44% des virus détectés étaient des Influenza B et 56% des Influenza A, exclusivement du sous-type A(H1N1) 2009 pandémique (Tableau 2).

L'Amérique du Nord a enregistré une activité grippale faible. 39% des virus grippaux détectés étaient des Influenza B et 61% des Influenza A. ■

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

Références

1. WHO/Europe influenza surveillance (EuroFlu.org), <http://www.euroflu.org>
2. European Influenza Surveillance Network (EISN), European Center for Disease Prevention and Control ecdc, <http://ecdc.europa.eu/en/Activities/Surveillance/EISN>

Tableau 1
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge et de la région pour 100 000 habitants durant la semaine 45

Incidence	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Activité grippale Classification, tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	0	descendante
5-14 ans	5	constante
15-29 ans	7	constante
30-64 ans	13	ascendante
≥ 65 ans	0	descendante
Incidence par région de Sentinella		
Région 1 (GE, NE, VD, VS)	3	pas d'activité, descendante
Région 2 (BE, FR, JU)	8	pas d'activité, constante
Région 3 (AG, BL, BS, SO)	19	pas d'activité, constante
Région 4 (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)	0	pas d'activité, descendante
Région 5 (AI, AR, SG, SH, TG, ZH)	8	pas d'activité, constante
Région 6 (GR, TI)	13	pas d'activité, ascendante
Suisse	8	pas d'activité, constante

Tableau 2
Virus Influenza circulant en Suisse et en Europe

Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées depuis la semaine 40

	Semaine actuelle	Semaines cumulées
Suisse durant la semaine 45		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons positifs)	0% (0)	1% (1)
B	0%	100%
A(H3N2)	0%	0%
A(H1N1) saisonnier	0%	0%
A(H1N1) 2009 pandémique	0%	0%
A non sous-typé	0%	0%
Europe durant la semaine 44		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons positifs)	4% (18)	2% (54)
B	44%	50%
A(H3N2)	0%	7%
A(H1N1) saisonnier	0%	0%
A(H1N1) 2009 pandémique	56%	37%
A non sous-typé	0%	6%

LA SURVEILLANCE SENTINELLA DE LA GRIPPE

L'évaluation épidémiologique de l'activité grippale saisonnière est basée (1.) sur les déclarations hebdomadaires de suspicion d'influenza transmises par les médecins Sentinella, (2.) sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National Influenza (CNI), à Genève, et (3.) sur tous les sous-types d'Influenza confirmés par les laboratoires, soumis à la déclaration obligatoire. Les typisations effectuées par le CNI 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. Cette dernière est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella!

**Grippe :
Protégeons-nous
ensemble !**



**Vaccination contre la grippe
recommandée dès octobre.**



**Grippe saisonnière: il est temps
de se faire vacciner!**

L'affiche ci-contre rappelle qu'il est recommandé de se faire vacciner contre la grippe aux personnes à risques de complications, soit les personnes de 65 ans et plus, celles qui sont atteintes de maladies chroniques, et les femmes enceintes dès le 2^e trimestre. La devise souligne aussi qu'il est recommandé à l'entourage des personnes à risque (famille et professionnels de la santé) de se faire vacciner pour éviter la transmission des virus de la grippe. Le moment optimal pour la vaccination se situe entre la mi-octobre et la mi-novembre.



Bon de commande

Envoyez-moi s'il vous plaît gratuitement:

	Nombre d'exemplaires		
	Allemand	Français	Italien
Brochure pour les professionnels de la santé «La grippe, non. Le vaccin, oui!» (Numéro d'article: 311.297)			
Brochure pour la population «Grippe saisonnière. Protégeons-nous ensemble!» (Numéro d'article: 311.295)			
Factsheet Grippe saisonnière (Numéro d'article: 311.280)			

Cabinet médical/Pharmacie/Organisation/Firme:

Nom:

Prénom:

Adresse:

NPA/Lieu:

Remarques:

Date/Signature:

Veuillez s'il vous plaît envoyer le bon de commande à l'adresse suivante:

OFCL. Vente des publications fédérales, 3003 Berne, fax 031 325 50 58, verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Maladies à pneumocoques 2009

En 2009, 1123 cas de maladie invasive à pneumocoques ont été déclarés à l'Office fédéral de la santé publique. L'incidence a légèrement augmenté par rapport à l'année précédente, passant de 14,0 à 14,6 cas pour 100 000 habitants. La létalité globale est restée relativement stable, à 10%. 15% des 1110 isolats de pneumocoques analysés présentaient une résistance intermédiaire ou complète à au moins un antibiotique. Dans la classe d'âge des moins de 2 ans, pour qui la vaccination complémentaire contre les pneumocoques avec le vaccin conjugué heptavalent (PCV7) est recommandée depuis 4 ans, l'incidence était de 14,5 cas en 2009, alors qu'elle était en moyenne de 29,6 cas pour 100 000 habitants avant l'introduction de ladite vaccination complémentaire, soit pour la période 2001-2005. Dans cette classe d'âge, 31% des isolats analysés présentaient une résistance intermédiaire ou complète à au moins un antibiotique. Les sérotypes dominants sont les 19A, 3 et 7F, qui ne sont pas couverts par le PCV7. Par rapport aux années précédentes, la part des maladies invasives à pneumocoques dues aux sérotypes couverts par le vaccin continue de reculer, atteignant désormais environ 19%; en conséquence, l'incidence des cas liés à ces sérotypes est passée de 21,0 (moyenne des années 2001-2005) à 5,3 pour 100 000 habitants en 2009. Cette évolution résulte vraisemblablement de l'augmentation continue de la couverture vaccinale avec le PCV7.

Dans le cadre de la surveillance Sentinella, le Centre national pour les pneumocoques invasifs a reçu 435 frottis du nasopharynx et de la gorge réalisés sur des patients présentant une otite moyenne aiguë ou une pneumonie, et a isolé des pneumocoques chez 41% d'entre eux. La répartition des sérotypes des isolats non invasifs était sensiblement identique à celle des isolats invasifs.

Il est indispensable de poursuivre la surveillance des maladies invasives à pneumocoques en Suisse, afin de repérer tout changement dans l'épidémiologie, la répartition des sérotypes et les résistances aux antibiotiques, de façon à pouvoir adapter à temps les recommandations relatives à la vaccination et à la thérapeutique. Nous remercions les médecins et les laboratoires qui ont participé à la surveillance de ces maladies.

Surveillance et vaccination

La déclaration des maladies invasives à pneumocoques (MIP) est obligatoire en Suisse depuis mars 1999, pour les médecins comme pour les laboratoires. Ces derniers peuvent, à titre volontaire, envoyer des isolats de pneumocoques au Centre national pour les pneumocoques invasifs (CNPI), qui procède à leur sérotypage et détermine leur résistance à la pénicilline, à l'érythromycine, au cotrimoxazole et à la lévofloxacine. Le CNPI reçoit en outre, des médecins du réseau Sentinella, des frottis de la gorge et du nasopharynx réalisés sur des patients présentant une pneumonie ou une otite moyenne aiguë. Les pneumocoques ainsi isolés sont analysés selon le même algorithme que les isolats de pneumocoques invasifs.

Depuis novembre 2005, la vaccination complémentaire avec trois doses de vaccin antipneumococcique conjugué heptavalent (PCV7) est recommandée pour tous les enfants, à l'âge de 2, 4 et 12 mois. Une dose supplémentaire est administrée à l'âge de 6 mois aux enfants présentant un risque accru d'infection ou de complication. Afin d'étendre la couverture des sérotypes, la vaccination avec une à deux doses du vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23) est recommandée aux personnes de plus de 2 ans présentant un risque élevé de MIP, ainsi qu'aux plus de 64 ans. L'assurance de base prend en charge depuis juillet 2001 la vaccination avec le PCV7 des enfants de moins de 5 ans à risque, et de tous les enfants de moins de 2 ans depuis août 2006. Elle rembourse également depuis 2000 la vaccination avec le PPV23 des personnes à risque, et celle des plus de 64 ans depuis juillet 2009.

MALADIES INVASIVES À PNEUMOCOQUES

Déclarations et isolats

En 2009, 1123 déclarations de MIP sont parvenues à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il manquait la déclaration du laboratoire pour 3% d'entre elles et la déclaration complémentaire du médecin dans 9% des cas. Par rapport à l'an-

Tableau 1

Nombre de cas de MIP, par classe d'âge, et incidence annuelle (pour 100 000 habitants): moyenne de la période 2001-2005 et résultats des années 2006 à 2009 (selon état de la population résidente au 31.12.2008)

Age [ans]	Ø 2001-05		2006		2007		2008		2009	
	Cas	Inc.	Cas	Inc.	Cas	Inc.	Cas	Inc.	Cas	Inc.
0-1	43	29.6	48	33.0	31	21.2	30	20.3	22	14.5
2-4	32	14.0	29	13.2	37	16.8	27	12.2	39	17.3
5-15	30	3.3	29	3.2	49	5.4	29	3.2	32	3.6
16-64	345	7.1	330	6.6	376	7.5	417	8.2	444	8.6
≥ 65	472	41.3	501	42.0	553	45.5	561	45.1	586	45.9
Inconnu	3		1		0		1		0	
Total	925	12.7	938	12.6	1046	13.9	1065	14.0	1123	14.6

née précédente, le nombre de déclarations de MIP a augmenté de 5%, atteignant son plus haut niveau depuis le début de la surveillance (tableau 1).

En revanche, chez les enfants de moins de 2 ans, ce nombre a chuté de 51% par rapport à la moyenne des années 2001-2005. 32% de ces 22 cas concernaient des nourrissons âgés de 0 à 3 mois, qui ne pou-

vaient donc pas encore être complètement protégés par la vaccination.

En 2009, le CNPn a reçu, à des fins de sérotypage et de détermination de la résistance, des isolats de 1108 patients avec une MIP confirmée. Deux patients avaient été infectés simultanément par deux sérotypes différents, qui ont été considérés comme deux cas dis-

tincts. 1110 isolats ont donc été analysés.

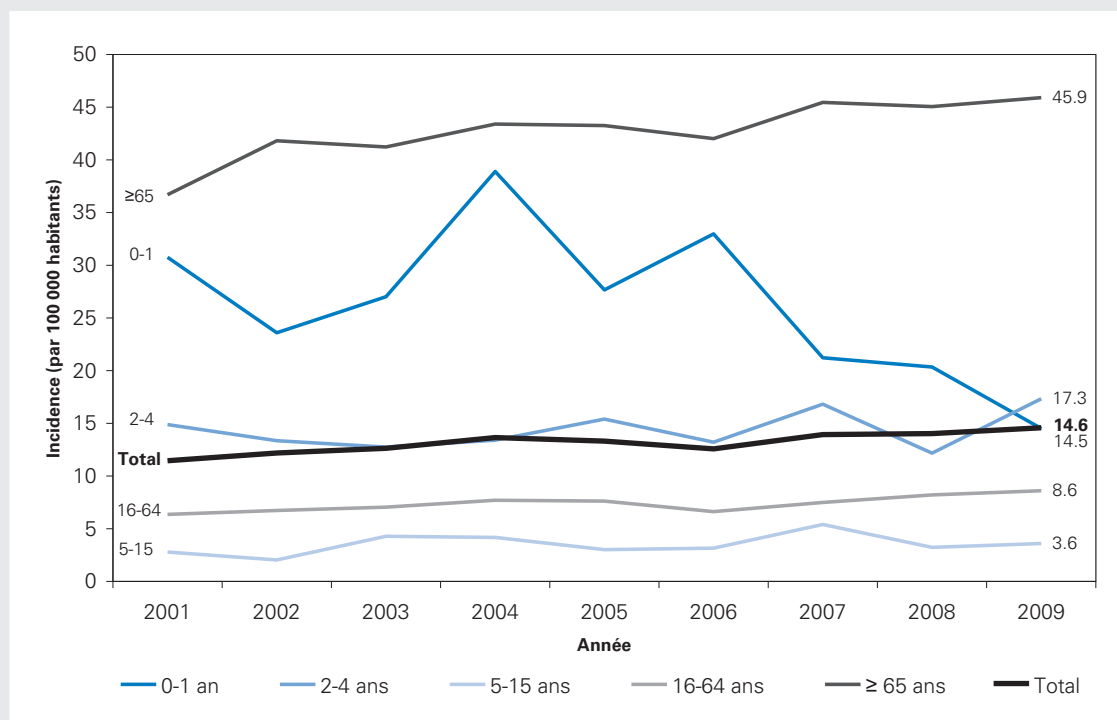
Incidence

L'incidence annuelle des MIP a augmenté de 4%, passant, pour 100 000 habitants, de 14 cas en 2008 à 14,6 cas en 2009 (figure 1; tableau 1).

En 2009, les incidences annuelles spécifiques les plus élevées ont été observées chez les adultes de ≥ 65

Figure 1

Incidence annuelle des MIP par groupe d'âge, pour 100 000 habitants, pour les années 2001 à 2009 (selon état de la population résidente au 31.12.2008)



ans et plus et chez les enfants de moins de 5 ans, celle des bébés de 1 an ne représentant qu'environ la moitié (9,3 cas pour 100 000 habitants) de celle des autres enfants de moins de 5 ans (17,9 cas pour 100 000 habitants).

Chez les enfants de moins de 2 ans, l'incidence a reculé par rapport à l'année précédente, atteignant son niveau le plus bas depuis 2006, année de l'introduction de la recommandation de vaccination complémentaire. L'incidence des enfants entre 2 et 4 ans a, quant à elle, légèrement augmenté. Dans les autres classes d'âge, elle est restée stable (figure 1; tableau 1).

Comme les années précédentes, les personnes de sexe masculin ont été davantage touchées par les MIP que les femmes, avec 16,2 cas contre 13 cas pour 100 000 habitants. Selon la classe d'âge concernée, le risque était 1,3 à 1,6 fois plus élevé pour les hommes, sauf

Tableau 2

Manifestations des MIP en 2009 pour les cas et les décès dont les signes cliniques sont connus, toutes classes d'âge confondues et chez les moins de 2 ans (plusieurs réponses possibles)

Manifestation	0-1 an		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès
Nombre de cas (clinique connue)	18	1	1015	118
Pneumonie	4 (23%)	0	781 (77%)	83 (70%)
Septicémie	9 (50%)	0	364 (36%)	72 (61%)
Méningite	6 (33%)	1 (100%)	56 (6%)	9 (7%)
Arthrite	0	0	20 (2%)	0

chez les enfants de moins de 2 ans, où le risque pour les garçons était même inférieur (coefficient 0,8) à celui des filles.

Clinique

Sur les 1015 cas de MIP pour lesquels les signes cliniques sont connus, les manifestations les plus fréquentes étaient la pneumonie, suivie par la septicémie et, plus rarement, la méningite et l'arthrite (tableau 2).

Chez les moins de 2 ans, les pneumonies étaient 3,5 fois plus rares que chez l'ensemble des patients. Par contre, cette classe d'âge a déclaré 6 fois plus souvent une méningite et 1,4 fois plus souvent une septicémie.

Sur les 953 cas pour lesquels des informations étaient disponibles en matière de facteurs de risque, 38% n'en présentaient pas, 41% étaient touchés par une maladie sous-ja-

Figure 2

Fréquence des maladies prédisposant aux MIP (facteurs de risque) parmi les cas pour lesquels ces données sont connues (N = 953; plusieurs réponses possibles)

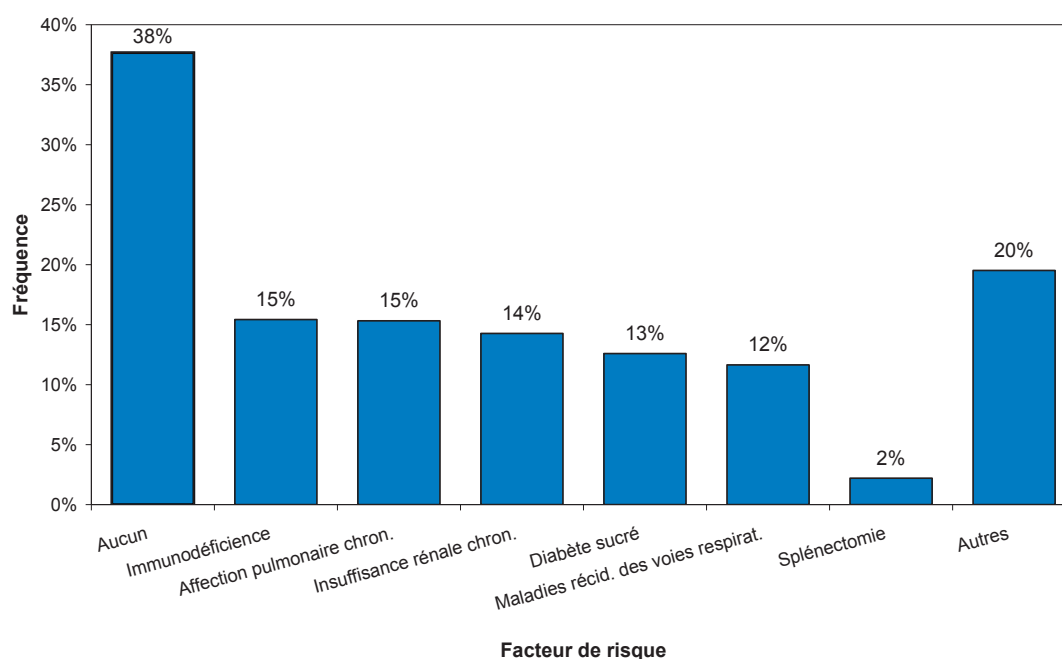


Tableau 3
Létalité des MIP en fonction de l'âge, moyenne de la période 2001-2005 et résultats des années 2006 à 2009

Age [ans]	Ø 2001-2005		2006		2007		2008		2009	
	Décès	Létal.	Décès	Létal.	Décès	Létal.	Décès	Létal.	Décès	Létal.
0-1	2	4%	0	0%	1	3%	0	0%	1	5%
2-4	1	3%	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%
5-15	0	1%	1	3%	3	6%	0	0%	0	0%
16-64	30	9%	10	3%	28	7%	25	6%	32	7%
≥ 65	68	14%	54	11%	82	15%	84	15%	86	15%
Inconnu	0		0		3		0		0	
Total	101	11%	66	7%	118	11%	109	10%	119	11%

cente qui les prédisposait aux MIP, 16% par deux, 5% par trois, et 1% par quatre. Le plus souvent, il s'agissait d'une immunodéficience ou d'une maladie pulmonaire chronique (figure 2).

Parmi les 22 enfants de moins de 2 ans, un seul présentait un facteur de risque (une affection chronique des voies respiratoires).

Létalité

Les MIP ont connu une issue mortelle dans 119 cas (tableau 3). La létalité est restée stable par rapport à l'année précédente, à 11%. Un décès a été enregistré chez les enfants.

Toutes classes d'âge confondues, la létalité des MIP a été maximale lorsque la maladie s'est manifestée par une septicémie (20%), puis par

une méningite (16%) et enfin par une pneumonie (11%).

Résistance aux antibiotiques

15% des 1110 isolats de pneumocoques invasifs analysés au CNPn présentaient une résistance intermédiaire ou complète à l'un des quatre antibiotiques testés, 6% à deux et 2,5% à trois. Par comparaison avec l'année précédente, la part des isolats résistants à au moins un antibiotique et celle des isolats multirésistants est restée plus ou moins stable (tableau 4).

La proportion des isolats présentant une sensibilité diminuée à la pénicilline, au cotrimoxazole et à l'érythromycine est restée à un niveau similaire à celui de 2008. Pas de changement pour la lévofloxacine, à laquelle aucune résistance n'a été constatée.

Chez les moins de 2 ans, les résistances restent plus fréquentes que chez les autres patients. En 2009, la proportion des isolats présentant une résistance intermédiaire voire complète à au moins un antibiotique était toutefois moindre que les années précédentes (tableau 4). Quant à la fréquence des isolats présentant une double ou une triple résistance, elle a reculé.

Parmi les isolats issus d'enfants de moins de 2 ans et résistants à trois antibiotiques, 36% étaient du sérotype 19A, 29% du sérotype 14 et 14% du sérotype 6b. Pour ce qui concerne les isolats présentant une double résistance, celle-ci était due au sérotype 19A dans 19% des cas, au sérotype 14 dans 19% des cas également, et au sérotype 6A dans 12% des cas.

La proportion des pneumocoques présentant une résistance intermédiaire à la pénicilline et au cotrimoxazole est restée à peu près dans la moyenne des deux années précédentes.

Contrairement à l'évolution observée dans la population générale, la part des isolats résistants à l'érythromycine a baissé chez les moins de 2 ans, passant du plus haut niveau jamais enregistré, en 2008, à son niveau le plus bas, en 2009.

Répartition des sérotypes

En 2009, les sérotypes les plus fréquemment isolés étaient le 3, le 7F et le 14, comme en 2007 et en 2008 (tableau 5). Cet ordre s'est toutefois modifié, la fréquence du sérotype 7F étant désormais plus élevée que celle du sérotype 14, lequel était en tête de classement en 2007, à 14%.

Chez les moins de 2 ans, les sérotypes 3 et 7F étaient aussi les plus fréquents, avec le sérotype 19A. La baisse de fréquence du sérotype 14

Tableau 4
Résistance des isolats de pneumocoques invasifs analysés, toutes classes d'âge confondues et chez les moins de 2 ans, moyenne de la période 2002-2005 et résultats des années 2006 à 2009

Année	2002-2005	2006	2007	2008	2009
Total des isolats					
Nombre d'isolats	1004	964	1030	1074	1110
Résistant	31%	26%	28%	25%	23%
Monorésistant	20%	18%	18%	15%	14%
Multirésistant	11%	8%	10%	9%	9%
Résistance intermédiaire à l'oxacilline	11%	10%	10%	9%	10%
Résistance à l'érythromycine	13%	13%	15%	13%	12%
Résistance au cotrimoxazole	16%	12%	15%	14%	12%
Résistance intermédiaire à la lévofloxacine	1%	0%	0%	0%	0%
Isolats des enfants de 0-1 an					
Nombre d'isolats	40	48	32	35	42
Résistant	41%	44%	47%	46%	31%
Monorésistant	27%	27%	38%	23%	17%
Multirésistant	14%	17%	9%	23%	14%
Résistance intermédiaire à l'oxacilline	18%	21%	19%	20%	20%
Résistance à l'érythromycine	21%	23%	28%	40%	15%
Résistance au cotrimoxazole	20%	25%	13%	20%	20%
Résistance intermédiaire à la lévofloxacine	0%	0%	3%	0%	0%

Tableau 5

Répartition par sérotype des isolats de pneumocoques invasifs analysés en 2009, par classe d'âge

Sérotype		Age [ans]					Total
		0-1	2-4	5-15	16-64	≥65	
Nombre total		42	23	31	438	534	1068
PCV13	PCV10	4	0%	0%	7%	8%	7%
		6B	2%	0%	3%	2%	3%
		9V	2%	4%	3%	5%	5%
		14	2%	0%	0%	8%	8%
		18C	2%	4%	0%	1%	2%
		19F	7%	0%	0%	3%	3%
		23F	2%	4%	7%	4%	5%
	PCV7	1	7%	9%	13%	5%	4%
		7F	10%	13%	16%	14%	10%
	PCV13	3	14%	30%	7%	13%	15%
		6A	7%	4%	10%	4%	5%
		19A	19%	22%	16%	6%	7%
	Autres*	8	0%	0%	0%	6%	4%
		11	2%	4%	3%	1%	3%
		22	2%	0%	0%	4%	4%
		Autres*	19%	5%	16%	16%	16%

* Sérotypes/sérogroupe 0, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 18F, 20, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 37 et 38

(couvert par le vaccin PCV7), observée depuis 2005, se poursuit; elle est passée de 32% à 2%. La tendance à la hausse du sérotype 19A (non couvert par le PCV7), observée depuis 2007, s'est poursuivie, passant de 6% à 19%. Dans cette classe d'âge, le sérotype 1, non couvert par le vaccin, a fait une première apparition et a été isolé plusieurs fois.

Chez les moins de 2 ans, la couverture des sérotypes par le PCV7 est passée de 31% en 2008, et même de 65% à l'introduction de la recommandation de vaccination complémentaire (2005), à 19% en

2009 (tableau 6). Cela se reflète au niveau de l'incidence liée à ces sérotypes, qui a baissé de 7,5 cas en 2008 et de 21,0 cas en moyenne pour les années 2002-2005 à 5,3 cas pour 100 000 habitants. Les deux vaccins conjugués décavalent (PCV10) et 13-valent (PCV13), pas encore autorisés, devraient offrir une couverture théorique nettement plus élevée. Chez les moins de 2 ans par exemple, la couverture du PCV10 serait environ deux fois plus élevée que celle du PCV7, et celle du PCV13 à peu près quatre fois plus élevée (tableau 6).

Tableau 6

Couverture théorique, par classe d'âge, des sérotypes des isolats de pneumocoques invasifs analysés en 2009 par le vaccin heptavalent autorisé (PCV7) et les vaccins décavalent et 13-valent (PCV10 et PCV13) pas encore autorisés

Age [ans]	Nombre d'isolats	Couverture théorique					
		PCV7 ^a (95%-CI)		PCV10 ^b (95%-CI)		PCV13 ^c (95%-CI)	
0-1	42	19%	(9%-34%)	36%	(22%-52%)	76%	(61%-88%)
2-4	23	13%	(3%-34%)	35%	(16%-57%)	91%	(72%-99%)
5-15	31	19%	(7%-37%)	48%	(30%-67%)	81%	(63%-93%)
16-64	438	31%	(27%-36%)	50%	(45%-55%)	73%	(68%-77%)
≥ 65	534	36%	(32%-40%)	45%	(41%-49%)	72%	(68%-76%)
Total	1110	32%	(29%-35%)	47%	(44%-50%)	73%	(70%-76%)

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

^b PCV7 plus sérotypes 1, 5 et 7F

^c PCV10 plus sérotypes 3, 6A et 19A

Statut vaccinal

8% des 773 cas dont on connaît le statut vaccinal étaient vaccinés contre les pneumocoques.

Chez les enfants de moins de 2 ans, pour lesquels une vaccination complémentaire avec le PCV7 est recommandée, 67% des 18 cas dont on connaît le statut vaccinal étaient vaccinés: les enfants de moins de 1 an avec 1 à 2 doses et les enfants de 1 an avec 2 à 3 doses. Chez les enfants de 2 à 4 ans, nés après l'introduction de la recommandation de la vaccination complémentaire, cette proportion était de 60% (sur les 27 cas dont le statut est connu), en règle générale avec 3 doses. Sur tous les sérotypes analysés concernant des MIP ayant touché des enfants de moins de 5 ans vaccinés (31 cas dont le sérotype est connu), il n'y en avait aucun qui était couvert par le PCV7, alors que dans 42% des 12 cas de MIP chez des enfants non vaccinés, le sérotype était l'un de ceux couverts par le vaccin.

Sur les 389 patients de 65 ans et plus (pour lesquels une vaccination avec le PPV23 est recommandée), 4% étaient vaccinés avec 1 à 2 doses.

MALADIES NON INVASIVES À PNEUMOCOQUES

Echantillons et isolats

En 2009, le CNPn a reçu des médecins Sentinella 435 frottis de la gorge et du nasopharynx. 69% des frottis ont été réalisés sur des patients atteints d'une otite moyenne aiguë, et 27% sur des patients souffrant d'une pneumonie; les données cliniques manquaient pour les 4% restants. *S. pneumoniae* a été isolé dans 41% des échantillons.

Répartition par âge

La répartition par âge des échantillons était similaire à celle des années précédentes. 66% des frottis ont été réalisés sur des enfants. Pour la première fois depuis le début de la surveillance des isolats non invasifs (1998), la proportion des échantillons dans lesquels des pneumocoques ont été isolés était plus faible chez les moins de 2 ans (47%) que chez les 2-4 ans (65%). Chez les adultes, la proportion de

Tableau 7

Résistance des isolats de pneumocoques non invasifs analysés entre 2005 et 2009, toutes classes d'âge confondues et chez les moins de 2 ans

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Total des isolats					
Nombre d'isolats	341	355	188	177	178
Résistance intermédiaire à l'oxacilline	16%	16%	13%	11%	13%
Résistance à l'érythromycine	15%	13%	15%	8%	10%
Résistance au cotrimoxazole	23%	14%	17%	13%	8%
Résistance intermédiaire à la lévofloxacine	0%	0%	0%	0%	0%
Isolats des enfants de <2 ans					
Nombre d'isolats	102	149	73	57	56
Résistance intermédiaire à l'oxacilline	24%	19%	19%	14%	11%
Résistance à l'érythromycine	22%	15%	25%	11%	7%
Résistance au cotrimoxazole	27%	14%	25%	14%	5%
Résistance intermédiaire à la lévofloxacine	0%	0%	0%	0%	0%

porteurs est restée moins élevée (21%), comme les années précédentes.

Résistance aux antibiotiques

La part des isolats présentant une résistance intermédiaire ou com-

plète à la pénicilline a légèrement augmenté par rapport à l'année précédente, marquant la fin de la baisse continue observée depuis 2005 (tableau 7). La résistance à l'érythromycine est restée plus ou moins stable par rapport à 2008. Quant à la résistance au cotrimoxazole, elle a reculé.

Dans la classe d'âge des moins de 2 ans, la résistance à ces trois antibiotiques a de nouveau connu une baisse par rapport à l'année précédente. La proportion des isolats complètement résistants à la pénicilline (CMI ≥ 2 µg/ml) et des isolats présentant une résistance intermédiaire à la ceftriaxone est restée au niveau de 2008, à respectivement 1,6% et 2,8%. Aucun isolat n'a montré une sensibilité diminuée à la lévofloxacine.

Au total, 16% des isolats présentaient une résistance intermédiaire ou complète à l'un des antibiotiques testés et 6% présentaient une résistance multiple.

Tableau 8

Répartition des sérotypes des isolats de pneumocoques non invasifs analysés en 2009, chez les moins de 2 ans, les 2-4 ans et toutes les classes d'âge confondues

Sérotipe		Age [ans]		Total
		0-1	2-4	
Nombre total		56	55	178
PCV13	4	0%	0%	1%
	6B	5%	5%	3%
	9V	0%	0%	1%
	14	0%	4%	2%
	18C	2%	2%	2%
	19F	20%	13%	14%
	23F	5%	2%	4%
	1	0%	2%	2%
	7F	9%	2%	5%
	3	16%	9%	19%
	6A	9%	2%	5%
	19A	11%	15%	9%
	8	0%	0%	0%
PCV10	11	4%	7%	6%
	22	2%	7%	5%
	Autres*	18%	30%	25%

* Sérotypes/sérogroupe 9, 10, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 28, 31, 33, 34, 35, et 38

Tableau 9

Couverture théorique des sérotypes des isolats de pneumocoques non invasifs analysés en 2009 par le vaccin heptavalent autorisé (PCV7) et les vaccins conjugués décavalent et 13-valent pas encore autorisés (PCV10 et PCV13), chez les moins de 2 ans, les 2-4 ans et toutes les classes d'âge confondues

Age [ans]	Nombre d'isolats	Couverture théorique		
		PCV7 ^a (95%-CI)	PCV10 ^b (95%-CI)	PCV13 ^c (95%-CI)
0-1	47	23% (12%-34%)	32% (22%-44%)	77% (66%-88%)
2-4	65	25% (14%-37%)	29% (17%-41%)	55% (41%-68%)
Total	178	27% (21%-34%)	32% (25%-39%)	72% (65%-78%)

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

^b PCV7 plus sérotypes 1, 5 et 7F

^c PCV10 plus sérotypes 3, 6A et 19A

Répartition des sérotypes

Les sérotypes les plus fréquemment isolés, de manière générale et chez les moins de 2 ans, étaient les 3, 19A, 19F, 11, 6A et 7F. L'ordre de fréquence a subi une nouvelle fois de profondes modifications par rapport à l'année passée, avec une augmentation du sérotipe 6A, et surtout des 7F et 19F, ainsi qu'un recul du sérotipe 23F (tableau 8).

La couverture théorique des sérotypes par le PCV7, le PCV10 et le PCV13 chez les moins de 2 ans était de respectivement 23%, 32% et 77% (tableau 9).

Statut vaccinal

85% des patients de moins de 2 ans et 77% des patients âgés de 2 à 4 ans étaient vaccinés avec le PCV7. Ces proportions se situent au même niveau que ceux de 2008.

42% des personnes de 65 ans et plus avaient été vaccinées avec le PPV23.

COMMENTAIRE

Chez les enfants de moins de 2 ans, le nombre de cas et l'incidence des MIP ont connu une nouvelle baisse par rapport à l'année précédente, ce qui était prévisible au vu de la

couverture vaccinale PCV7 à la hausse.

La couverture vaccinale à l'âge de 2 ans, qui est enregistrée chaque année dans un groupe de cantons différent, se situait en moyenne, selon une extrapolation provisoire, à 50% en 2009 (2 doses de PCV7). A noter que la couverture diverge fortement d'un canton à l'autre (UR: 3%; ZG: 74%). [1] Le niveau de couverture vaccinale reflète l'activité de vaccination pour les enfants de moins de 1 an en 2007, soit un an après l'introduction de la recommandation de vaccination complémentaire avec le PCV7. En 2006 et 2007, la couverture vaccinale avec la première dose de PCV7 n'était que de 2%, alors qu'en 2008, elle atteignait 36%. Voilà qui montre que la recommandation précitée a porté ses fruits, en partie tout au moins.

Parmi les 16 cas de MIP chez des enfants de moins de 2 ans dont on connaît le statut vaccinal et le sérotype, 19% étaient dus à l'un des sérotypes couverts par le PCV7. Cette proportion était de 14% pour les 14 cas de MIP concernant des enfants de 2 à 4 ans. Il est à relever que toutes ces MIP ont touché des enfants non vaccinés.

En 2009, la proportion des cas de MIP dus à un sérotype couvert par le PCV7 était inférieure de près de 65% à la moyenne des années 2002-2005 pour les moins de 2 ans, cette diminution atteignant même 75% pour les 2-4 ans. Cette baisse est également enregistrée au niveau du nombre absolu de MIP causées par ces sérotypes. En revanche, le nombre de MIP provoquées par un sérotype non compris dans le PCV7 a plus ou moins doublé, chez les moins de 2 ans comme chez les enfants entre 2 et 4 ans. Chez ces derniers, l'augmentation des MIP causées par un sérotype non couvert par le PCV7 a compensé la réduction des cas induits par un sérotype présent dans le PCV7, d'où une incidence constante dans cette classe d'âge. Le recul des sérotypes du PCV7 a également été observé dans les autres classes d'âge.

Comme l'année 2008, l'année 2009 a notamment été marquée par une augmentation des sérotypes 3, 7F et 19A, non couverts par le PCV7. Chez les moins de 2 ans,

c'est surtout le sérotype 19A qui domine. Il est de plus présent dans 55% des isolats multirésistants. Des phénomènes similaires de variation de répartition des sérotypes ont également été enregistrés dans d'autres pays ayant lancé un programme de vaccination avec le PCV7. C'est notamment le cas de la Grèce, du Portugal, de la France ou de l'Allemagne, qui recommandent depuis 2006 la vaccination généralisée des enfants de moins de 2 ans avec le PCV7, et où l'on a notamment constaté une augmentation des sérotypes 7F et 19A. [2-8] La Suisse se distingue des autres pays par la prédominance relative et constante du sérotype 3, le plus fréquemment isolé qu'il s'agisse des maladies à pneumocoques invasives ou non invasives. Il est probable que la pression de la sélection exercée par le PCV7 joue un rôle dans l'évolution de la fréquence des sérotypes. Du fait du petit nombre de cas, on ne peut toutefois exclure que cette évolution soit due à d'autres facteurs ou au hasard.

Un vaccin conjugué couvrant davantage de sérotypes (PCV13, Prev(e)nar-13) est autorisé depuis 2009 aux Etats-Unis et dans l'UE, et depuis août 2010 en Suisse. La vaccination avec le PCV13 est déjà recommandée chez les moins de 2 ans aux Etats-Unis et dans certains pays de l'UE. [9, 10] Ce vaccin est notamment efficace contre les sérotypes 3, 7F et 19A, dont la fréquence augmente actuellement en Suisse.

Au vu de l'importante dynamique observée, il est indispensable de poursuivre la surveillance des MIP afin de repérer tout changement dans l'épidémiologie des pneumocoques, dans la répartition des sérotypes et dans la résistance aux antibiotiques, et de pouvoir adapter à temps les recommandations relatives à la vaccination et à la thérapeutique. ■

Nous remercions les médecins et les laboratoires déclarants, les membres volontaires du réseau Sentinella ainsi que le Centre national pour les pneumocoques invasifs pour leur engagement. Un grand merci également au Prof. K. Mühlemann, responsable du CNPn, pour sa contribution au présent article.

Informations complémentaires

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

Bibliographie

1. Lang P. Swiss National Vaccination Coverage Survey 2009 (données provisoires). ISPMZ, Zürich.
2. Maraki S, Samonis G, Galanaki E. Serotypes and susceptibilities of paediatric clinical isolates of *Streptococcus pneumoniae* in Crete, Greece, before and after the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2010, DOI 10.1007/s10096-010-1005-0.
3. Aguiar IS, Brita M.J, Goncalo J, Melo J, Ramirez M. Serotypes 1, 7F and 19A became the leading causes of pediatric invasive pneumococcal infections in Portugal after 7 years of heptavalent conjugate vaccine use. *Vaccine*, 2010, 28: 5167-5173.
4. Moore MR, Gertz RE, Woodbury R, Barkocv GA, Schaffner W, Lexau C, Gershman K, Reingold A, Farley M, Harrison LH, Hadler JL, Bennett NM, Thomas AR, McGee L, Pilishvili T, Brueggemann AB, Whitney CG, Jorgensen JH, Beall B. Population snapshot of emergent *Streptococcus pneumoniae* serotype 19A in the United States. *J. Infect. Dis*, 2005, 197(7): 1016-1027.
5. Lepoutre A, Varon E, Georges S, Gutmann L, Lévy D. Impact of infant pneumococcal vaccination on invasive pneumococcal diseases in France, 2001-2006. *Eurosurveillance*, 2008, 13(7-9): 1-6.
6. Mahjoub F, Doit C, Koeck JL, Billard T, Evrard B, Bidet P, Hubans C, Raymond J, Levy C, Cohen R, Bingen E. Population snapshot of *Streptococcus pneumoniae* serotype 19A isolates before and after introduction of seven-valent pneumococcal vaccination for French children. *J. Clin. Microbiol*, 2009, 47(3): 837-840.
7. Rückinger S, Van der Linden M, Reinert RR, Von Kries R, Burckhardt F, Siedler A. Reduction in the incidence of invasive pneumococcal disease after general vaccination with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine in Germany. *Vaccine*, 2009; 27(31): 4136-4141.
8. World Health Organization. Changing epidemiology of pneumococcal serotypes after introduction of conjugate vaccine. *Wkly Epidem. Rec*, 2010, 43: 434-436.
9. Center for Disease Control and Prevention. Licensure of a 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Recommendations for Use Among Children – Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*, 2010, 59(9): 258-261.
10. European Medicines Agency. Prevenar 13 Authorisation details, accédé le 20.07.2010, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001104/human_med_001220.jsp&mid=WC0b01ac058001d124&murl=menus/medicines/medicines.jsp&jsenabled=true

Communiqué de presse: Sous la loupe – les effets de la publicité et du marketing dans le domaine des denrées alimentaires

Jusqu'où les jeunes consommateurs se laissent-ils influencer par la publicité sur les denrées alimentaires? Cette question constituera le thème de la deuxième Conférence annuelle «actionsanté», organisée le 9 novembre par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Celui-ci a invité à cette manifestation différents acteurs provenant du monde économique et scientifique ainsi que des domaines de la santé et de la protection des consommateurs.

L'initiative «actionsanté» a vu le jour début 2009 dans le cadre du Programme national alimentation et activité physique (PNAAP) 2008-2012, lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). «actionsanté» veut offrir à chacun un environnement favorable pour que «le choix sain devienne le choix facile». L'OFSP motive ainsi des entreprises travaillant dans les domaines de l'activité physique et de l'alimentation à s'engager dans des projets concrets promouvant la santé de la population. Toutes les activités reposent sur une base volontaire. Les entreprises peuvent, par exemple, contribuer à une alimentation équilibrée en réduisant le sel, le sucre et les graisses dans les aliments, ou inciter, par des actions ciblées, les personnes à bouger davantage. Il est possible d'influencer positivement le comportement en matière de consommation des enfants et des adolescents en renonçant à la publicité qui s'adresse à cette tranche d'âge.

Lors de la conférence annuelle, les partenaires d'«actionsanté» présentent leurs promesses d'action. Ainsi, le groupe Mars va réduire jusqu'en 2013 la teneur en sel de certains de ses produits comme le riz et les sauces.

Selecta, qui gère des automates de produits alimentaires, a adapté cette année dans différentes écoles l'assortiment de ceux-ci. Cette entreprise a ainsi augmenté la proportion de denrées alimentaires saines telles que les fruits, les yogourts, les boissons froides non sucrées et les sandwiches à basses calories.

Cette année également, l'entreprise de transformation de la viande Traitafina a réduit la teneur en sel et en graisses de divers produits de charcuterie. De son côté, Unilever prévoit d'abaisser la teneur en sel de différents produits, par exemple, dans les soupes liohyalisées Knorr et les mélanges d'épices de la même marque.

Les deux premiers partenaires d'«actionsanté», Coop et Migros, ont déjà réalisé l'année passée plusieurs promesses d'action. Ils se sont à nouveau engagés en 2010 pour certains projets qu'ils ont parfois déjà réalisés. Ainsi, Coop baisse de 10 à 20% la teneur en sucre des yogourts et des desserts frais commercialisés sous les marques Coop «Qualité & Prix» et «Prix Garantie». Migros, pour sa part, réduit la teneur en sel de différentes pizzas et sortes de pâtes ainsi que de certains plats préparés. L'offre du secteur «Traiteur» doit également s'enrichir de plats équilibrés de la marque «Délifit». ■

Berne, le 9.11.2010

Informations supplémentaires

Office fédéral de la santé publique
Liliane Bruggmann
Section Nutrition et activité physique
Téléphone 031 322 95 05 ou
E-mail: media@bag.admin.ch.

Vaccination ? Faites le test vaccination grippe sans tarder.

**www.uniscontrelagrippe.ch
Ligne Info-vaccin 0844 448 448**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

**UNIS
CONTRE LA
GRIPPE**

Love Life Stop Sida

-  1. Pénétration – toujours avec une capote.
 2. Pas de sperme ni de sang dans la bouche.



Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederaziun Svizra
 Confederaziun Svizra

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



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

Aussitôt vu, aussitôt nu ?

www.check-your-lovelife.ch

Parfois tout va trop vite pour penser au préservatif. Alcool, rencontres torrides pendant les vacances ou folle envie de l'autre : autant de situations où on ne se protège pas toujours. Pour évaluer votre risque, il y a le test en ligne.



Information de la population de l'OFSP sur la transplantation et le don d'organes



JE L'AI EN MAIN

Don d'organes oui ou non?

Les disparus n'ont plus leur mot à dire. Voilà pourquoi la carte de donneur est nécessaire. Informez-vous et prenez une décision.

Carte de donneur sur www.transplantinfo.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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