

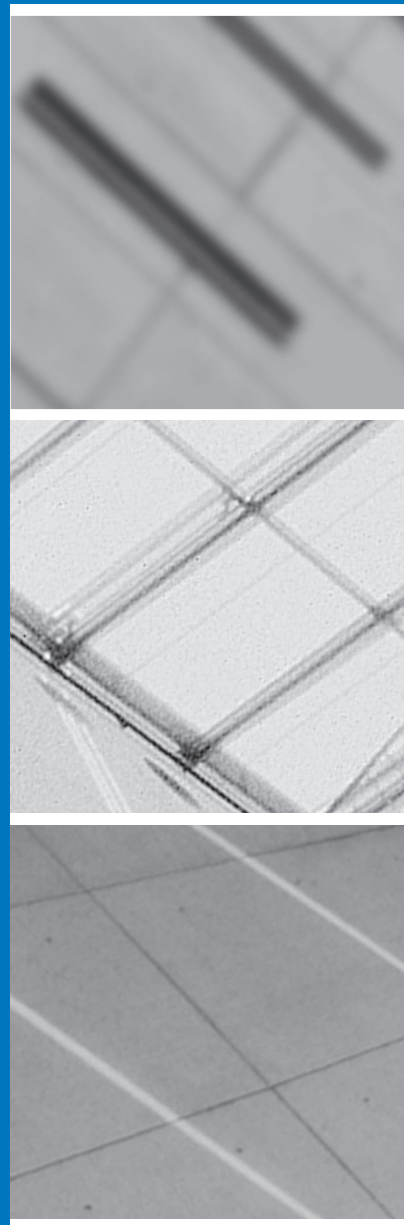
Bulletin 52/15

Office fédéral de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Editeur

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

Rédaction

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

Impression

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

Abonnements, changements d'adresse

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

ISSN 1420-4274

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sommaire | |
| Maladies transmissibles | |
| Déclarations des maladies infectieuses | 980 |
| anresis.ch : déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse | 982 |
| Statistique Sentinella | 984 |
| Swissnoso : Prévention des bactériémies associées aux cathéters - nouvelles directives du point de vue suisse | 987 |
| Epi-notice | |
| Augmentation inattendue du nombre de déclarations d'infections à E. coli entéro-hémorragique ces derniers mois en Suisse : influence des nouvelles méthodes de PCR multiplexe employées pour le diagnostic primaire? | 988 |
| Santé publique | |
| La Pharmacopée helvétique a 150 ans | 991 |
| Trains sans fumée depuis dix ans : un signal fort contre le tabagisme passif | 994 |
| Stupéfiants | |
| Vol d'ordonnances | 995 |

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 50^e semaine (15.12.2015)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

| | Semaine 50 | | | Dernières 4 semaines | | | Dernières 52 semaines | | | Depuis début année | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 |
| Transmission respiratoire | | | | | | | | | | | | |
| Haemophilus influenzae: maladie invasive | 1 <i>0.60</i> | 5 <i>3.10</i> | 2 <i>1.30</i> | 5 <i>0.80</i> | 14 <i>2.20</i> | 5 <i>0.80</i> | 101 <i>1.20</i> | 101 <i>1.20</i> | 88 <i>1.10</i> | 99 <i>1.20</i> | 98 <i>1.20</i> | 79 <i>1.00</i> |
| Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b | 9 <i>5.70</i> | 2 <i>1.30</i> | 1 <i>0.60</i> | 39 <i>6.10</i> | 15 <i>2.40</i> | 4 <i>0.60</i> | 5828 <i>70.40</i> | 1551 <i>18.70</i> | 2867 <i>35.10</i> | 5791 <i>72.80</i> | 1542 <i>19.40</i> | 2834 <i>36.00</i> |
| Légionellose | 7 <i>4.40</i> | 5 <i>3.10</i> | 6 <i>3.80</i> | 25 <i>3.90</i> | 19 <i>3.00</i> | 20 <i>3.20</i> | 379 <i>4.60</i> | 300 <i>3.60</i> | 290 <i>3.60</i> | 375 <i>4.70</i> | 290 <i>3.60</i> | 277 <i>3.50</i> |
| Méningocoques: maladie invasive | | 2 <i>1.30</i> | 2 <i>1.30</i> | 3 <i>0.50</i> | 4 <i>0.60</i> | 7 <i>1.10</i> | 41 <i>0.50</i> | 38 <i>0.50</i> | 48 <i>0.60</i> | 39 <i>0.50</i> | 35 <i>0.40</i> | 48 <i>0.60</i> |
| Pneumocoques: maladie invasive | 20 <i>12.60</i> | 12 <i>7.50</i> | 15 <i>9.50</i> | 74 <i>11.60</i> | 59 <i>9.30</i> | 69 <i>11.00</i> | 855 <i>10.30</i> | 802 <i>9.70</i> | 920 <i>11.20</i> | 817 <i>10.30</i> | 754 <i>9.50</i> | 876 <i>11.10</i> |
| Rougeole | | | | 2 <i>0.30</i> | | 1 <i>0.20</i> | 39 <i>0.50</i> | 23 <i>0.30</i> | 175 <i>2.10</i> | 39 <i>0.50</i> | 22 <i>0.30</i> | 175 <i>2.20</i> |
| Rubéole ^c | | | | | | | 4 <i>0.05</i> | 3 <i>0.04</i> | 6 <i>0.07</i> | 4 <i>0.05</i> | 3 <i>0.04</i> | 6 <i>0.08</i> |
| Rubéole, materno-fœtale ^d | | | | | | | | | | | | |
| Tuberculose | 5 <i>3.10</i> | 15 <i>9.40</i> | 16 <i>10.20</i> | 32 <i>5.00</i> | 29 <i>4.60</i> | 45 <i>7.20</i> | 536 <i>6.50</i> | 469 <i>5.70</i> | 537 <i>6.60</i> | 522 <i>6.60</i> | 459 <i>5.80</i> | 520 <i>6.60</i> |
| Transmission féco-orale | | | | | | | | | | | | |
| Campylobactériose | 123 <i>77.30</i> | 168 <i>105.60</i> | 128 <i>81.40</i> | 460 <i>72.30</i> | 561 <i>88.10</i> | 585 <i>93.00</i> | 6641 <i>80.30</i> | 7758 <i>93.80</i> | 7431 <i>90.90</i> | 6421 <i>80.70</i> | 7427 <i>93.40</i> | 7177 <i>91.30</i> |
| Hépatite A | | 2 <i>1.30</i> | 2 <i>1.30</i> | 2 <i>0.30</i> | 7 <i>1.10</i> | 4 <i>0.60</i> | 41 <i>0.50</i> | 59 <i>0.70</i> | 55 <i>0.70</i> | 39 <i>0.50</i> | 55 <i>0.70</i> | 53 <i>0.70</i> |
| Infection à E. coli entérohémorragique | 5 <i>3.10</i> | 4 <i>2.50</i> | 1 <i>0.60</i> | 22 <i>3.50</i> | 19 <i>3.00</i> | 5 <i>0.80</i> | 285 <i>3.40</i> | 123 <i>1.50</i> | 83 <i>1.00</i> | 281 <i>3.50</i> | 121 <i>1.50</i> | 80 <i>1.00</i> |
| Listériose | 2 <i>1.30</i> | 1 <i>0.60</i> | 2 <i>1.30</i> | 3 <i>0.50</i> | 5 <i>0.80</i> | 4 <i>0.60</i> | 53 <i>0.60</i> | 105 <i>1.30</i> | 58 <i>0.70</i> | 51 <i>0.60</i> | 98 <i>1.20</i> | 56 <i>0.70</i> |
| Salmonellose, S. typhi/paratyphi | | | | | 1 <i>0.20</i> | 4 <i>0.60</i> | 16 <i>0.20</i> | 22 <i>0.30</i> | 24 <i>0.30</i> | 15 <i>0.20</i> | 22 <i>0.30</i> | 23 <i>0.30</i> |
| Salmonellose, autres | 8 <i>5.00</i> | 20 <i>12.60</i> | 23 <i>14.60</i> | 87 <i>13.70</i> | 88 <i>13.80</i> | 115 <i>18.30</i> | 1362 <i>16.50</i> | 1229 <i>14.80</i> | 1277 <i>15.60</i> | 1337 <i>16.80</i> | 1211 <i>15.20</i> | 1256 <i>16.00</i> |
| Shigellose | 8 <i>5.00</i> | 8 <i>5.00</i> | 5 <i>3.20</i> | 19 <i>3.00</i> | 19 <i>3.00</i> | 13 <i>2.10</i> | 178 <i>2.20</i> | 147 <i>1.80</i> | 151 <i>1.80</i> | 175 <i>2.20</i> | 141 <i>1.80</i> | 143 <i>1.80</i> |

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

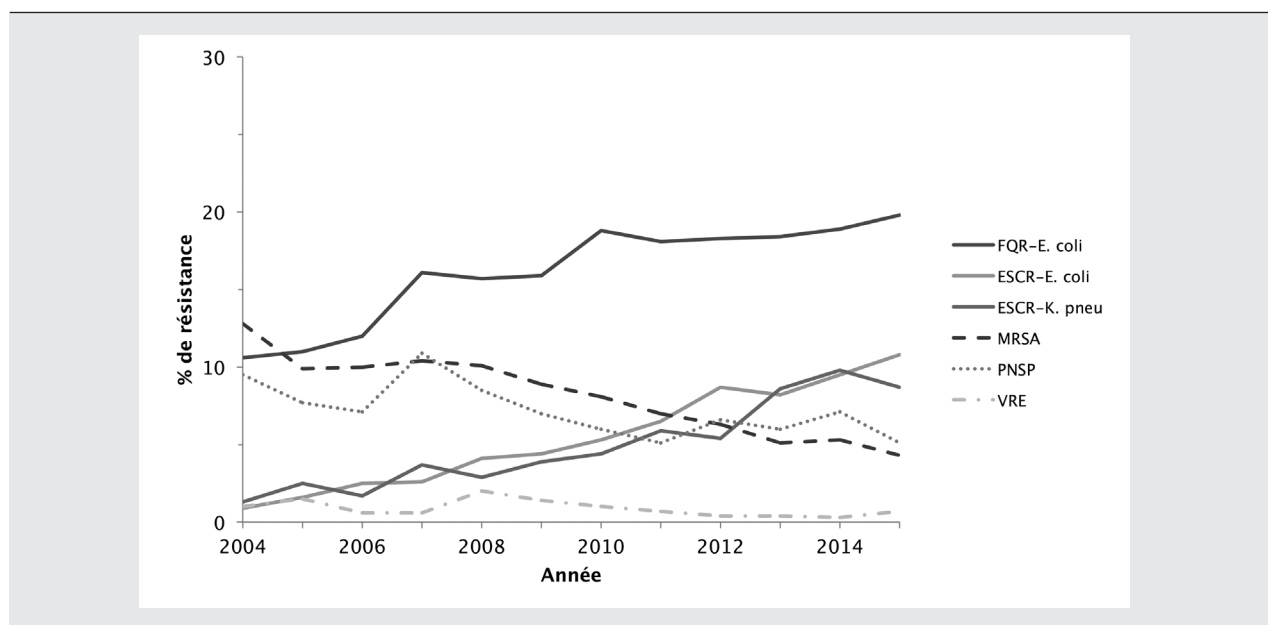
▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

| | Semaine 50 | | | Dernières 4 semaines | | | Dernières 52 semaines | | | Depuis début année | | |
|---------------------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|-----------------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|
| | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 | 2015 | 2014 | 2013 |
| Transmission par du sang ou sexuelle | | | | | | | | | | | | |
| Chlamydirose | 138 86.70 | 289 181.60 | 156 99.20 | 869 136.50 | 787 123.60 | 750 119.20 | 10038 121.30 | 9707 117.30 | 8595 105.10 | 9749 122.50 | 9404 118.20 | 8355 106.30 |
| Gonorrhée | 21 13.20 | 36 22.60 | 26 16.50 | 142 22.30 | 117 18.40 | 119 18.90 | 1895 22.90 | 1584 19.10 | 1713 21.00 | 1846 23.20 | 1538 19.30 | 1646 20.90 |
| Hépatite B, aiguë | | 1 0.60 | | 2 0.30 | 2 0.30 | 7 1.10 | 31 0.40 | 48 0.60 | 67 0.80 | 30 0.40 | 47 0.60 | 65 0.80 |
| Hépatite B, total déclarations | 25 | 26 | 22 | 124 | 98 | 113 | 1321 | 1423 | 1402 | 1289 | 1363 | 1378 |
| Hépatite C, aiguë | | | 2 1.30 | 1 0.20 | 2 0.30 | 9 1.40 | 42 0.50 | 56 0.70 | 49 0.60 | 41 0.50 | 53 0.70 | 47 0.60 |
| Hépatite C, total déclarations | 32 | 45 | 25 | 124 | 151 | 152 | 1437 | 1656 | 1714 | 1375 | 1602 | 1681 |
| Infection à VIH | 7 4.40 | 6 3.80 | 2 1.30 | 26 4.10 | 44 6.90 | 41 6.50 | 558 6.70 | 522 6.30 | 594 7.30 | 552 6.90 | 522 6.60 | 591 7.50 |
| Sida | | 2 1.30 | | 4 0.60 | 5 0.80 | 46 7.30 | 84 1.00 | 86 1.00 | 124 1.50 | 78 1.00 | 83 1.00 | 123 1.60 |
| Syphilis | 20 12.60 | 21 13.20 | 16 10.20 | 76 11.90 | 88 13.80 | 80 12.70 | 1049 12.70 | 1064 12.90 | 1109 13.60 | 1021 12.80 | 1032 13.00 | 1081 13.80 |
| Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs | | | | | | | | | | | | |
| Brucellose | | | | | 1 0.20 | | 1 0.01 | 3 0.04 | 4 0.05 | 1 0.01 | 3 0.04 | 4 0.05 |
| Chikungunya | 1 0.60 | 1 0.60 | | 4 0.60 | 13 2.00 | | 44 0.50 | 83 1.00 | 5 0.06 | 41 0.50 | 83 1.00 | 5 0.06 |
| Dengue | 2 1.30 | 2 1.30 | 9 5.70 | 27 4.20 | 6 0.90 | 16 2.50 | 193 2.30 | 128 1.60 | 174 2.10 | 189 2.40 | 124 1.60 | 170 2.20 |
| Encéphalite à tiques | 3 1.90 | | 1 0.60 | 11 1.70 | 3 0.50 | 8 1.30 | 120 1.40 | 112 1.40 | 203 2.50 | 119 1.50 | 112 1.40 | 203 2.60 |
| Fièvre du Nil occidental | | | | | | | | | 1 0.01 | | | 1 0.01 |
| Fièvre jaune | | | | | | | | | | | | |
| Fièvre Q | | 3 1.90 | | 3 0.50 | 4 0.60 | | 37 0.40 | 39 0.50 | 26 0.30 | 36 0.40 | 39 0.50 | 26 0.30 |
| Infection à Hantavirus | | | | | | | 2 0.02 | 1 0.01 | | 2 0.03 | 1 0.01 | |
| Paludisme | 4 2.50 | 3 1.90 | 6 3.80 | 32 5.00 | 20 3.10 | 14 2.20 | 413 5.00 | 301 3.60 | 159 1.90 | 408 5.10 | 298 3.80 | 157 2.00 |
| Trichinellose | | | | | | | 2 0.02 | | 1 0.01 | 2 0.03 | | 1 0.01 |
| Tularémie | | 1 0.60 | | 3 0.50 | 4 0.60 | | 48 0.60 | 35 0.40 | 27 0.30 | 44 0.60 | 34 0.40 | 27 0.30 |
| Autres déclarations | | | | | | | | | | | | |
| Botulisme | | | | | | | 2 0.02 | 1 0.01 | 1 0.01 | 2 0.03 | 1 0.01 | 1 0.01 |
| Diphthérie ^e | | | | | | | 10 0.10 | 1 0.01 | 1 0.01 | 10 0.10 | 1 0.01 | 1 0.01 |
| Maladie de Creutzfeldt-Jakob | 1 0.60 | | | 2 0.30 | 1 0.20 | 3 0.50 | 19 0.20 | 17 0.20 | 20 0.20 | 19 0.20 | 16 0.20 | 20 0.20 |
| Tétanos | | | | | | | 1 0.01 | | | 1 0.01 | | |

anresis.ch : déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse

Situation : enquête anresis.ch du 15.12.2015

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2004–2015.



| Année | | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| FQR-E. coli | % | 10.6 | 11.0 | 12.0 | 16.1 | 15.7 | 15.9 | 18.8 | 18.1 | 18.3 | 18.4 | 18.9 | 19.8 |
| | n | 1'353 | 1'534 | 2'086 | 2'287 | 2'722 | 3'142 | 3'392 | 3'527 | 3'713 | 4'109 | 4'663 | 3'646 |
| ESCR-E. coli | % | 0.9 | 1.6 | 2.5 | 2.6 | 4.1 | 4.4 | 5.3 | 6.5 | 8.7 | 8.2 | 9.5 | 10.8 |
| | n | 1'420 | 1'622 | 2'167 | 2'359 | 2'804 | 3'258 | 3'527 | 3'694 | 3'712 | 4'102 | 4'671 | 3'651 |
| ESCR-K. pneu | % | 1.3 | 2.5 | 1.7 | 3.7 | 2.9 | 3.9 | 4.4 | 5.9 | 5.4 | 8.6 | 9.8 | 8.7 |
| | n | 238 | 278 | 353 | 427 | 484 | 587 | 656 | 656 | 686 | 730 | 869 | 647 |
| MRSA | % | 12.8 | 9.9 | 10.0 | 10.4 | 10.1 | 8.9 | 8.1 | 7.0 | 6.3 | 5.1 | 5.3 | 4.3 |
| | n | 758 | 840 | 1'063 | 1'120 | 1'220 | 1'393 | 1'413 | 1'464 | 1'383 | 1'476 | 1'711 | 1'340 |
| PNSP | % | 9.5 | 7.7 | 7.1 | 10.9 | 8.5 | 7.0 | 6.0 | 5.1 | 6.6 | 6.0 | 7.1 | 5.1 |
| | n | 421 | 470 | 537 | 677 | 669 | 683 | 536 | 593 | 501 | 568 | 539 | 448 |
| VRE | % | 1.0 | 1.5 | 0.6 | 0.6 | 2.0 | 1.4 | 1.0 | 0.7 | 0.4 | 0.4 | 0.3 | 0.7 |
| | n | 191 | 203 | 311 | 335 | 454 | 588 | 611 | 672 | 698 | 761 | 962 | 803 |

Légende

| | |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FQR-<i>E. coli</i> | <i>Escherichia coli</i> résistants aux fluoroquinolones, définis comme tous les <i>E. coli</i> de sensibilité intermédiaire ou résistants à la norfloxacine et/ou à la ciprofloxacine. |
| ESCR-<i>E. coli</i> | <i>Escherichia coli</i> résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme <i>E. coli</i> de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe, 85–100 % de ces ESCR- <i>E. coli</i> sont productrices de BLSE (β -Lactamases à Spectre Étendu). |
| ESCR-<i>K. pneu</i> | <i>Klebsiella pneumoniae</i> résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme <i>K. pneumoniae</i> de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe 85–100 % de ces ESCR- <i>K. pneu</i> sont productrices de BLSE. |
| MRSA | <i>Staphylococcus aureus</i> résistants à la méthicilline, définis comme tous les <i>S. aureus</i> de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins l'un des antibiotiques céfoxitine, flucloxacilline, méthicilline ou oxacilline. |
| PNSP | <i>Streptococcus pneumoniae</i> résistants à la pénicilline, définis comme tous les <i>S. pneumoniae</i> de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline. |
| VRE | Entérocoques résistants à la vancomycine, définis comme les entérocoques de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique vancomycine. Eu égard à la résistance intrinsèque de <i>E. gallinarum</i> , <i>E. flavescens</i> et <i>E. casseliflavus</i> à la vancomycine, seuls <i>E. faecalis</i> et <i>E. faecium</i> ont été pris en compte. Les entérocoques non spécifiés ont été exclus de l'analyse. |

Contact

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

Renseignements complémentaires

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

Explications

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

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

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

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 11.12.2015 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

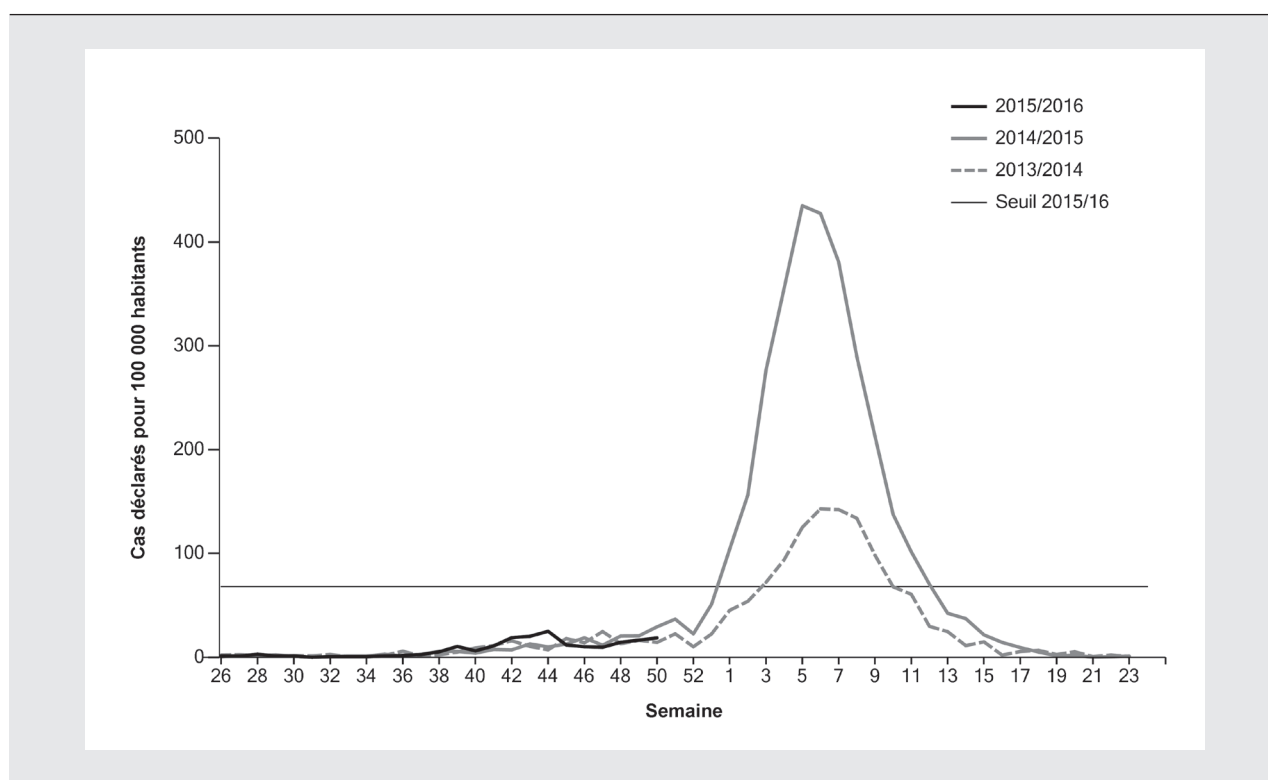
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

| Semaine | 47 | | 48 | | 49 | | 50 | | Moyenne de 4 semaines | |
|---------------------------------------------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----------------------|-------------------|
| | N | N/10 ³ | N | N/10 ³ | N | N/10 ³ | N | N/10 ³ | N | N/10 ³ |
| Thème | | | | | | | | | | |
| Suspicion d'influenza | 16 | 1.2 | 23 | 1.8 | 26 | 2.0 | 27 | 2.4 | 23 | 1.8 |
| Oreillons | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otite moyenne | 47 | 3.5 | 42 | 3.3 | 45 | 3.5 | 47 | 4.1 | 45.3 | 3.6 |
| Pneumonie | 11 | 0.8 | 9 | 0.7 | 8 | 0.6 | 9 | 0.8 | 9.3 | 0.7 |
| Coqueluche | 6 | 0.4 | 5 | 0.4 | 3 | 0.2 | 2 | 0.2 | 4 | 0.3 |
| Piqûre de tiques | 2 | 0.1 | 3 | 0.2 | 2 | 0.2 | 2 | 0.2 | 2.3 | 0.2 |
| Borréliose de Lyme | 0 | 0 | 4 | 0.3 | 4 | 0.3 | 2 | 0.2 | 2.5 | 0.2 |
| Vaccination contre la coqueluche (>=16 ans) | 39 | 2.9 | 26 | 2.1 | 20 | 1.6 | 26 | 2.3 | 27.8 | 2.2 |
| Vaccination de rattrapage contre la rougeole (>24 mois) | 15 | 1.1 | 22 | 1.7 | 28 | 2.2 | 15 | 1.3 | 20 | 1.6 |
| Médecins déclarants | 152 | | 147 | | 146 | | 133 | | 144.5 | |

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 15.12.2015)

Activité et virologie en Suisse durant la semaine 50/2015

Durant la semaine 50, 133 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 2 cas de suspicion d'influenza pour 1000 consultations. Extrapolé à l'en-

semble de la population, ce taux correspond à une incidence de 19 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. L'incidence était similaire à celle de la semaine précédente, au-dessous du seuil épidémique national¹.

L'incidence était basse dans l'ensemble des classes d'âge (Tableau 1). La région Sentinella «GE, NE, VD,

VS» a enregistré une activité grippale sporadique. Les autres régions n'ont pas enregistré d'activité grippale (Tableau 1, Encadré). Durant la semaine

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.

50, aucun virus Influenza n'a été mis en évidence par le Centre National de Référence de l'Influenza parmi les neuf échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella (Tableau 2).

Activité et virologie en Europe et dans le monde durant la semaine 49/2015

Selon le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et selon le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) [1], les 42 pays qui ont fourni des données ont enregistré une intensité de l'activité grippale basse. Quant à la répartition géographique, 18 des 42 pays qui ont fourni des données n'ont observé aucune activité grippale (dont l'Autriche et l'Italie), 21 pays ont observé une activité sporadique (dont l'Allemagne), deux pays une activité locale et un pays une activité largement répandue (la Suède).

En Europe, des virus Influenza ont été mis en évidence dans 4% des 629 échantillons sentinelles testés, soit à peu près aussi fréquemment que durant la semaine précédente (3%). 23% des virus détectés étaient des Influenza B et 77% des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09 (Tableau 2). 79% des 73 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 [2].

Durant la semaine 49 aux Etats-Unis [3], la plupart des Etats ont enregistré une activité grippale sporadique et d'une intensité basse mais avec une tendance à la hausse. 34% des virus grippaux détectés étaient des Influenza B et 66% des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H3N2). Aux Etats-Unis, 92% des 91 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 [2]. Aucun des 17 virus Influenza A(H1N1)pdm09, des 34 virus Influenza A(H3N2) et des 18 virus Influenza B testés ne présentait de résistance. Dans les régions tempérées de l'hémisphère sud, différents virus Influenza ont circulé simultanément

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 50/2015

| Incidence | Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants | Activité grippale Classification, (tendance) |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Incidence par âge | | |
| 0-4 ans | 30 | (-) |
| 5-14 ans | 11 | (-) |
| 15-29 ans | 27 | (-) |
| 30-64 ans | 21 | (-) |
| ≥ 65 ans | 4 | (-) |
| Incidence par région Sentinella | | |
| Région 1 (GE, NE, VD, VS) | 22 | sporadique, (-) |
| Région 2 (BE, FR, JU) | 8 | pas d'activité, (-) |
| Région 3 (AG, BL, BS, SO) | 27 | pas d'activité, (-) |
| Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) | 24 | pas d'activité, (-) |
| Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH) | 7 | pas d'activité, (-) |
| Région 6 (GR, TI) | 50 | pas d'activité, (-) |
| Suisse | 19 | sporadique, (-) |

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 40/2015

| | Semaine actuelle | Semaines cumulées |
|-------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| Suisse durant la semaine 50/2015 | | |
| Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés) | 0 % (9) | 4 % (94) |
| B | -% | 0% |
| A(H3N2) | -% | 75% |
| A(H1N1)pdm09 | -% | 0% |
| A non sous-typé | -% | 25% |
| Europe durant la semaine 49/2015 | | |
| Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés) | 4 % (629) | 2 % (6543) |
| B | 23 % | 37 % |
| A(H3N2) | 4 % | 13 % |
| A(H1N1)pdm09 | 54 % | 35 % |
| A non sous-typé | 19 % | 15 % |

pendant la saison grippale 2015. En Amérique du Sud prédominaient majoritairement les virus Influenza A(H3N2) [4]. En Afrique du Sud co-domaient les virus Influenza A(H1N1)pdm09 et A(H3N2) au début de la saison froide, puis les virus Influenza B en fin de saison. En Australie prédominaient les virus Influenza B et en Nouvelle-Zélande co-domaient les virus Influenza B et Influenza A. La majorité des virus Influenza A(H1N1)pdm09 et des virus Influenza B analysés dans l'hémisphère sud sont couverts par le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière 2015/16 recommandé pour l'hémisphère nord; une partie des virus Influenza

A(H3N2) qui ont circulé dans l'hémisphère sud montrent des caractéristiques antigéniques différentes de celles de la souche incluse dans le vaccin trivalent contre la grippe 2015/16 [2,5]. ■

Contact

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

Références

1. World Health Organisation Regional office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Flu News Europe, www.flunewseurope.org/

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 Sentinella, (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 Sentinella 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 Sentinella 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 Sentinella 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 Sentinella 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 Sentinella 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 Sentinella 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 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 en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella!

2. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015-16 northern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView, www.cdc.gov/flu/weekly/
4. World Health Organisation (WHO). Review of the 2015 influenza season in the southern hemisphere, *Weekly Epidemiological Record*, 2015, 90 (48): 645-660.
5. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2016 southern hemisphere influenza season, www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201509_recommendation.pdf

Swissnoso : Prévention des bactériémies associées aux cathéters - nouvelles directives du point de vue suisse

Swissnoso a publié un nouvel article dans son bulletin électronique sur le thème «Prévention des bactériémies associées aux cathéters : nouvelles directives ...du point de vue suisse». Le Bulletin est disponible à l'adresse suivante :

www.swissnoso.ch/fr/bulletin/news.

Swissnoso est une association de médecins spécialisés dans la lutte contre les infections liées aux soins et la propagation des microorganismes multirésistants. Depuis 1994, Swissnoso publie régulièrement des recommandations et des analyses dans son Bulletin, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Depuis 2006, les articles sont publiés uniquement en version électronique accessible sur le site www.swissnoso.ch, où toutes les publications antérieures sont également librement accessibles.

Nous espérons que les publications de Swissnoso vous intéresseront et vous invitons à vous inscrire sur la liste de diffusion à l'adresse suivante : www.swissnoso.ch/fr/swissnoso/subscription, afin d'être informés des activités de Swissnoso ainsi que des derniers articles parus dans son Bulletin.

Contact :

Bulletin Swissnoso,
contact@swissnoso.ch

Augmentation inattendue du nombre de déclarations d'infections à *E. coli* entéro-hémorragique ces derniers mois en Suisse : influence des nouvelles méthodes de PCR multiplexe employées pour le diagnostic primaire?

(données : état au 5 novembre 2015)

La plupart des souches d'*Escherichia coli* (*E. coli*) sont non pathogènes, mais certaines variantes peuvent provoquer des maladies intestinales ou extra-intestinales parfois sévères. Les *E. coli* entéropathogènes sont actuellement subdivisés en huit groupes (EPEC, ETEC, EIEC, EAEC, DAEC, EDTEC, NTEC et STEC), les plus importants étant, du point de vue de l'hygiène alimentaire, les *E. coli* producteurs de shigatoxine (STEC) aussi appelés *E. coli* producteurs de vérotoxine (VTEC), ou encore – quand il s'agit d'isolats d'origine humaine – les *E. coli* entéro-hémorragiques (EHEC). Les STEC, décrits pour la première fois en 1982 aux Etats-Unis sous le nom de «emerging foodborne pathogens», ont provoqué depuis, dans les pays européens, aussi bien des flambées que des atteintes sporadiques isolées.

Outre la production d'une ou de plusieurs shigatoxines codées par des phages (stx : groupe stx1 et groupe stx2), on décrit pour les STEC toute une série d'autres facteurs de virulence et de pathogénicité (p. ex. l'intimine : gène *eae*, et l'entérohémolysine : gène *ehxA*). Comme les autres souches de *E. coli*, les souches de STEC peuvent être subdivisées en sérotypes en fonction d'un schéma antigénique reposant sur l'antigène O (antigènes de surface O1 à O186) et l'antigène H (antigènes de flagelle H1 à H56).

Clinique

Certains individus sont porteurs sains de STEC, mais ceux-ci peuvent aussi provoquer diverses atteintes allant de la gastro-entérite avec diarrhée aqueuse ou hémorragique jusqu'à, dans les cas graves, la colite hémorragique. Ces atteintes évoluent parfois, surtout chez les enfants de moins de 5 ans, vers un syndrome hémolytique et urémique (SHU) susceptible de mettre la vie en danger. A l'exception de la variante à maladie de l'œdème (Stx2e), les shigatoxines se lient à des récepteurs, les globotriaosylcéramides (Gb3), situés à la surface des cellules eucaryotes, tandis que le Stx2e se lie aux récepteurs globotetraosylcéramides (Gb4). On trouve de nombreux ré-

cepteurs Gb3 principalement au niveau des reins, en particulier dans le cortex rénal, là où débutent les lésions du SHU. La fibrine se dépose lors du passage du sang dans les glomérules, ce qui réduit l'apport sanguin au niveau du rein et peut entraîner une insuffisance rénale. On trouve aussi des lésions thrombo-emboliques dans la microcirculation cérébrale et pancréatique.

Isolats cliniques

Les souches de STEC qui provoquent des infections chez l'homme font partie du grand groupe des sérotypes O:H, dont le nombre ne cesse d'augmenter. La plupart des flambées et des cas sporadiques de colite hémorragique et de SHU étaient associés, en particulier aux Etats-Unis, au Canada et au Japon, au sérotype O157:H7. Mais des maladies humaines tout aussi sévères, en particulier en Europe, en Australie et en Amérique du Sud, ont été décrites en association avec des STEC non-O157, par ex. O26:H11,H-, O103:H2 et O145:H-. Pour évaluer dans quelle mesure les souches sont pathogènes pour l'être humain, il est nécessaire de préciser les gènes des shigatoxines (groupe stx1, groupe stx2) et d'autres facteurs de virulence (p. ex. l'intimine : gène *eae* et l'entérohémolysine : gène *ehxA*), en plus du sérotype, à partir des souches isolées. Les souches de STEC O157 et non-O157 identifiées chez des patients présentant des symptômes sévères ont souvent un spectre de virulence caractéristique : elles appartiennent généralement au sous-type stx2 et sont *eae*-positives. Par ailleurs, il est important de relever le profil des facteurs de virulence dans les souches de STEC isolées, car les produits de PCR provenant de cultures mixtes ou d'échantillons originaux ne permettent pas d'attribuer les différents facteurs de virulence à des souches bactériennes spécifiques.

Situation en Suisse dans le passé

En Suisse, la mise en évidence d'EHEC chez l'être humain doit faire l'objet d'une déclaration depuis 1999. Les sous-types d'EHEC sont déterminés au Centre national de réf-

rence des bactéries entéropathogènes et listeria (NENT). Le nombre de déclarations d'EHEC est resté relativement stable ces dernières années (figure 1); une légère augmentation n'a été enregistrée qu'en 2011, associée à une épidémie due à des graines germées contaminées par le sérotype O104:H4 en Allemagne. En Suisse, il ne s'agissait pas de cas associés à des foyers de toxi-infections, mais plutôt d'une sensibilisation massive du corps médical qui a entraîné une multiplication des tests.

Deux études visant à approfondir la caractérisation des isolats cliniques isolés au NENT durant la période 2000-2009 (Käppeli et al. 2011a; Käppeli et al. 2011b) ont montré que, dans le passé, les sérotypes O157:H7, suivis de O26:H11/H-, O103:H2, O121:H19 et O145:H28/H-, étaient les plus fréquents en Suisse, et que sur la base de résultats d'une génotypisation plus poussée des souches, il s'agissait en majorité de cas sporadiques plutôt que de flambées.

Cas déclarés en 2015

On constate en 2015 une augmentation brutale du taux de déclaration des cas d'EHEC (figure 1). Entre janvier et le 30 octobre 2015, il y a eu 2,5 fois plus de cas pour 100 000 habitants que durant la même période de 2014. L'augmentation concerne surtout les enfants de moins de 5 ans, mais elle est visible dans tous les groupes d'âge (figure 2). Par comparaison avec l'année précédente, les hommes sont un peu plus touchés que les femmes (1,3 contre 1,1). De plus, l'exposition avait généralement eu lieu en Suisse, ce qui n'était pas aussi net les années précédentes. Les cas sont distribués de manière homogène dans toute la Suisse, sans flambées locales évidentes. Le taux de déclaration de SHU, en revanche, est resté constant.

Explication de l'augmentation des déclarations d'EHEC

Le NENT a également constaté une augmentation nette des STEC en 2015, mais quelques précisions s'imposent. Depuis 2006, le centre propose aux laboratoires de microbiologie clinique le primo-diagnostic pour cinq pathovars de *E. coli* enté-

ropathogènes: EPEC, ETEC, EIEC, EAEC et STEC. Par rapport aux années précédentes, il n'a constaté aucune augmentation, ou seulement une augmentation minimale, pour les laboratoires qui lui confient les primo-diagnostics depuis longtemps, à l'exception de légères augmentations dues certainement aux températures exceptionnellement élevées de l'été 2015, phénomène qui avait déjà été observé durant la canicule de 2003. Comme pour tous les agents à l'origine de diarrhées bactériennes, la fréquence des cinq pathovars est nettement plus élevée durant les mois d'été que durant la saison froide. En 2003 comme en 2015, il ne s'agissait toutefois pas de flambées, mais d'une augmentation des cas sporadiques, ce qui est confirmé par l'absence d'accumulation de cas dus à des souches présentant les mêmes facteurs de virulence. La canicule de l'été 2015 a été notamment associée à une plus grande fréquence des baignades dans des eaux de surface. Cette association, qui avait été un facteur de risque pour les flambées de cas de SHU durant la canicule 2003, constitue très certainement l'une des explications des cas supplémentaires.

Une autre explication est à sans doute à chercher du côté de l'évolution technique. Avant, ces cas n'étaient pas déclarés parce qu'on ne les recherchait pas. Il ne s'agit donc pas d'un artefact de la déclaration, mais d'une augmentation du nombre de cas découverts et donc déclarés. En 2014, au moins trois systèmes à base de PCR multiplexe, partiellement ou totalement automatisés, sont arrivés sur le marché; ces systèmes peuvent mettre en évidence en même temps jusqu'à quinze agents pathogènes différents, bactériens, viraux et parasitaires, et cela indépendamment de toute mise en culture, à partir des prélèvements d'origine réalisés chez les patients (selles par ex.). Citons ici, entre autres, les systèmes BD MAX Enteric Panel (BD Diagnostics, Sparks, MD), Luminex xTAG Gastrointestinal Panel (Luminex Corporation, Austin, TX) et BioFire FilmArray Gastrointestinal Panel (BioFire Diagnostics, LLC, Salt Lake City, Utah, USA), parmi lesquels au moins deux sont déjà très répandus

Figure 1. **Déclarations d'EHEC et de SHU en Suisse, 1999-2015** (pour chaque année, cas du 1^{er} janvier au 30 octobre)

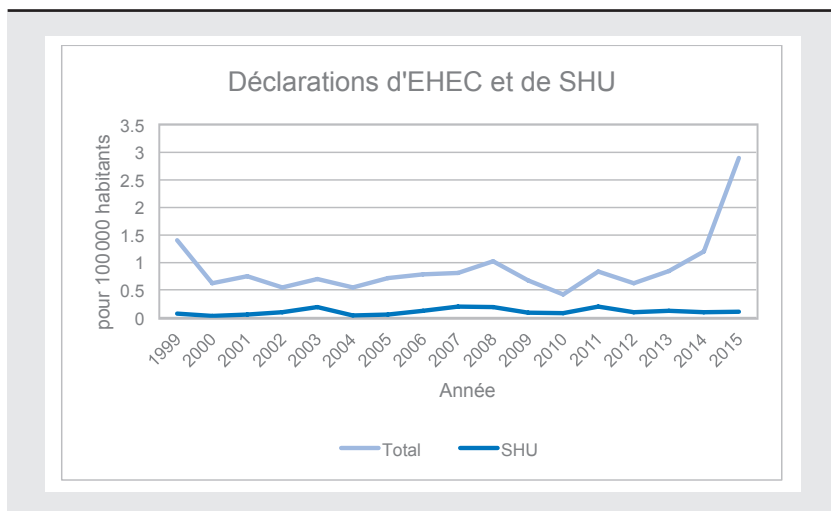
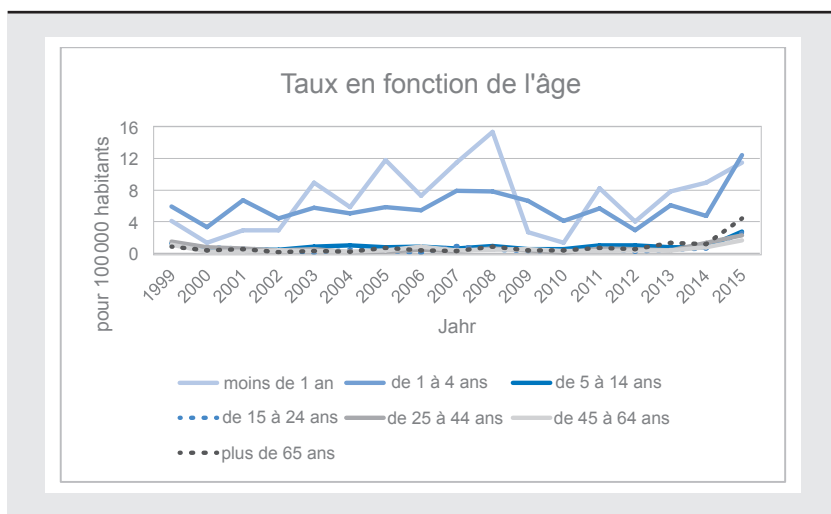


Figure 2. **Taux d'EHEC par âge, en Suisse, 1999-2015** (pour chaque année, cas du 1^{er} janvier au 30 octobre)



en Suisse ou du moins en cours d'essai. Comme les études scientifiques ont affirmé à plusieurs reprises que ces systèmes présentent une sensibilité de détection supérieure à celles des méthodes classiques à base de culture, il n'est pas étonnant que l'incidence augmente, d'autant que la durée nécessaire pour traiter les échantillons est nettement raccourcie par rapport aux cultures, ce qui constitue indéniablement un avantage majeur.

Etant donné le large spectre d'agents pathogènes couvert par

les systèmes de PCR multiplexe, on devrait trouver, à côté des STEC (mise en évidence du gène stx), une augmentation générale de tous les pathogènes à l'origine des maladies diarrhéiques, en tout cas de ceux qui sont également soumis à la déclaration obligatoire, à savoir *Campylobacter*, salmonelles et shigelles. Or ce n'est pas le cas, ce qui s'explique par le fait qu'il y a encore suffisamment d'infrastructures et de savoir-faire en matière de culture pour confirmer les résultats de la PCR par l'isolation des souches.

Comme 8 % environ des individus sont porteurs sains de STEC faiblement pathogènes (Stephan et al. 1999), l'analyse systématique d'échantillons de selles par PCR multiplexe suffit déjà à entraîner une nette augmentation des PCR positives pour stx. De plus, pour les STEC, l'interprétation des résultats est parfois sujette à caution, car l'isolation par culture des souches de STEC et d'autres *E. coli* entéropathogènes est difficile et elle n'est normalement réalisée que dans un très petit nombre de centres, dont le NENT. Celui-ci ressent bien cette évolution : le nombre d'échantillons de confirmation ainsi que de questions et de demandes de renseignements qu'il reçoit ne cesse d'augmenter depuis novembre 2014 environ.

Conséquences négatives sur l'épidémiologie des pathogènes à transmission alimentaire

Il est certain que les nouvelles techniques de PCR multiplexe présentent des avantages séduisants en termes de rationalisation et de réduction du délai diagnostique. L'épidémiologie des pathogènes à transmission alimentaire a connu ces vingt dernières années un boom inattendu dû à l'apparition de la typisation par les méthodes de génétique moléculaire. De plus, grâce à la mise sur pied, en parallèle, de réseaux internationaux tels que PulseNet et de systèmes d'alerte efficaces comme RASFF, etc., elle a permis d'identifier les sources d'agents pathogènes rapidement et avec une grande certitude scientifique. La sécurité alimentaire a ainsi pu être améliorée malgré l'importance croissante du commerce international. En outre, on cherche actuellement à augmenter encore la précision de la connaissance des clones associés aux flambées, notamment en remplaçant les méthodes établies de génotypisation telles que l'électrophorèse sur gel en champ pulsé (PFGE) par des approches basées sur le séquençage du génome entier, dont la capacité de discrimination ne pourra pas être surpassée.

Toutefois, ces nouvelles techniques comportent également un inconvénient de taille qu'il importe de signaler ici. L'enquête épidémiologique relative à un foyer de toxi-infections

repose sur l'isolation des agents pathogènes. Etant donné que les méthodes de PCR multiplexe n'ont pas besoin des cultures, le risque serait de ne plus pratiquer ces dernières et, ainsi, de ne plus confirmer le lien épidémiologique entre les cas et les denrées alimentaires. Par conséquent, si ces méthodes faisaient reculer les cultures, ne serait-ce qu'en partie, l'exploration des flambées serait très limitée, voire impossible. Comme cette évolution doit absolument être évitée, il est important, surtout quand on suspecte l'existence d'une flambée, d'envoyer des échantillons au Centre national de référence (NENT) en vue de l'isolation des germes.

Communication de Herbert Hächler et de Roger Stephan, Centre national de référence pour les bactéries entéropathogènes et listeria (NENT)

Contact:

Office fédéral de la santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone : 058 463 87 06
epi@bag.admin.ch

Bibliographie:

Käppeli U, Hächler H, Giezendanner N, Beutin L, Stephan R. Human infections with non-O157 Shiga toxin-producing *Escherichia coli*, Switzerland, 2000-2009. *Emerg Infect Dis.* 2011 Feb;17(2):180-5. doi: 10.3201/eid1702.100909

Käppeli U, Hächler H, Giezendanner N, Cheasty T, Stephan R. Shiga toxin-producing *Escherichia coli* O157 associated with human infections in Switzerland, 2000-2009. *Epidemiol Infect.* 2011 Jul;139(7):1097-104.

Stephan R, Untermann F. Virulence factors and phenotypical traits of verotoxin-producing *Escherichia coli* strains isolated from asymptomatic human carriers. *J Clin Microbiol.* 1999 May;37(5):1570-2.

La Pharmacopée helvétique a 150 ans

C'est en 1865 que la Société suisse de pharmacie publia la première édition de la Pharmacopée helvétique. Au fil des ans, cet ouvrage qui avait été conçu initialement comme un « livre de recettes à l'attention des pharmaciens » s'est axé de plus en plus sur l'analyse des médicaments. Aujourd'hui, la Pharmacopée est un recueil des prescriptions de qualité ayant force de loi ainsi qu'un livre de référence.

Le long parcours qui a mené à une Pharmacopée nationale

Jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle, il n'existait aucune Pharmacopée helvétique officielle en Suisse. Comme dans d'autres pays, les Pharmacopées étaient à l'époque des œuvres purement privées élaborées par quelques érudits. En fonction de la région, l'on se référait à la Pharmacopée d'une ville (*Pharmacopoea Genevensis ad usum noscomiorum* par exemple), à une Pharmacopée cantonale (*Farmacopoea ticinese* et *Pharmacopoea Sangallensis* notamment) ou à des Pharmacopées étrangères (*Pharmacopoea Borussica* entre autres).

Ce n'est que lors de l'adoption de la nouvelle Constitution fédérale en 1848 que la base légale d'une Pharmacopée suisse fut créée.

La Société suisse de pharmacie publia alors la première *Pharmacopoea Helvetica* (Ph. Helv.) en 1865 en langue latine, un ouvrage que le Conseil fédéral qualifia de déterminant deux ans plus tard. Celui-ci fut ensuite adopté progressivement dans certains cantons, dont ceux de Berne, de Bâle-Ville, de Soleure, de Saint-Gall, de Fribourg et de Glaris. Mais comme les *simplicia* (c'était ainsi que l'on désignait à l'époque les remèdes « simples à fabriquer ») ne figuraient pas dans cette première édition, et comme les autres prescriptions ne faisaient pas l'unanimité, l'on revenait encore souvent à la *Pharmacopoea Borussica* (Pharmacopée prussienne).

Le Conseil fédéral convoqua alors une conférence intercantonale d'harmonisation des prescriptions, qui décida d'élaborer, à partir de la *Pharmacopoea Helvetica*, un projet de concordat en vue d'une unification. Mais ce concordat n'aboutit pas.

La première édition étant rapidement épuisée, la Société de pharma-

cie décida d'éditer une nouvelle pharmacopée qui devait englober également les *simplicia*. Une commission Pharmacopée rassemblant une dizaine de personnes acheva ses travaux si rapidement que la *Pharmacopoea Helvetica Editio altera* put déjà être publiée en 1872. Cette dernière rassemblait dans un premier temps uniquement les médicaments généraux en usage dans toute la Suisse, tous les autres devant figurer dans un supplément qui paraîtrait plus tard. La même année, la Confédération décida d'adopter cet ouvrage pour les services de l'armée, et les cantons lui emboîtèrent le pas. Fin 1873, l'*Editio Altera* était utilisée officiellement dans tous les cantons à l'exception de Genève, Nidwald et du Tessin. Le supplément promis parut trois ans plus tard.

À la fin de l'année 1888, le Conseil fédéral décida avec l'aval de l'Assemblée fédérale de rédiger une Pharmacopée suisse officielle. C'est ainsi que la *Pharmacopoea Helvetica Editio tertia* vit le jour en 1893, mais cette fois-ci dans les trois langues officielles de la Confédération et non plus en latin. La Ph. Helv. III fut adoptée pour l'ensemble du territoire de la Confédération helvétique en 1894 et le Conseil fédéral déclara que cet ouvrage devait également faire loi pour les fournitures de médicaments à l'armée suisse ainsi que pour les décisions du Département fédéral des douanes, de la Régie fédérale des alcools et du Service fédéral de l'hygiène publique. À cette date, un canton, celui de Glaris, n'avait toujours pas adopté la Ph. Helv. III.

L'objectif d'une Pharmacopée nationale reconnue sur tout le territoire de la Confédération n'était donc pas encore totalement atteint. Il fallut attendre 1902 pour qu'une Commission fédérale de la pharmacopée officielle soit mandatée d'élaborer

une nouvelle Pharmacopée, sous la présidence du directeur du Service fédéral de l'hygiène publique.

Et c'est ainsi qu'en 1908, la *Pharmacopoea Helvetica Editio quarta* fut promulguée sur tout le territoire de la Confédération.

« Une œuvre nationale de grande valeur, à la fois scientifique et pratique, qui constitue, au jugement des hommes les plus autorisés, un progrès important dans le domaine de la pharmacie. » [Rapport sur la gestion de 1907 – Département fédéral de l'intérieur]

Le temps passe – et la Ph. Helv. continue son évolution

Au cours des années, le développement rapide de l'arsenal thérapeutique et l'amélioration des méthodes d'analyse des médicaments ne devaient pas tarder à imposer la nécessité d'une nouvelle édition.

Le Conseil fédéral décida donc de faire procéder à une révision de la Pharmacopée suisse, ce qui se traduisit par la rédaction d'une *Partie générale* assez volumineuse, définissant les principes de base concernant la préparation, les méthodes d'analyse, ainsi que la conservation et la remise des médicaments. Des réactions limites pour l'essai de la pureté ainsi que des méthodes d'analyse physique et chimique pour la détermination quantitative des teneurs en principes actifs – à l'aune des connaissances de l'époque en matière d'analyse des médicaments – furent ainsi introduites. À cette époque, la *Partie spéciale* de la toute nouvelle 5^{ème} édition de la Ph. Helv. rassemblait déjà 1050 monographies. La *Pharmacopoea Helvetica Editio quinta* entra en force en 1936.

« Notre pays disposa ainsi à son tour d'une pharmacopée nationale, qui, à l'époque de sa parution, pouvait être considérée comme un modèle concernant sa structure et les prescriptions qu'elle contenait et dont les hautes qualités scientifiques lui valurent une réputation internationale. » [Avant-propos de la Ph. Helv. VI]

À ce stade, une Commission fédérale permanente de la pharmacopée dotée de son propre laboratoire constituait la seule solution pour assurer l'évolution continue de la Pharmacopée. Le Laboratoire fédé-

ral de la Pharmacopée démarra ainsi ses activités en 1945 sous la tutelle du Service fédéral de l'hygiène publique, ce qui permit de créer les compétences et la stabilité requises pour traiter les questions relatives aux recueils de médicaments.

Des suppléments à l'édition existante furent publiés afin de faire le pont entre deux éditions successives, de manière à ce que les prescriptions de la Pharmacopée puissent rapidement être adaptées en fonction de l'évolution de l'arsenal thérapeutique et des progrès réalisés dans le domaine de l'analyse des médicaments.

La *Pharmacopoea Helvetica VI* parut pour la première fois sous la forme d'un registre à feuillets mobiles en 1972. La structure de l'ouvrage restait la même puisqu'il se composait toujours d'une partie générale et d'une partie spéciale rassemblant les monographies.

Dans la mesure où il n'existait pas à l'époque de loi fédérale sur les médicaments, les termes « médicament », « spécialité pharmaceutique » et « excipient pharmaceutique » étaient définis dans la partie générale.

Les travaux menés au niveau international pour unifier les Pharmacopées nationales portent leurs fruits

En 1964, la Suisse signait – au sein d'un groupe de huit États fondateurs – la Convention relative à l'élaboration d'une Pharmacopée Européenne (Ph. Eur.).

Ce faisant, elle s'engageait à collaborer à l'élaboration de la Pharmacopée Européenne et à transposer dans le droit suisse les prescriptions de qualité qui avaient été rédigées.

Les décisions juridiquement contraignantes de la Commission européenne de pharmacopée furent toutes reprises progressivement dans la Ph. Helv. VI.

En 1978, la Commission fédérale de la Pharmacopée décida d'entamer le remaniement de la *Pharmacopoea Helvetica* dans le but de réunir dans un seul ouvrage – la Ph. Helv. VII – toutes les monographies remaniées de la Ph. Helv. VI et les monographies de la Ph. Eur. II. La *Pharmacopoea Helvetica VII* entra en vigueur en 1987 :

« La Pharmacopée est valable sur l'ensemble du territoire de la Confé-

dération suisse en ce qui concerne la définition, la fabrication et la préparation, l'examen, la conservation, la dispensation et l'utilisation des médicaments et des adjuvants pharmaceutiques. Le fait qu'elle soit fondée largement sur des normes internationales reconnues souligne son importance en tant que recueil officiel de normes pour la bonne pratique pharmaceutique. Son développement ultérieur doit se poursuivre en accord complet avec l'évolution internationale des pharmacopées. » [Avant-propos de la Ph. Helv. VII]

Fin 1996, le Conseil de l'Europe publia la 3ème édition de la Ph. Eur., pour la première fois sous forme d'ouvrage relié, et annonça cinq ans plus tard déjà son intention de publier une nouvelle édition, la Ph. Eur. 4.

Au vu de cette évolution galopante, la Commission fédérale de la Pharmacopée décida d'éditer à nouveau séparément les ouvrages suisses et européens à l'avenir, ce qui fut le cas en 1997 – avec la *Pharmacopoea Helvetica 8*.

La Pharmacopée suisse sous sa forme actuelle

La 9ème édition de la Ph. Helv. entra en vigueur en 2003 dans un contexte qui avait fortement évolué depuis la publication de la 8ème édition. À cette époque, c'était la Ph. Eur. 4 qui s'appliquait. Puis la loi fédérale suisse sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPT ; RS 812.21) entra en vigueur en 2002, remplaçant ainsi la loi fédérale sur la Pharmacopée et les trois ordonnances correspondantes.

Lors de la parution de la Ph. Helv. 10 en 2006, un CD-ROM fut joint à l'ouvrage pour la première fois, de manière à ce que les utilisateurs puissent décider eux-mêmes s'ils préféraient travailler avec la version imprimée ou avec la version électronique.

En 2012, l'ensemble de la rédaction de la Ph. Helv. mit en place, dans le cadre de la 11ème édition, un nouveau système afin de réagir de manière plus flexible et plus rapide aux futures modifications : le CD-ROM fut remplacé par une version en ligne, qui permet d'avoir immédiatement accès aux textes en vigueur de l'ouvrage principal et du supplément. La version en ligne fournit par ailleurs des informations

supplémentaires, telles que des spectres de référence et des formulaires, ainsi que des illustrations de chromatogrammes.

L'édition actuelle de la Ph. Helv. (mise à jour : supplément 11.2) regroupe les éléments suivants :

- différents chapitres informatifs avec des renvois vers la Ph. Eur.
- 9 méthodes générales
- 14 textes généraux
- 1 monographie générale
- diverses monographies individuelles :
 - 1 vaccin
 - 12 drogues végétales
 - 19 préparations à base de drogues végétales
 - 6 tisanes
 - 46 préparations
 - 22 substances chimiques

À qui la pharmacopée sert-elle ?

Les patients doivent pouvoir compter sur des médicaments de première qualité, sûrs et efficaces.

Pour être sûrs et efficaces, les médicaments doivent afficher un niveau de qualité irréprochable.

La Pharmacopée décrit donc le niveau de qualité requis dans des dispositions juridiquement contraignantes, de sorte que les médecins qui prescrivent des médicaments, les pharmaciens, et les patients puissent avoir pleinement confiance dans la qualité des médicaments qu'ils se procurent.

Du « livre de recettes » à la loi – qui utilise la pharmacopée ?

Les premières éditions de la *Pharmacopoea Helvetica* peuvent être considérées comme des « livres de recettes », puisqu'elles servaient essentiellement à aider les pharmaciens ainsi que, dans une certaine mesure, les médecins, à fabriquer des médicaments qui présentaient toujours les mêmes caractéristiques. Mais le contexte changea lorsque la fabrication des médicaments fut industrialisée. Désormais, il était nécessaire qu'une autorité compétente analyse ces médicaments avec un regard critique avant de leur octroyer une autorisation de mise sur le marché. Par conséquent, outre le pharmacien et l'industrie, l'autorité compétente devenait également liée par les dispositions de la Pharmacopée.

Sous sa forme actuelle, la Phar-

macopée a force de loi. En Suisse, elle est constituée de la Pharmacopée Européenne, qui sert de base, ainsi que de la *Pharmacopoea Helvetica*, qui la complète. Elle rassemble des prescriptions de qualité relatives à des médicaments connus et usuels, et sert à tous ceux qui doivent analyser ou vérifier la qualité des médicaments, que ce soient les établissements industriels, les pharmaciens ou les laboratoires d'analyse indépendants.

À quoi sert une pharmacopée nationale ?

La Pharmacopée suisse complète la Ph. Eur. et s'applique dans les cas qui ne sont pas couverts par les prescriptions européennes mais pour lesquels on a constaté un besoin au niveau national.

Certaines monographies de préparations dont la composition et la prescription de fabrication sont spécifiques par exemple ne seront pas prises en compte au niveau européen. Dans le domaine des phyto-médicaments en outre, les traditions et les habitudes varient d'un pays à l'autre, de sorte qu'une réglementation nationale est nécessaire. Un exemple est *l'extrait fluide titré de matricaire*, qui n'est pas repris dans la Ph. Eur. mais qui jouit d'une longue tradition en Suisse et qui fait par conséquent l'objet d'une monographie dans la Ph. Helv.

La Pharmacopée nationale contribue aussi massivement à une harmonisation de la réglementation relative aux exigences de qualité à travers le pays, notamment dans le domaine des préparations magistrales fabriquées par les établissements de remise, car ces dernières ne sont pas soumises à l'obligation d'autorisation. En l'occurrence, les règles des Bonnes Pratiques de Fabrication de médicaments en petites quantités qui sont entrées en vigueur en 2005 constituent un pilier reconnu et désormais incontournable pour garantir la qualité des médicaments fabriqués sur la base d'une formule.

Les prescriptions nationales peuvent par ailleurs faire office de travaux préliminaires importants et constituer un socle sur lequel sera élaborée une norme européenne commune au niveau de la Ph. Eur. De nombreuses prescriptions de la

Ph. Eur. figuraient ainsi initialement dans la Ph. Helv. et ont été développées collégalement au niveau européen par la suite.

En tant que professionnel de la santé, vous pouvez participer à l'élaboration de la Pharmacopée

La Pharmacopée helvétique doit être adaptée en permanence à l'état actuel des connaissances scientifiques et techniques. Afin que cette garantie soit apportée, il est essentiel que les différents groupes d'utilisateurs participent au processus d'élaboration de ces normes.

La Pharmacopée est donc large-

ment tributaire des avis des utilisateurs à propos des prescriptions de qualité nécessaires ainsi que de la collaboration de ces derniers à leur élaboration. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils disposeront d'un ouvrage qui reflétera en permanence l'état actuel et qui fournira des prescriptions orientées sur la pratique.

Souhaitez-vous apporter votre pierre à cet édifice ? Pensez-vous à une nouvelle monographie qu'il faudrait élaborer ou à une monographie existante qu'il faudrait réviser ? Dans ce cas, n'hésitez pas à nous contacter sur la page suivante :

www.swissmedic.ch/pharmacopee

Célébrations à l'occasion des 150 ans de la Pharmacopée helvétique

Le 27 octobre 2015, Swissmedic a organisé une manifestation afin de célébrer le 150ème anniversaire de la *Pharmacopoea Helvetica*.

Dans ce cadre, l'institut a présenté – en collaboration avec des experts du réseau de la Pharmacopée – différentes thématiques d'actualité en rapport avec la Pharmacopée suisse dans le cadre de plusieurs exposés. Une centaine de personnes issues des officines, des hôpitaux, des écoles supérieures et des autorités ont pu ainsi s'informer sur des questions d'actualités qui touchent la Ph. Helv. et ont profité de la partie festive de cet événement pour discuter avec des collègues et des experts.

N'hésitez pas consulter la page Internet suivante pour obtenir de plus amples informations au sujet de ce colloque et pour avoir accès aux présentations : www.swissmedic.ch/pharmacopee

Trains sans fumée depuis dix ans : un signal fort contre le tabagisme passif

Il y a dix ans, la cigarette disparaissait des trains, des bus et des espaces fermés dans les gares. En introduisant l'interdiction de fumer dans les transports publics le 11 décembre 2005, l'Union des transports publics et les CFF ont joué un rôle précurseur important. Ils ont donné un signal fort et immédiatement très bien accepté du public et ouvert la voie à la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Ces mesures simples ont permis d'améliorer sensiblement la santé de la population.

« Les trains et gares sans fumée correspondaient à l'esprit du temps et se sont imposés sans problèmes majeurs », se souvient Toni Häne, directeur de l'unité Grandes lignes aux CFF. « La société était prête à faire ce pas. Ce qui est aujourd'hui inimaginable, fumer dans les trains, restaurants et bureaux, était naturel jusque vers la fin du XXe siècle. Il y a eu alors un changement de mentalité et j'ai été étonné de la vitesse à laquelle le fait de ne pas fumer est devenu une évidence. »

Plusieurs cantons ont ensuite emboîté le pas aux CFF, le Tessin a été le premier à interdire la fumée dans les lieux publics, restaurants, cafés et bars en avril 2007. En mai 2010 l'interdiction de fumer est devenue générale en Suisse avec la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif. Aujourd'hui, cette loi a l'assentiment de presque 90% de la population. L'exposition au tabagisme passif n'a cessé de reculer. En 2006, 27% des non-fumeurs étaient encore exposés au moins une heure par jour au tabagisme passif. Ce pourcentage a chuté à 6% en 2013.

Les mesures de protection contre la fumée passive ont amené très rapidement des améliorations notables pour la santé. Chez les non-fumeurs exposés, le tabagisme passif peut provoquer le cancer du poumon, des maladies cardiovasculaires et de l'asthme, ainsi que des infections des voies respiratoires.

De nombreuses études menées dans différents pays ont montré que l'introduction d'une interdiction de fumer diminuait généralement le nombre d'accidents cardio-vasculaires au sein de la population. En

Suisse, ce recul est également attesté. Une étude de l'hôpital cantonal des Grisons a pu montrer que l'introduction de l'interdiction de fumer a été suivie par un recul de 21% des hospitalisations en raison d'infarctus. Pendant cette même période, le nombre de cas est resté inchangé dans le canton de Lucerne. Ce dernier canton a servi de contrôle car, pendant toute la période de l'étude, il n'y avait pas de réglementation limitant la fumée. A Genève, une diminution significative (19%) des cas d'hospitalisations consécutives à une broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPCO) ou à une pneumonie a été démontrée. L'auteur de l'étude estime qu'environ 100 hospitalisations par an ont ainsi pu être évitées.

« Je suis plus fort. SmokeFree »

La nouvelle campagne de prévention du tabagisme mise en place par la Confédération, les cantons et les organisations non gouvernementales s'est donné pour slogan « Je suis plus fort / Je suis plus forte. SmokeFree », et soutient les personnes qui ont décidé d'arrêter de fumer. Grâce à la nouvelle application SmokeFree Buddy, les personnes qui le souhaitent peuvent se faire aider et encourager par un ami. En même temps, la campagne SmokeFree met l'accent sur l'abstinence tabagique et vise à faire progresser dans la société l'idée d'une vie sans tabac.

Pour plus d'informations sur l'application SmokeFree Buddy, rendez-vous sur :

www.smokefree.ch/fr/buddy-app/

Pour de plus amples informations :

OFSP, service de presse,
téléphone 058 462 95 05 ou
media@bag.admin.ch

Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

| Canton | N ^{os} de bloc | Ordonnances n ^{os} |
|--------|-------------------------|-----------------------------|
| Genève | 32695F | 817351-817375 |

Swissmedic
Division stupéfiants

P.P. A

CH-3003 Berne
Post CH AG

Indiquer les changements
d'adresse :

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

Bulletin 52/15