

Maladies invasives à méningocoques 2007–2016

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

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

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

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

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

DÉCLARATIONS ET CAS

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

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

SAISONNALITÉ

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

NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

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

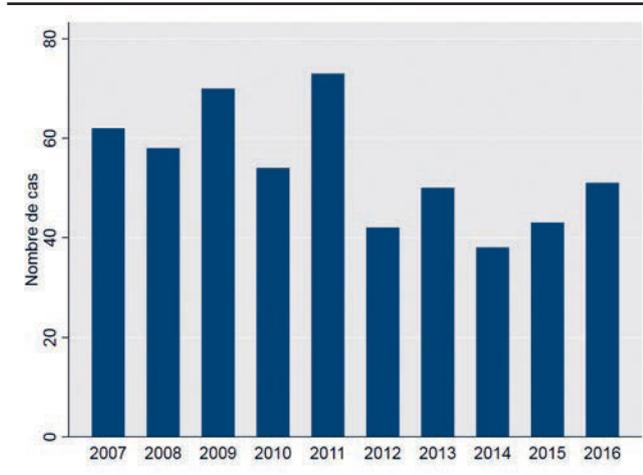
Globalement, le nombre annuel de cas et l'incidence correspondante ont baissé durant cette période (figure 1, tableau 1): l'incidence moyenne durant la période quinquennale 2012–2016 était nettement plus faible que celle des cinq années précédentes (–0,3 MIM pour 100 000 habitants; –33 %).

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

Comparaison de l'incidence par sexe

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

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



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

Nombre de cas et incidence en fonction de l'âge

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

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

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

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

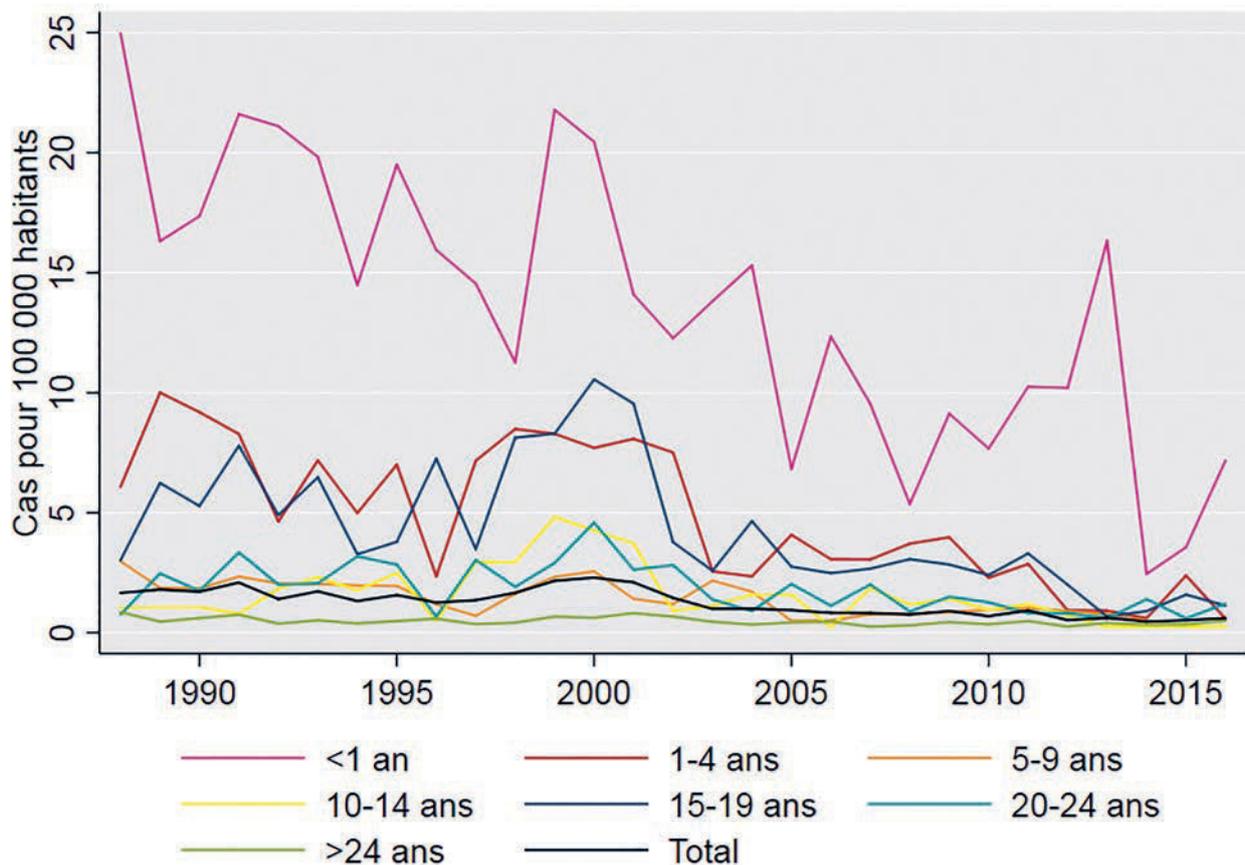


Tableau 1 :

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DE MIM À ÉVOLUTION FATALE ET LÉTALITÉ

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

MANIFESTATION ET FACTEURS DE RISQUE

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

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

Tableau 2:

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

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

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

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

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

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

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

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

STATUT VACCINAL

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

Tableau 3:

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

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

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

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

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

EXPOSITIONS ET FLAMBÉES

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

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

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

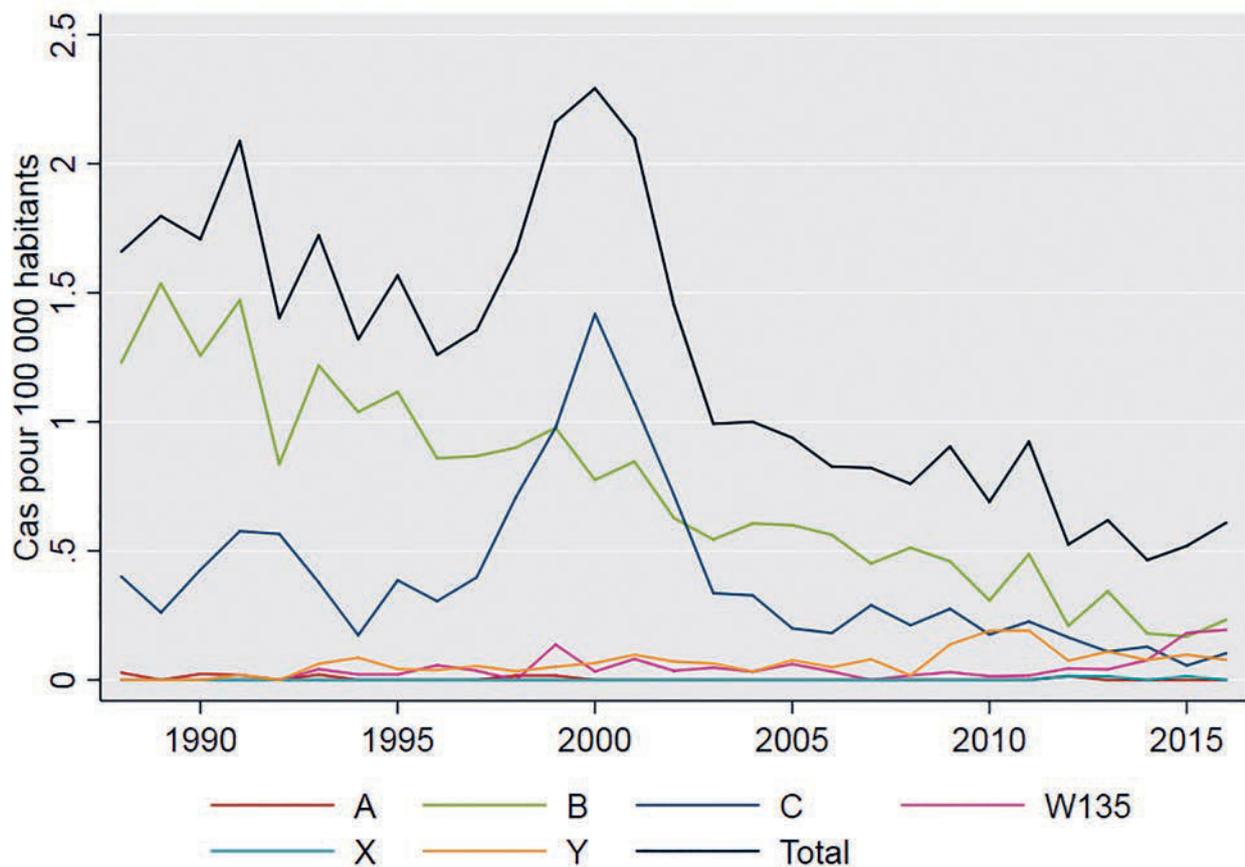
SÉROGROUPES DES MÉNINGOCOQUES

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

Figure 3:

Incidence en fonction du sérotype, 1988–2016

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

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

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

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

Distribution des sérotypes et incidence en fonction de l'âge

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

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

Tableau 4 :

Antibiorésistance des méningocoques analysés, 2007–2016

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

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

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

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

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

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

Typage fin des méningocoques et complexes clonaux

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

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

RÉSISTANCES DES MÉNINGOCOQUES AUX ANTIBIOTIQUES

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

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

Système de déclaration

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

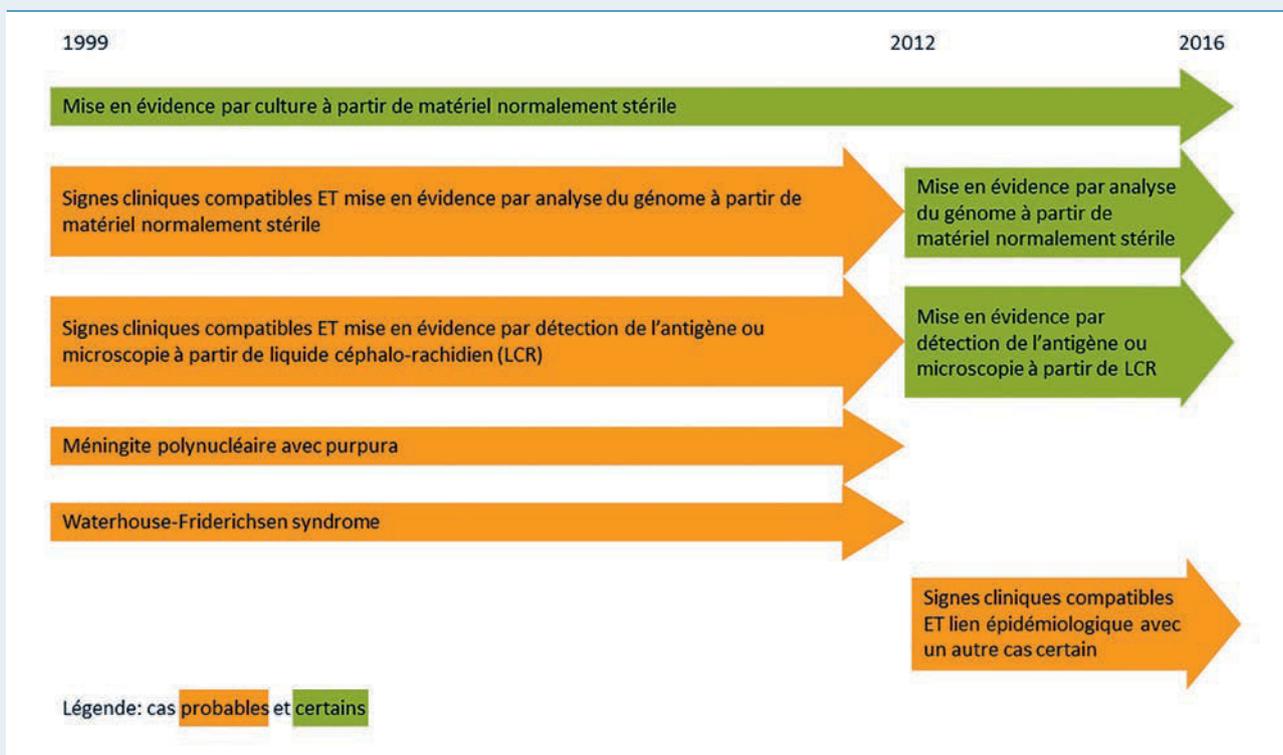
Critères de déclaration

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

Classification des cas

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

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



Contact

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