

Infections à *Mycoplasma pneumoniae*

Date de publication : 31 mai 2024

ÉDITION NATIONALE

Situation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France au 24 mars 2024

Points clés

Une épidémie d'intensité inhabituelle d'infections à *Mycoplasma pneumoniae* est observée en France chez les enfants et les jeunes adultes depuis novembre 2023. Les indicateurs épidémiologiques ont fortement augmenté en ville et à l'hôpital jusqu'à atteindre un pic début janvier 2024. Une diminution a ensuite été observée pour la plupart des indicateurs, suivie d'une stabilisation depuis début février 2024 à des niveaux restant cependant supérieurs à ceux des années précédant la pandémie de Covid-19. Dans ce contexte, le suivi de la situation se poursuit à partir d'un dispositif coordonné par Santé publique France en lien avec plusieurs réseaux et sources de données en ville et à l'hôpital.

- Après la forte augmentation du recours aux soins d'urgence pour pneumopathie toutes causes en ville (réseau SOS Médecins) et aux urgences (réseau Oscour®) et pour pneumopathie bactérienne aux urgences entre fin octobre 2023 (S43/23) et décembre 2023 (S52/23), diminution en janvier 2024 (S01-S04/24) suivie d'une stabilisation chez les 5-14 ans et d'une tendance à la baisse chez les 15-44 ans en février (S05-S09/24), à des niveaux restant supérieurs aux valeurs observées lors des années précédentes.
- À l'hôpital suite à la nette hausse du taux de détection par PCR de *M. pneumoniae* d'octobre (S40/23) à mi-janvier (S03/24), diminution fin janvier (S04) puis stabilisation en février (S05-S08) qui se poursuivait en mars (S09-S12/24).
- En ville, nette hausse du taux de positivité des tests IgM à *M. pneumoniae* de fin octobre (S43/23) à fin janvier (S05/24) chez les 5-44 ans, suivie d'une diminution transitoire mi-février (S07-S08/24) puis d'une augmentation fin février (S09). Tendance à la stabilisation amorcée entre début et fin mars (S10-S12/24).
- Faible proportion (2,4 %) de souches résistantes aux macrolides (traitement antibiotique de 1^{re} ligne) parmi les prélèvements analysés entre les semaines 27/2023 et 11/2024.
- Au 24 mars 2024, tendance à la stabilisation ou diminution des indicateurs à des niveaux restant supérieurs à ceux des années précédant la pandémie de Covid-19

Introduction

Après plus de trois années de transmission à un niveau très bas dans le contexte de la pandémie de Covid-19, une forte augmentation du nombre d'infections respiratoires à *Mycoplasma pneumoniae* avait été mise en évidence en France fin novembre 2023 en ville et à l'hôpital. Une sensibilisation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers au diagnostic et à la prise en charge avait été réalisée dès novembre 2023 par le ministère chargé de la santé [1]. De plus, en décembre 2023, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des éléments de réponse sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pneumonies atypiques à *M. pneumoniae* en ambulatoire chez l'enfant et l'adulte [2].

Plusieurs points de situation ont été publiés sur le site de Santé publique France à partir des indicateurs d'un système multi-sources [3, 4, 5] associant les réseaux SOS Médecins [6] et Oscour® [7] (surveillance syndromique Sursaud®), les réseaux de laboratoires à l'hôpital (RENAL) [8] et en ville (3Labos) [9] et le suivi du profil de résistance de *M. pneumoniae* aux macrolides par le CHU de Bordeaux [10].

Santé publique France a poursuivi le suivi de la situation à partir de la remontée de données non spécifiques collectées en routine pour les pneumopathies (surveillance syndromique SurSaUD®) et de la remontée de données spécifiques de l'infection (réseaux de laboratoires à l'hôpital « RENAL » coordonné par le CNR Virus des Infections Respiratoires et en ville « 3Labos »). Le suivi de la résistance aux antibiotiques dont les macrolides est réalisé par le laboratoire de bactériologie du CHU de Bordeaux.

Cette synthèse fait un point sur l'évolution de la situation épidémiologique à partir des principaux indicateurs disponibles jusqu'au 3 mars 2024 (semaine 09-2024).

Recours aux soins d'urgence pour pneumopathie en ville et à l'hôpital

Données de surveillance syndromique SurSaUD[®] pour pneumopathie en ville (réseau SOS Médecins) et aux urgences (réseau Oscour[®])

Les recours aux soins d'urgence pour **pneumopathie (tous types confondus)** avaient fortement augmenté de début octobre (S40/23) jusqu'à atteindre début janvier (S01/24) chez les 5-14 ans et les 15-44 ans des niveaux nettement supérieurs à l'ensemble des valeurs maximales observées lors de la période de référence 2015-2020, que ce soit en ville lors des visites et consultations SOS Médecins ou à l'hôpital dans les services d'urgences du réseau Oscour[®] [5].

Chez les **5-14 ans**, une diminution de la part des actes médicaux du réseau SOS Médecins (2 039/100 000 en S04/24, -59 % par rapport à S01/24) et des passages aux urgences pour pneumopathie du réseau Oscour[®] (1 744/100 000, -61 %) a été observée en janvier (S01-S04/24). Ces indicateurs se stabilisaient ensuite en février (S05-S09/24) à des niveaux restant supérieurs à ceux observés dans ces réseaux lors des périodes de référence 2015-2020 (figures 1 et 2). La part des actes médicaux pour pneumopathies du réseau SOS Médecins était ainsi de 2 580/100 000 en S09/24 (vs 600 en moyenne en S09 de 2015 à 2020). Aux urgences, la part des passages pour pneumopathie en S09/24 (1 831/100 000) était près de quatre fois supérieure à la moyenne de la S09 en période 2015-2020 (488/100 000).

Chez les **15 à 44 ans**, une diminution était observée entre début janvier (S01/24) et début février (S06/24) pour la part des actes SOS Médecins pour pneumopathie (-23 %) et celle des passages aux urgences pour pneumopathie (-17 %). La part des actes SOS Médecins se stabilisait ensuite entre les semaines 07 et S09/24 (+1 %) tandis qu'une diminution se poursuivait jusqu'en S09/24 pour les passages aux urgences pour pneumopathie (-13 % par comparaison à S07/24). En S09/24, la part des actes médicaux pour pneumopathie était de 1 510 pour 100 000 actes SOS Médecins (vs 465/100 000 en moyenne en S09 sur la période 2015-2020). Aux urgences, le niveau atteint pour pneumopathie était de 925 pour 100 000 passages aux urgences en S09/24 (vs 453/100 000 en moyenne en S09 sur la période 2015-2020) (figures 1 et 2).

En termes de gravité, la part des hospitalisations après passages aux urgences pour pneumopathie était en moyenne de 19 % chez les 5-14 ans et 30 % chez les 15-44 ans entre les semaines 40/23 et S09/24, ce qui était inférieur à ce qui était observé en moyenne sur cette même période de 2015 à 2020 pour ces classes d'âge (respectivement 24 % et 38 %).

L'analyse spécifique de l'évolution des passages aux urgences pour **pneumopathie bactérienne** met en évidence des évolutions relativement comparables à celles pour pneumopathie tous types confondus même si la mention d'origine bactérienne dans le réseau OSCOUR relève d'un codage par le médecin urgentiste, sans qu'une confirmation biologique soit systématiquement recherchée. La part des passages aux urgences pour pneumopathies bactériennes représentait environ un tiers des pneumopathies toutes causes entre les semaines 40/23 et 09/24, de manière comparable à la période 2015-2020.

Après avoir atteint fin décembre 2023 (S52/23) des niveaux quatre fois supérieurs aux niveaux de référence chez les **5-14 ans**, la part des passages aux urgences pour pneumopathie bactérienne a diminué jusqu'à fin janvier 2024 (S04/24) puis s'est stabilisée jusqu'en S09/24 à des niveaux restant trois fois supérieurs à ceux de la période de référence (figure 3). Chez les **15-44 ans**, après avoir atteint en S52/23 des niveaux deux fois supérieurs aux niveaux de référence, la part des passages aux urgences pour pneumopathie bactérienne a nettement diminué jusqu'en S01/24 puis s'est stabilisé avant de diminuer à nouveau avec des fluctuations jusqu'à fin février 2024 (S09/24) puis s'est stabilisée jusqu'en S09/24 à des niveaux restant près de deux fois supérieurs à ceux de la période de référence (figure 3).

Figure 1. Part hebdomadaire des actes pour toutes pneumopathies pour 100 000 actes chez SOS Médecins, par classe d'âge, semaines 26/2015 à S09/2024, réseau SOS Médecins

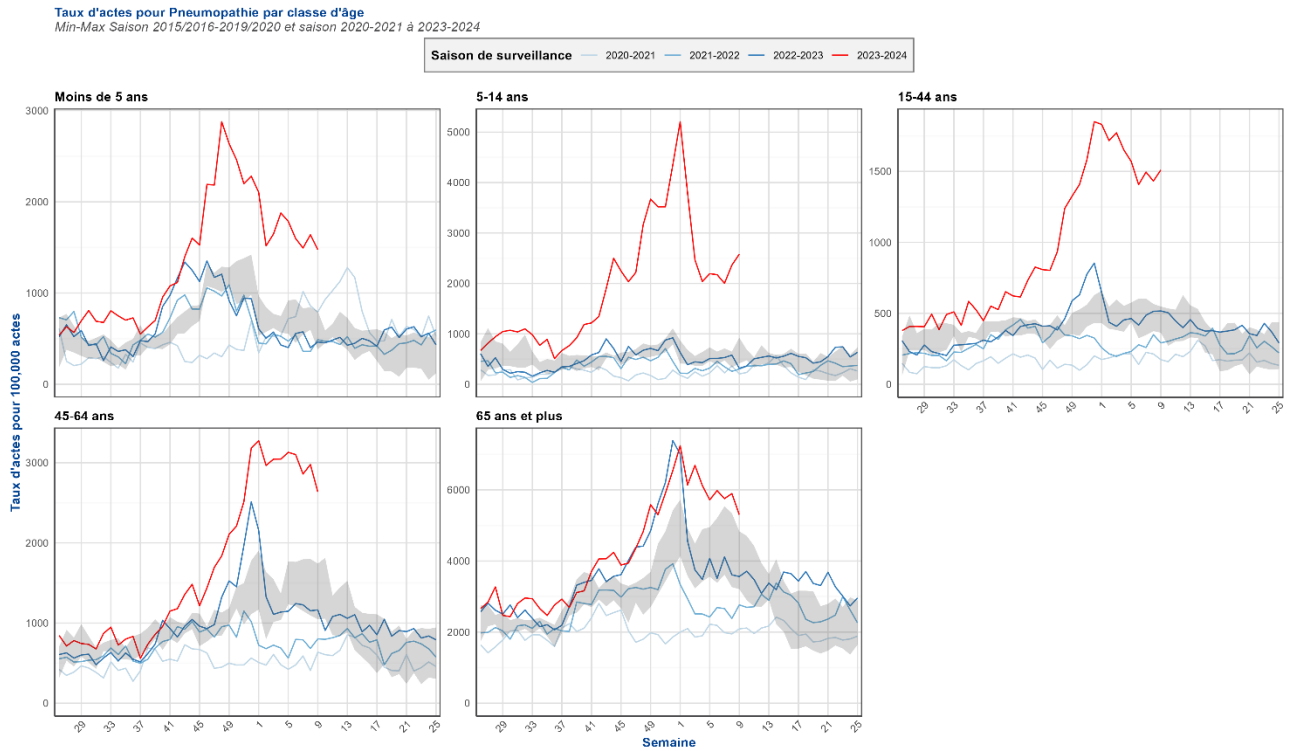


Figure 2. Part hebdomadaire des passages pour toutes pneumopathies pour 100 000 passages aux urgences par classe d'âge, semaines 26/2015 à S09/2024, réseau Oscour®

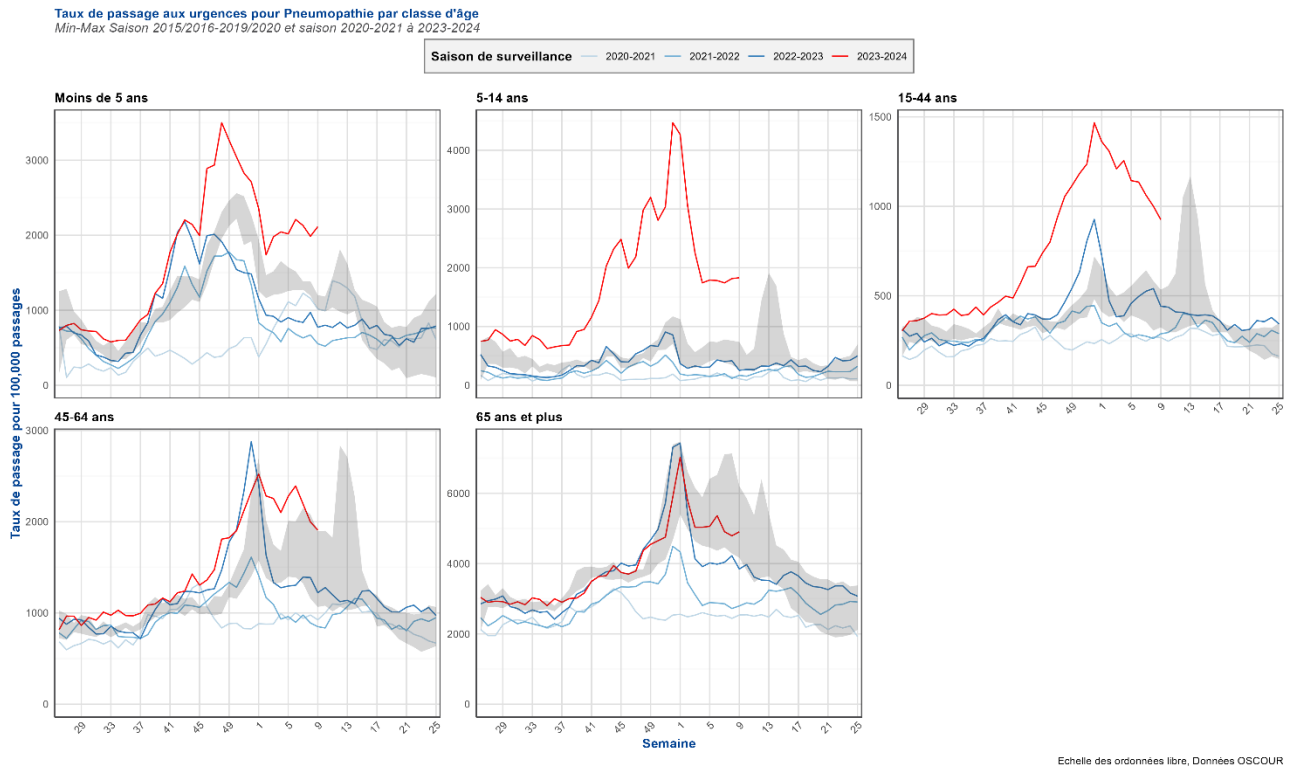
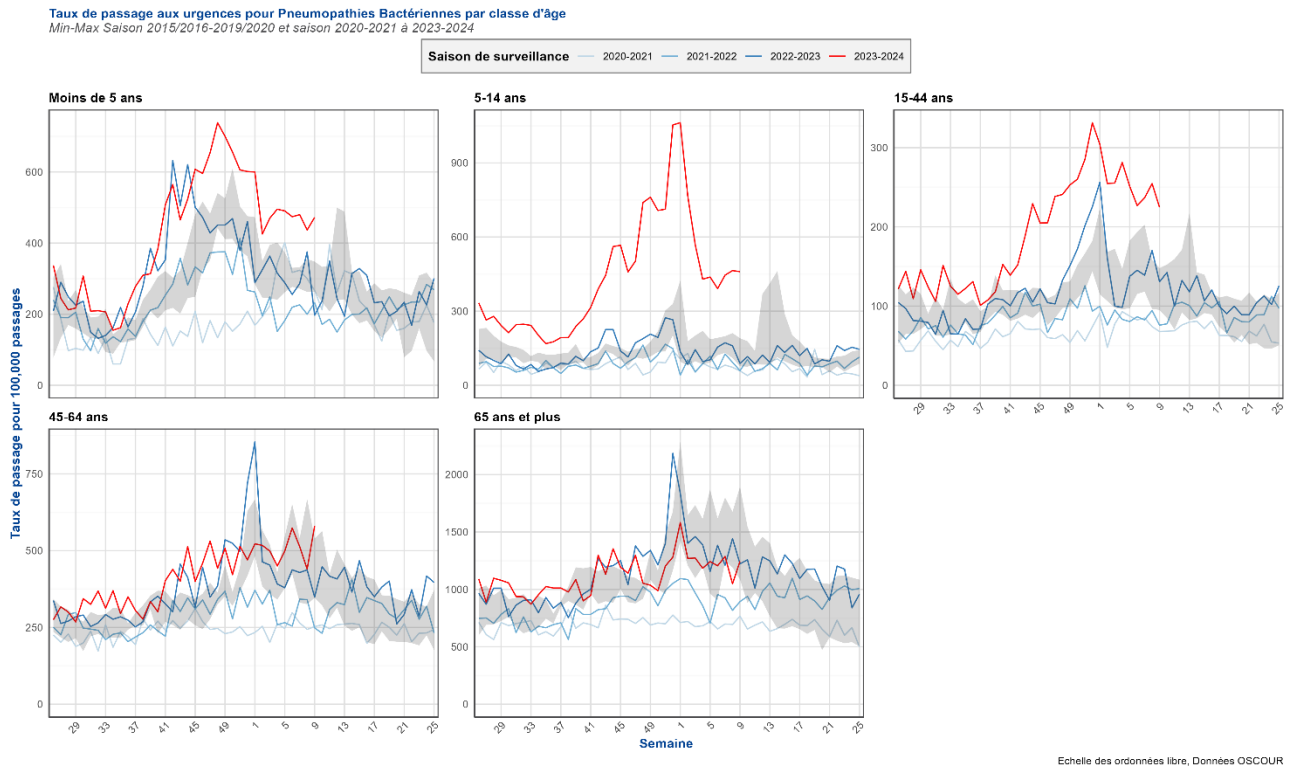


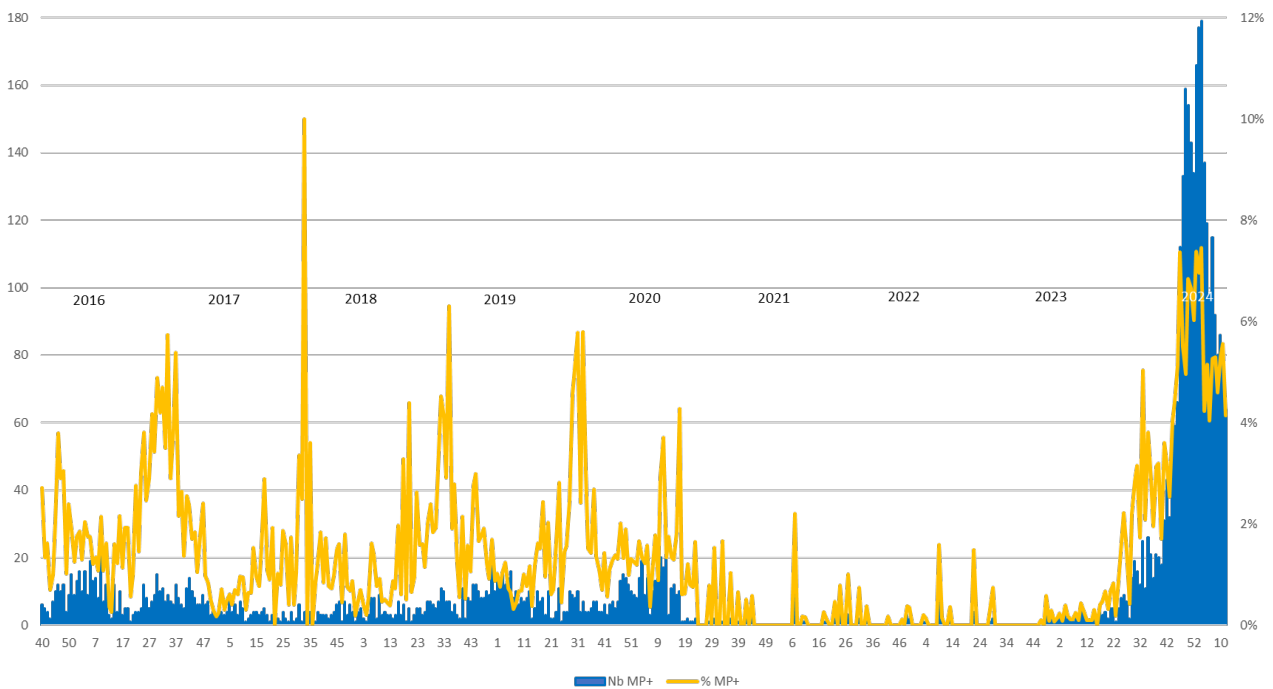
Figure 3. Part hebdomadaire des passages pour pneumopathie bactérienne pour 100 000 passages aux urgences par classe d'âge, semaines 26/2015 à S09/2024, réseau Oscour®



Suivi des taux de détection de *M. pneumoniae* à l'hôpital. Données microbiologiques du réseau de laboratoires hospitaliers RENAL

À l'hôpital, le nombre de détections par PCR de *M. pneumoniae* rapporté au CNR virus des infections respiratoires (réseau de laboratoires hospitaliers RENAL [8]) a augmenté de façon marquée d'octobre 2023 à janvier 2024. Le taux de positivité (TP) a évolué de 1,7 % début octobre (S40/23) à 7,4 % mi-janvier (S03/24) avec des fluctuations hebdomadaires (figure 4). Le taux maximal de positivité atteint est près de 7 fois supérieur à celui observé à la même période en 2016-2020 (soit 7,4 % en S03/24 vs 1,0 % en S03 en moyenne en 2016-2020). Après une diminution fin janvier (S04) à 4,2 %, le taux de positivité se stabilisait jusqu'en S11 avant d'amorcer une nouvelle diminution en S12 (données non consolidées) à un niveau restant élevé et supérieur aux valeurs observées précédemment (figure 4).

Figure 4. Nombre et taux hebdomadaire de détection par PCR de *Mycoplasma pneumoniae* tous âges confondus, semaines 40/2015 à 12/2024, réseau de laboratoires hospitaliers RENAL



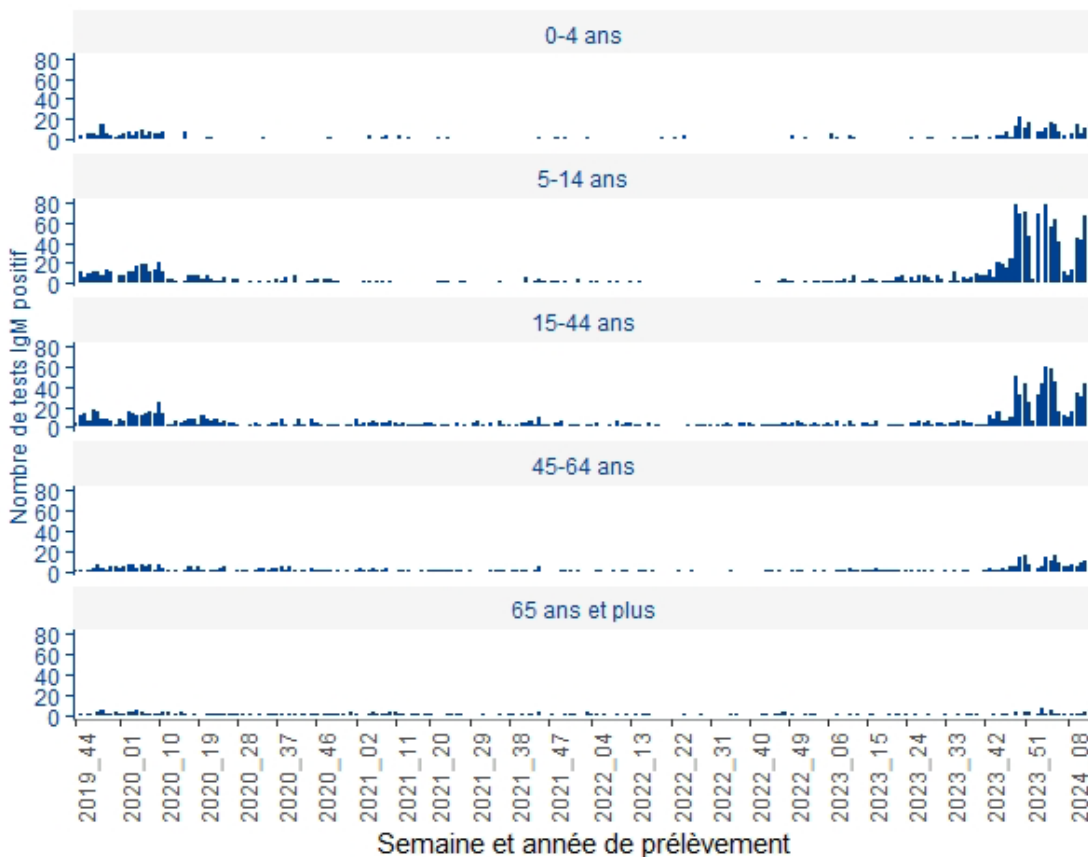
Source : CNR virus des infections respiratoires

Données sérologiques du réseau de laboratoires 3Labos

En ville, le diagnostic biologique d'une infection à *M. pneumoniae* est essentiellement réalisé par la sérologie, l'amplification génique (PCR) n'étant pas référencée à la nomenclature des actes de biologie médicale et donc non remboursable en ville. La présence d'IgM peut permettre de détecter une infection aiguë, du fait de leur apparition 7 à 10 jours après le début de l'infection, le diagnostic sérologique restant davantage rétrospectif par comparaison à la PCR.

Les analyses d'une partie des données sérologiques des laboratoires du groupe Eurofins-Biomnis (réseau 3LABOS [9]) montrent que le nombre de tests IgM positifs et le taux de positivité (TP) des tests IgM à *Mycoplasma pneumoniae* réalisés dans les laboratoires de biologie médicale de ville augmentaient depuis l'été 2023. Le nombre de test positifs en ville a ensuite augmenté plus nettement fin octobre (S43/23) chez les 5-14 ans et les 15-44 ans jusqu'à début décembre (S49/23) puis est resté globalement stable avec des fluctuations hebdomadaires jusqu'à fin mars (S13/24) (figure 5). La hausse du taux de positivité était particulièrement marquée chez les 5-14 ans et les 15-44 ans à partir de fin octobre (S43/23) jusqu'à atteindre en janvier des niveaux près de deux fois supérieurs à ceux de 2019 à la même période. Chez les 5-14 ans, le taux de positivité a atteint une valeur maximale de 74,8 % en S02/24 et celui chez les 15-44 ans était au maximum de 37,2 % en S04/24. Ces tendances confirment les évolutions mises en évidence par la surveillance syndromique dans ces classes d'âge et seront à confirmer suite à l'intégration de l'ensemble des données du réseau 3Labos (Eurofins-Biomnis et Cerba). Après une diminution transitoire mi-février (S07-S08/24), les indicateurs augmentaient à nouveau fin février (S09/24) et se maintenaient à un niveau élevé dans ces deux classes d'âge jusqu'à fin mars (S13/24).

Figure 5. Nombre de tests IgM positifs à *Mycoplasma pneumoniae* par classe d'âge en ville, semaines 44/2019 à 13/2024, données Eurofins-Biomnis, réseau de laboratoires 3Labos

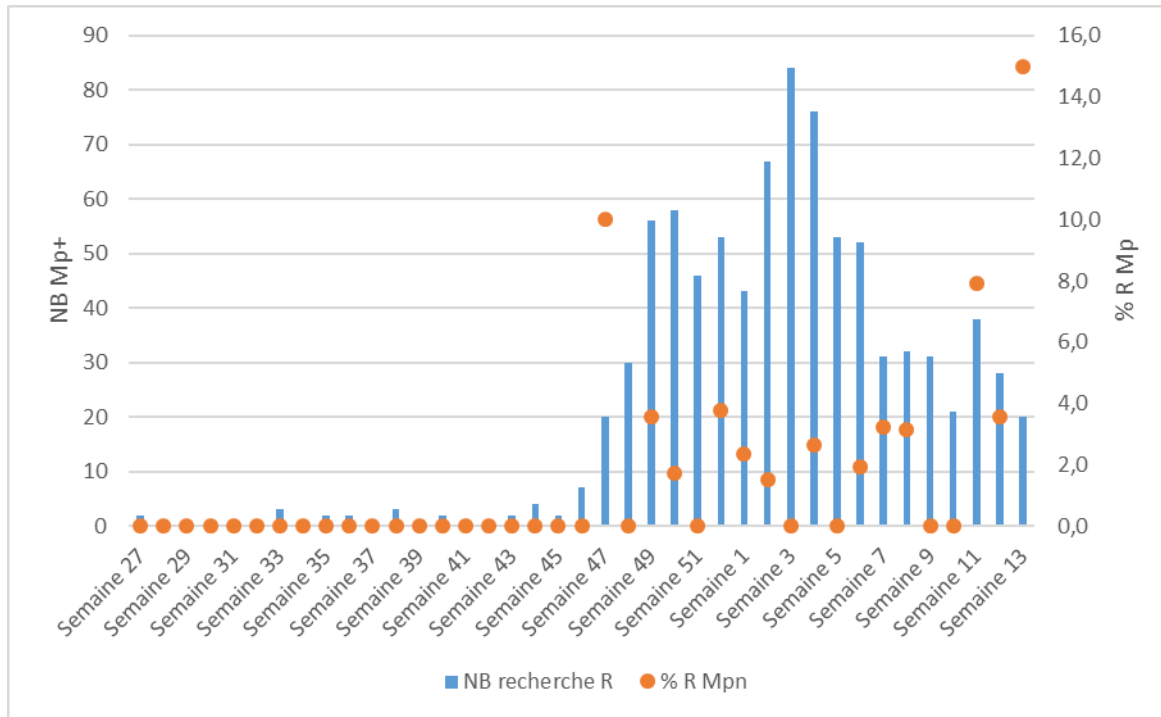


Source : Eurofins-Biomnis (réseau 3Labos)

Surveillance de la résistance aux macrolides du *Mycoplasma pneumoniae*. Données du laboratoire de bactériologie du CHU de Bordeaux

Mycoplasma pneumoniae étant une bactérie dépourvue de paroi, elle n'est pas sensible aux bêta-lactamines. Les macrolides sont le traitement de 1^{re} intention des infections à *M. pneumoniae* et le suivi de la part des bactéries résistantes à ce groupe d'antibiotiques est réalisé par le laboratoire de bactériologie au CHU de Bordeaux [10]. Ce laboratoire assure l'expertise nationale pour cette bactérie, en l'absence de Centre national de référence dédié. Au 31 mars, 21 souches résistantes ont été mises en évidence par PCR parmi les 869 prélèvements amplifiés (2,4 %) entre les semaines 27/2023 et 13/2024 (figure 6). Parmi les souches résistantes identifiées, les moins de 15 ans représentaient 19 % des cas, les 15-44 ans 57 % des cas et ceux de 45 ans et plus environ 24 % des cas. Parmi les souches résistantes, c'est la mutation A2063G qui est la plus fréquemment retrouvée (16/21, 76,2 %) comme retrouvé en Chine [11,12].

Figure 6. Nombre et pourcentage hebdomadaire de souches de *M. pneumoniae* résistantes aux macrolides tous âges confondus, semaines 27/2023 à 13/2024, France



Source : CHU de Bordeaux

Conclusion

Une épidémie d'infections respiratoires à *M. pneumoniae* d'intensité inhabituelle est observée en France depuis novembre 2023. Au niveau international, différentes informations concordantes montraient également la présence d'une épidémie à *M. pneumoniae* à compter de l'automne 2023. Plusieurs pays européens (Danemark, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Suède) avaient signalé avec la France au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) une augmentation des infections respiratoires à *M. pneumoniae*, plus marquée chez les enfants et les jeunes adultes [13].

À la différence d'autres infections respiratoires bactériennes qui avaient augmenté dès la fin 2022 après la levée des mesures barrières, la recrudescence des infections à *M. pneumoniae* a été plus tardive en France et dans d'autres pays. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer cette spécificité en lien avec les caractéristiques du pathogène, en particulier une longue période d'incubation (1 à 3 semaines) et un taux de transmission relativement faible pourraient être des facteurs en faveur d'un intervalle épidémique prolongé [14].

Concernant l'épidémie actuelle observée en France, les indicateurs épidémiologiques qui avaient fortement augmenté en ville et à l'hôpital jusqu'à atteindre un pic début janvier 2024 ont ensuite diminué et se sont stabilisés depuis début février 2024 à des niveaux supérieurs à ceux des années précédant la pandémie de Covid-19. Des données récemment publiées ne semblaient pas encore montrer d'infléchissement de la situation épidémique en mars 2024. Au Danemark, suite à une augmentation entre fin octobre et début décembre 2023 suivie d'une diminution jusqu'à fin décembre, une augmentation du nombre de cas de *M. pneumoniae* était observée début janvier 2024 suivie d'une diminution jusqu'à mi-février (S07/24). L'épidémie s'y maintenait à un niveau élevé depuis la semaine 08/24 jusqu'à fin mars (S12/24) [15, 16]. En Norvège, suite à l'augmentation de l'incidence observée depuis octobre 2023, les indicateurs restaient à un niveau relativement stable entre début janvier et fin février puis semblaient à nouveau augmenter début mars [17]. En Ecosse, en mars (S11/24), l'épidémie était stable à un niveau élevé chez les enfants de 5-14 ans tandis qu'une diminution s'amorçait chez les adultes de 15-44 ans [18].

Les données des pneumopathies basées sur la surveillance syndromique doivent être interprétées avec prudence, principalement du fait que la confirmation du diagnostic de *M. pneumoniae* par PCR n'est pas systématiquement disponible à la sortie des urgences. Ces indicateurs syndromiques ont été impactés pendant la saison hivernale par d'autres pathogènes respiratoires notamment la grippe [19] et des surinfections bactériennes comme celles à pneumocoque [20].

Par ailleurs en termes de diagnostic, l'interprétation des données microbiologiques hospitalières, et en particulier les comparaisons à la période pré-pandémique doivent tenir compte de l'évolution des approches diagnostiques, l'usage des PCR multiplex ayant été probablement plus fréquent après la pandémie. Concernant les données microbiologiques en ville, l'une des limites pour le suivi de l'épidémie est que la détection des cas repose essentiellement sur la sérologie IgM sans possibilité d'un suivi des cas détectés par PCR, cette technique de référence pour la détection de *M. pneumoniae* n'étant pas remboursée en ville. De plus, du fait de l'absence de suivi sérologique sur le parcours d'un patient, il n'a pas été possible de mettre en évidence une séroconversion ou ascension des titres d'IgG. Même si la persistance des IgM peut être prolongée, il est raisonnable de faire l'hypothèse d'une infection récente devant un test IgM positif, du fait de la quasi-absence de circulation de *M. pneumoniae* pendant la pandémie Covid-19 et jusqu'à mi-2023. Le suivi des données de sérologie IgM positives est donc utile pour suivre les tendances de l'épidémie en cours. Les niveaux atteints par les taux de positivité issus des laboratoires à l'hôpital (réseau Renal) et en ville (réseau 3labos) étaient nettement supérieurs fin 2023 à ceux habituellement observés les années précédentes, ces éléments étant en faveur d'une épidémie d'ampleur inhabituelle en France.

En France, la proportion de souches de *M. pneumoniae* résistant aux macrolides à Bordeaux était antérieurement comprise entre 8 et 10 % jusqu'en 2012, année de la précédente grande épidémie au niveau mondial [21]. Cette fréquence a ensuite largement diminué, corrélée à l'absence de nouvelle épidémie de grande ampleur de l'infection en France [22]. Depuis octobre 2023, le taux de résistance aux macrolides de *M. pneumoniae* en France reste inférieur à 3 %, proche de

l'estimation à moins de 2 % observée au Danemark [15], alors que ce taux peut être supérieur à 90 % dans certaines régions d'Asie, notamment en Chine [11, 12].

Dans ce contexte épidémique persistant depuis plusieurs mois, il est important de continuer à porter une vigilance particulière au diagnostic et à la mise en place du traitement adapté ainsi qu'au suivi de l'apparition de formes atypiques ou graves de la maladie ou résistantes aux antibiotiques. Le suivi de l'épidémie va se poursuivre au printemps, comme attendu du fait de la durée de plusieurs mois des précédentes épidémies [18].

Références bibliographiques

- [1] Direction générale de la Santé. DGS-URGENT N°2023_23 au 24 novembre 2023. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_no2023_23_mycoplasma_pneumoniae.pdf
- [2] Haute Autorité de Santé. Réponse rapide sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pneumonies atypiques à *Mycoplasma pneumoniae* en ambulatoire chez l'enfant et l'adulte. 21 décembre 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3482996/fr/reponse-rapide-sur-la-prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-des-pneumonies-atypiques-a-mycoplasma-pneumoniae-en-ambulatoire-chez-l-enfant-et-l-adulte
- [3] Santé publique France. Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France. Point d'actualité au 30 novembre 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/augmentation-des-infections-a-mycoplasma-pneumoniae-en-france>
- [4] Santé publique France. Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France. Point d'actualité au 19 décembre 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/infections-a-mycoplasma-pneumoniae-en-france-point-de-situation-au-19-decembre-2023>
- [5] Santé publique France. Augmentation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France. Point d'actualité au 21 janvier 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/infections-a-mycoplasma-pneumoniae-en-france-point-de-situation-au-21-janvier-2024>
- [6] Surveillance syndromique SurSaUD®. Réseau SOS Médecins® / Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-sos-medecins>
- [7] Surveillance syndromique SurSaUD®. Réseau Oscour® / Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R>
- [8] Institut Pasteur. Réseau de laboratoires hospitaliers (RENAL). <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referenc/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe/activites-du-cnr-virus-infections-respiratoires-dont-grippe>
- [9] Santé publique France. La surveillance des maladies infectieuses à partir des données de laboratoire : projet 3labos. Médecine et maladies infectieuses 47S (2017) S67–S70 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X17303165?via%3Dihub>
- [10] CHU de Bordeaux. Laboratoire de bactériologie. Demande de recherche de *Mycoplasma pneumoniae* et/ou de la résistance aux macrolides pour *Mycoplasma pneumoniae*. [https://catbio.chu-bordeaux.fr/Liste-des-proc%C3%A9dures/Bons-de-demandes-\[Bons\]/Bon-resistance-aux-macrolides-MPN.pdf/](https://catbio.chu-bordeaux.fr/Liste-des-proc%C3%A9dures/Bons-de-demandes-[Bons]/Bon-resistance-aux-macrolides-MPN.pdf/)
- [11] Xu M, Li Y, Shi Y, et al. Molecular epidemiology of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children, Wuhan, 2020-2022. BMC Microbiol. 2024 Jan 17;24(1):23. doi: 10.1186/s12866-024-03180-0. PMID: 38229068
- [12] Li H, Li S, Yang H, et al. Resurgence of *Mycoplasma pneumoniae* by macrolide-resistant epidemic clones in China. Lancet Microbe. 2024 Jan 17:S2666-5247(23)00405-6. doi: 10.1016/S2666-5247(23)00405-6
- [13] European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report. Weekly report 49/2023. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-49-2023.pdf>
- [14] Meyer Sauter PM, Beeton ML., ESGMAC–MyCOVID Study Team. *Mycoplasma pneumoniae*: delayed re-emergence after COVID-19 pandemic restrictions. Lancet Microbe. 2024 Feb;5(2):e100-e101.
- [15] Nordholm AC, Søbørg B, Jokelainen P, et al. *Mycoplasma pneumoniae* epidemic in Denmark, October to December, 2023. Euro Surveill. 2024;29(2):pii=2300707.

- [16] Statens Serum Institut. *Mycoplasma pneumoniae*, Denmark 2024/04. <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/m/mycoplasma>
- [17] Norwegian Institute of Public Health. *Mycoplasma pneumoniae*, Norway, 2024/04. <https://www.fhi.no/publ/statusrapporter/luftveisinfeksjoner/>
- [18] Public Health Scotland. Scotland Surveillance Report. March 2024. <https://publichealthscotland.scot/media/26187/week-11-21-03-24-viral-respiratory-diseases-including-influenza-and-covid-19-in-scotland-surveillance-report.pdf>
- [19] Santé publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2023-2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19.-bilan-de-la-saison-2023-2024>
- [20] Santé publique France. Surveillance des infections invasives bactériennes en 2022. Bulletin de santé publique EPIBAC. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque/documents/bulletin-national/infections-invasives-bacteriennes-en-2022.-bilan-des-donnees-de-surveillance-du-reseau-epibac>
- [21] Pereyre S, Goret J, Bébéar C. 2016. *Mycoplasma pneumoniae*: current knowledge on macrolide resistance and treatment. *Frontiers in Microbiol.* 2016 ;22:974.
- [22] Meyer Sauter PM, Beeton ML, ESGMAC the ESGMAC MAPS study group. *Mycoplasma pneumoniae*: gone forever? *Lancet Microbe.* 2023;4(10):e763. DOI: 10.1016/S2666-5247(23)00182-9

Remerciements

Nous remercions pour leur contribution à la surveillance : les cellules régionales de Santé publique France, Guillaume Spaccaverri (Direction des régions, Santé publique France), Christine Campèse (Direction des maladies infectieuses, Santé publique France) et les professionnels de santé ayant contribué à l'investigation du signalement, les associations participant à la surveillance syndromique par le réseau SOS Médecins®, les établissements contribuant à la surveillance syndromique par le réseau Oscour®, les laboratoires hospitaliers participants au réseau RENAL, le laboratoire de bactériologie du CHU de Bordeaux, le CNR virus des infections respiratoires, les laboratoires Eurofins-Biomnis et Cerba participant au réseau 3Labos et l'ANSM.

Contributions

Delphine Viriot, Céline François, Sarah Morinet, Isabelle Parent du Châtelet (Direction des maladies infectieuses, Santé publique France)

Yves Gallien, Julien Durand, Jérôme Guillevic (Direction appui, traitements et analyses des données, Santé publique France)

Vincent Enouf (Centre national de référence virus des infections respiratoires)

Cécile Bébéar et Cécile Laurier (laboratoire de bactériologie du CHU Bordeaux)

Pour nous citer : Situation des infections à *Mycoplasma pneumoniae* en France au 3 mars 2024. Bulletin. Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 12 p. Directrice de publication : Caroline Semaille

Dépôt légal : 31 mai 2024

Contact : presse@santepubliquefrance.fr