

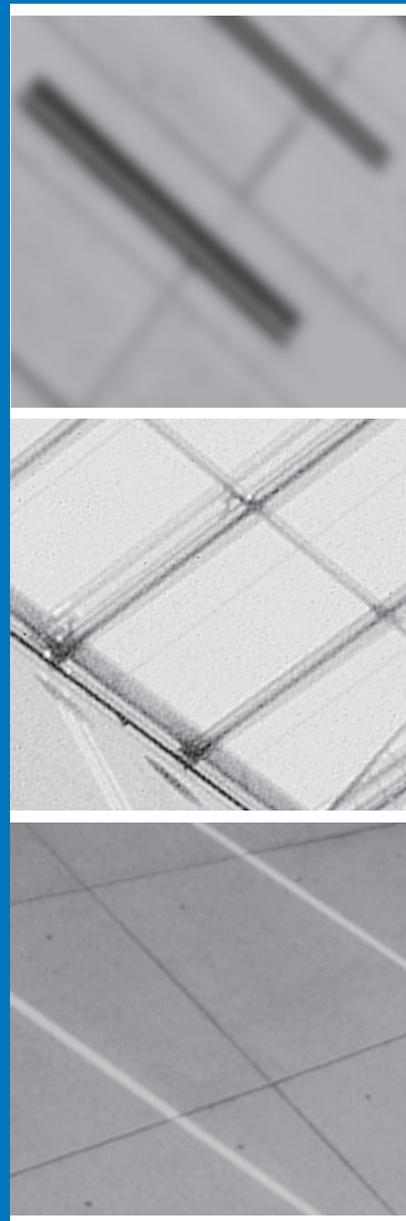
# Bulletin 21/15

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 (Suisse)  
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	
<b>Déclarations des maladies infectieuses</b>	336
<b>Situation actuelle: nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME</b>	338
<b>Statistique Sentinella</b>	340
<b>Nombre de cas de VIH et d'IST en 2014: rapport, analyses et tendances</b>	341
<b>Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins</b>	375
<b>But de la directive</b>	377
<b>Diagnostic et traitement de la syphilis: recommandations actualisées</b>	380
Assurance maladie et accidents	
<b>Liste des spécialités</b>	386
Stupéfiants	
<b>Vol d'ordonnances</b>	393
Campagne de communication	
<b>SmokeFree</b>	395

# Maladies transmissibles

## Déclarations des maladies infectieuses

### Situation à la fin de la 19<sup>ème</sup> semaine (12.05.2015)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella: [www.bag.admin.ch/sentinella](http://www.bag.admin.ch/sentinella).

<sup>c</sup> N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

<sup>d</sup> Femmes enceintes et nouveau-nés.

	Semaine 19			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
<b>Transmission respiratoire</b>												
Haemophilus influenzae: maladie invasive		3 <i>1.90</i>		10 <i>1.60</i>	14 <i>2.20</i>	8 <i>1.30</i>	109 <i>1.30</i>	94 <i>1.20</i>	83 <i>1.00</i>	56 <i>1.90</i>	47 <i>1.60</i>	35 <i>1.20</i>
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers <sup>b</sup>	8 <i>5.10</i>	11 <i>7.00</i>	2 <i>1.30</i>	117 <i>18.60</i>	64 <i>10.20</i>	26 <i>4.10</i>	5802 <i>71.00</i>	1510 <i>18.50</i>	2885 <i>35.30</i>	5709 <i>191.10</i>	1486 <i>49.70</i>	2819 <i>94.40</i>
Légionellose	4 <i>2.50</i>	3 <i>1.90</i>	5 <i>3.20</i>	12 <i>1.90</i>	19 <i>3.00</i>	13 <i>2.10</i>	310 <i>3.80</i>	281 <i>3.40</i>	287 <i>3.50</i>	79 <i>2.60</i>	64 <i>2.10</i>	70 <i>2.30</i>
Méningocoques: maladie invasive				2 <i>0.30</i>	4 <i>0.60</i>	2 <i>0.30</i>	37 <i>0.40</i>	50 <i>0.60</i>	36 <i>0.40</i>	20 <i>0.70</i>	20 <i>0.70</i>	21 <i>0.70</i>
Pneumocoques: maladie invasive	24 <i>15.30</i>	14 <i>8.90</i>	15 <i>9.50</i>	99 <i>15.70</i>	79 <i>12.60</i>	89 <i>14.20</i>	786 <i>9.60</i>	848 <i>10.40</i>	941 <i>11.50</i>	461 <i>15.40</i>	467 <i>15.60</i>	543 <i>18.20</i>
Rougeole			3 <i>1.90</i>	1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	6 <i>1.00</i>	21 <i>0.30</i>	173 <i>2.10</i>	58 <i>0.70</i>	13 <i>0.40</i>	14 <i>0.50</i>	17 <i>0.60</i>
Rubéole <sup>c</sup>			1 <i>0.60</i>			3 <i>0.50</i>	5 <i>0.06</i>	3 <i>0.04</i>	5 <i>0.06</i>	3 <i>0.10</i>	1 <i>0.03</i>	4 <i>0.10</i>
Rubéole, materno-fœtale <sup>d</sup>												
Tuberculose	13 <i>8.30</i>	4 <i>2.50</i>	12 <i>7.60</i>	37 <i>5.90</i>	27 <i>4.30</i>	37 <i>5.90</i>	509 <i>6.20</i>	499 <i>6.10</i>	472 <i>5.80</i>	186 <i>6.20</i>	149 <i>5.00</i>	180 <i>6.00</i>
<b>Transmission féco-orale</b>												
Campylobactériose	91 <i>57.90</i>	122 <i>77.60</i>	79 <i>50.20</i>	357 <i>56.80</i>	425 <i>67.60</i>	381 <i>60.60</i>	6997 <i>85.60</i>	7772 <i>95.00</i>	8082 <i>98.80</i>	1758 <i>58.80</i>	2410 <i>80.70</i>	2150 <i>72.00</i>
Hépatite A	1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>	2 <i>1.30</i>	3 <i>0.50</i>	5 <i>0.80</i>	4 <i>0.60</i>	47 <i>0.60</i>	52 <i>0.60</i>	63 <i>0.80</i>	11 <i>0.40</i>	21 <i>0.70</i>	26 <i>0.90</i>
Infection à E. coli entérohémorragique	4 <i>2.50</i>	4 <i>2.50</i>	3 <i>1.90</i>	13 <i>2.10</i>	6 <i>1.00</i>	9 <i>1.40</i>	144 <i>1.80</i>	91 <i>1.10</i>	67 <i>0.80</i>	49 <i>1.60</i>	30 <i>1.00</i>	21 <i>0.70</i>
Listériose	1 <i>0.60</i>	4 <i>2.50</i>	2 <i>1.30</i>	3 <i>0.50</i>	9 <i>1.40</i>	4 <i>0.60</i>	72 <i>0.90</i>	94 <i>1.20</i>	38 <i>0.50</i>	19 <i>0.60</i>	47 <i>1.60</i>	16 <i>0.50</i>
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 <i>0.60</i>	2 <i>0.30</i>	1 <i>0.20</i>	3 <i>0.50</i>	21 <i>0.30</i>	24 <i>0.30</i>	28 <i>0.30</i>	8 <i>0.30</i>	10 <i>0.30</i>	9 <i>0.30</i>
Salmonellose, autres	16 <i>10.20</i>	19 <i>12.10</i>	12 <i>7.60</i>	82 <i>13.00</i>	73 <i>11.60</i>	78 <i>12.40</i>	1213 <i>14.80</i>	1246 <i>15.20</i>	1259 <i>15.40</i>	289 <i>9.70</i>	312 <i>10.40</i>	342 <i>11.40</i>
Shigellose	3 <i>1.90</i>	3 <i>1.90</i>	1 <i>0.60</i>	10 <i>1.60</i>	9 <i>1.40</i>	9 <i>1.40</i>	145 <i>1.80</i>	135 <i>1.60</i>	176 <i>2.20</i>	44 <i>1.50</i>	43 <i>1.40</i>	57 <i>1.90</i>

▶▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

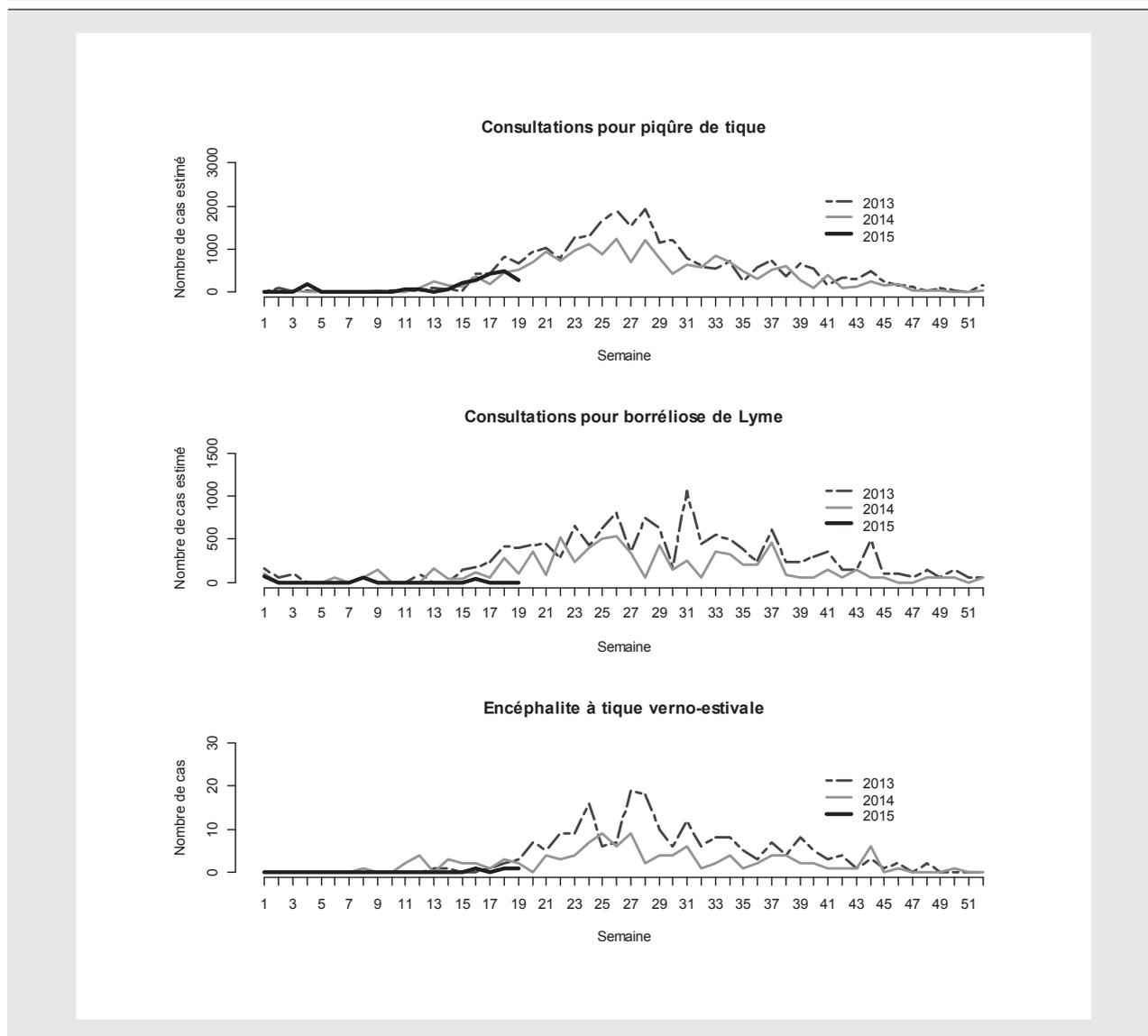
	Semaine 19			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydirose	198 <i>125.90</i>	228 <i>145.00</i>	134 <i>85.20</i>	789 <i>125.40</i>	684 <i>108.80</i>	626 <i>99.50</i>	9802 <i>119.90</i>	9131 <i>111.70</i>	8173 <i>100.00</i>	3593 <i>120.30</i>	3486 <i>116.70</i>	3019 <i>101.00</i>
Gonorrhée	49 <i>31.20</i>	37 <i>23.50</i>	32 <i>20.40</i>	154 <i>24.50</i>	132 <i>21.00</i>	147 <i>23.40</i>	1704 <i>20.80</i>	1630 <i>19.90</i>	1711 <i>20.90</i>	701 <i>23.50</i>	583 <i>19.50</i>	646 <i>21.60</i>
Hépatite B, aiguë				2 <i>0.30</i>	1 <i>0.20</i>	9 <i>1.40</i>	38 <i>0.50</i>	57 <i>0.70</i>	69 <i>0.80</i>	8 <i>0.30</i>	17 <i>0.60</i>	25 <i>0.80</i>
Hépatite B, total déclarations		35	34	81	97	117	1318	1440	1416	447	523	522
Hépatite C, aiguë		1 <i>0.60</i>		1 <i>0.20</i>	1 <i>0.20</i>	2 <i>0.30</i>	45 <i>0.60</i>	49 <i>0.60</i>	56 <i>0.70</i>	10 <i>0.30</i>	20 <i>0.70</i>	21 <i>0.70</i>
Hépatite C, total déclarations		34	22	71	103	111	1665	1657	1758	557	560	641
Infection à VIH	7 <i>4.40</i>	28 <i>17.80</i>	12 <i>7.60</i>	37 <i>5.90</i>	61 <i>9.70</i>	25 <i>4.00</i>	510 <i>6.20</i>	572 <i>7.00</i>	622 <i>7.60</i>	199 <i>6.70</i>	217 <i>7.30</i>	236 <i>7.90</i>
Sida		14 <i>8.90</i>		5 <i>0.80</i>	14 <i>2.20</i>		77 <i>0.90</i>	121 <i>1.50</i>	96 <i>1.20</i>	21 <i>0.70</i>	33 <i>1.10</i>	37 <i>1.20</i>
Syphilis	15 <i>9.50</i>	20 <i>12.70</i>	20 <i>12.70</i>	70 <i>11.10</i>	89 <i>14.20</i>	96 <i>15.30</i>	1073 <i>13.10</i>	1057 <i>12.90</i>	1088 <i>13.30</i>	370 <i>12.40</i>	357 <i>12.00</i>	412 <i>13.80</i>
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose					1 <i>0.20</i>		1 <i>0.01</i>	4 <i>0.05</i>	4 <i>0.05</i>		2 <i>0.07</i>	2 <i>0.07</i>
Chikungunya		1 <i>0.60</i>		4 <i>0.60</i>	1 <i>0.20</i>		105 <i>1.30</i>	6 <i>0.07</i>	3 <i>0.04</i>	22 <i>0.70</i>	3 <i>0.10</i>	2 <i>0.07</i>
Dengue	2 <i>1.30</i>	6 <i>3.80</i>	6 <i>3.80</i>	7 <i>1.10</i>	9 <i>1.40</i>	19 <i>3.00</i>	132 <i>1.60</i>	171 <i>2.10</i>	123 <i>1.50</i>	48 <i>1.60</i>	44 <i>1.50</i>	47 <i>1.60</i>
Encéphalite à tiques	1 <i>0.60</i>	3 <i>1.90</i>	1 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	9 <i>1.40</i>	2 <i>0.30</i>	101 <i>1.20</i>	214 <i>2.60</i>	86 <i>1.00</i>	3 <i>0.10</i>	15 <i>0.50</i>	4 <i>0.10</i>
Fièvre du Nil occidental								1 <i>0.01</i>	1 <i>0.01</i>			
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 <i>0.60</i>		1 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	1 <i>0.20</i>	2 <i>0.30</i>	38 <i>0.50</i>	28 <i>0.30</i>	15 <i>0.20</i>	11 <i>0.40</i>	11 <i>0.40</i>	9 <i>0.30</i>
Infection à Hantavirus							2 <i>0.02</i>		6 <i>0.07</i>	1 <i>0.03</i>		
Paludisme	4 <i>2.50</i>	1 <i>0.60</i>	2 <i>1.30</i>	18 <i>2.90</i>	12 <i>1.90</i>	8 <i>1.30</i>	330 <i>4.00</i>	150 <i>1.80</i>	173 <i>2.10</i>	88 <i>3.00</i>	61 <i>2.00</i>	71 <i>2.40</i>
Trichinellose						1 <i>0.20</i>			2 <i>0.02</i>			1 <i>0.03</i>
Tularémie							41 <i>0.50</i>	28 <i>0.30</i>	39 <i>0.50</i>	5 <i>0.20</i>	2 <i>0.07</i>	2 <i>0.07</i>
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme					1 <i>0.20</i>			2 <i>0.02</i>			1 <i>0.03</i>	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>	20 <i>0.20</i>	19 <i>0.20</i>	15 <i>0.20</i>	10 <i>0.30</i>	6 <i>0.20</i>	8 <i>0.30</i>
Tétanos												

# Situation actuelle: nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME

Etat au 12 mai 2015

Figure 1

Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique, du nombre de cas de borréliose de Lyme et de cas de FSME en Suisse de 2013 à 2015 (jusqu'à la semaine 19).



## Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique et de cas de borréliose de Lyme

A la fin de la semaine 19/2015, l'extrapolation pour le début de l'année 2015 fournit une estimation de 2000 consultations pour piqûre de tique (figure 1, en haut; tableau 1). Ce chiffre correspond environ aux extrapolations des années précédentes. Pour les 19 premières semaines de l'année 2015, le nombre extrapolé

de cas de borréliose de Lyme aiguë s'élève à 200 (figure 1, au milieu; tableau 1). Ce chiffre est bas, comparé aux années précédentes.

## Nombre de cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) déclarés

Le nombre de déclarations hebdomadaires est sujet à de fortes fluctuations. Depuis 2000, de 3 à 25 cas de FSME ont été déclarés durant les

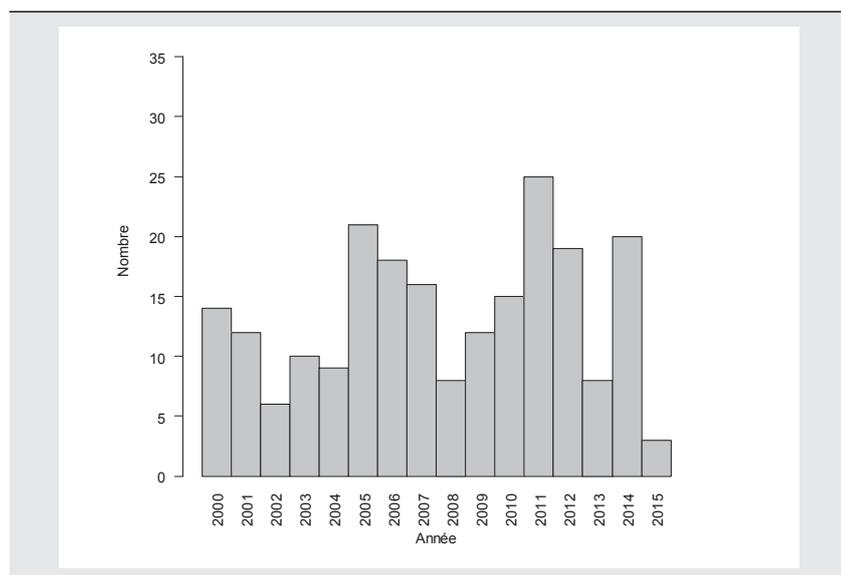
semaines 1 à 19. Trois cas ont été signalés jusqu'à la semaine 19 de l'année en cours (figure 1, en bas; figure 2).

Tableau 1  
**Estimation du nombre de consultations médicales suite à une piqûre de tique et de cas de borréliose de Lyme en Suisse de 2008 à 2015 (semaines 1 à 19)**

Année d'apparition de la maladie	Borréliose de Lyme	Consultations pour piqûre de tique
2008	1000	2000
2009	1000	2000
2010	1000	3000
2011	1000	4000
2012	1000	3000
2013	2000	3000
2014	1000	2000
2015	200	2000

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

Figure 2  
**Nombre de cas de FSME en Suisse, 2000–2015 (semaines 1 à 19)**



### Explications sur la collecte et l'analyse des données

Les piqûres de tiques et les cas de borréliose de Lyme sont recensés dans le système de déclaration Sentinella depuis 2008. Au sein de ce réseau, des médecins de premier recours (généralistes, internistes et pédiatres) communiquent chaque semaine leurs observations, sur une base volontaire. Les résultats sont ensuite extrapolés pour l'ensemble de la Suisse. Il s'agit ainsi d'estimations.

Par borréliose de Lyme aiguë on entend un érythème migrant et/ou un lymphocytome borrélien. Les formes chroniques de borréliose de Lyme sont aussi déclarées, mais elles ne figurent pas dans les présentes statistiques, afin de représenter exclusivement les cas survenus durant la saison à tiques.

L'estimation du nombre de consultations médicales suite à des cas de borréliose peut être supérieure à celles dues à une piqûre de tique si, durant la période considérée, des cas de borréliose de Lyme sans lien direct avec une piqûre de tique récente sont déclarés. En effet, seuls 50% des patients atteints d'une borréliose de Lyme aiguë se rappellent d'avoir été piqués par une tique.

Les cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) sont enregistrés dans le système de déclaration obligatoire. Les médecins et les laboratoires sont tenus de signaler tous les cas au médecin cantonal et à l'OFSP. Il s'agit ainsi d'un nombre de cas précis.

Les analyses fournies dans le présent rapport de situation se basent sur la date à laquelle la maladie est apparue ; quant aux statistiques publiées sur Internet et dans le bulletin de l'OFSP, elles se basent sur la date du test ou de la déclaration. Il peut en résulter certaines différences statistiques. De plus, des déclarations ultérieures ou la classification définitive des cas peuvent en modifier le nombre.

# Maladies transmissibles

## Statistique Sentinella

### Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 08.05.2015 et incidence par 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)

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

Semaine	16		17		18		19		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>						
Thème										
Suspicion d'influenza	48	3.9	26	2.1	15	1.3	8	0.7	24.3	2.0
Oreillons	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Otite moyenne	40	3.3	37	2.9	25	2.2	30	2.7	33	2.8
Pneumonie	10	0.8	13	1.0	15	1.3	14	1.3	13	1.1
Coqueluche	0	0	5	0.4	2	0.2	1	0.1	2	0.2
Piqûre de tiques	7	0.6	9	0.7	9	0.8	5	0.5	7.5	0.6
Borréliose de Lyme	2	0.2	2	0.2	4	0.4	2	0.2	2.5	0.3
Vaccination contre la coqueluche (>=16 ans)	16	1.3	11	0.9	29	2.6	18	1.6	18.5	1.6
Vaccination de rattrapage contre la rougeole (>24 mois)	11	0.9	23	1.8	30	2.7	19	1.7	20.8	1.8
Médecins déclarants	141		143		139		131		138.5	
Données provisoires										

## Nombre de cas de VIH et d'IST en 2014 : rapport, analyses et tendances

**P**our la première fois en 2014, parmi les infections sexuellement transmissibles (IST), la syphilis et la gonorrhée n'ont pas progressé, voire même affichent un certain recul. Dans le cas du VIH, la légère tendance à la baisse observée depuis plusieurs années se poursuit. Le nombre de nouveaux diagnostics de syphilis n'avait déjà connu qu'une légère hausse en 2013, et le nombre de cas rapportés jusqu'ici pour l'année 2014 donne à penser que cette stabilisation se confirme. Le nombre de nouveaux cas de gonorrhée a baissé pour la première fois en 2014, après plusieurs années de hausse continue. Une analyse plus poussée révèle que cette évolution favorable ne concerne que les personnes infectées par la voie hétérosexuelle. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), seuls les nouveaux diagnostics de syphilis ont reculé. Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH n'a que légèrement augmenté dans ce groupe en 2014, mais celui des nouveaux cas de gonorrhée affiche une hausse sensible.

### VUE D'ENSEMBLE

#### VIH – la tendance à la baisse observée depuis plusieurs années se confirme globalement

En 2014, les laboratoires ont déclaré 519 diagnostics confirmés de VIH, soit près de 10 % de moins que l'année précédente. Il s'agit de la deuxième année de baisse consécutive après une année exceptionnelle de hausse en 2012. La tendance à la baisse engagée en 2008 semble ainsi se poursuivre (figures 1 et 2).

Le recul de l'année 2014 est surtout imputable aux déclarations de VIH chez les personnes infectées par la voie hétérosexuelle, ce qui vaut pour les deux sexes et presque indépendamment de la nationalité (figures 3 et 4). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a également baissé chez les migrant(e)s originaires de pays à haute prévalence du VIH (c.-à-d. essentiellement les pays d'Afrique subsaharienne, figure 9). Seul le groupe des femmes hétérosexuelles originaires d'autres pays européens affiche une hausse, en restant toutefois à un niveau relativement faible (20 cas environ en 2014).

Chez les HSH, on observe plus de nouveaux diagnostics de VIH en

2014 que l'année précédente, mais cette hausse reste dans les limites de la marge de fluctuation annuelle constatée dans ce groupe depuis 2010. L'évolution future de la situation est à suivre de près, car cette hausse est attribuable aux infections récentes, c.-à-d. aux cas dans lesquels l'infection a probablement eu lieu moins d'un an avant le diagnostic. Depuis 2008, le nombre d'infections récentes chez les HSH a baissé d'année en année; le chiffre de cette année interrompt donc cette tendance. La hausse observée s'explique peut-être par le fait que, depuis 2008, le taux de dépistage a augmenté chez les HSH; c'est en tout cas prouvé pour les clients des checkpoints des grandes villes suisses. Toutefois, au maximum 16 % de tous les diagnostics de VIH sont établis chaque année dans ces checkpoints chez les HSH; dans les autres cas, on ignore donc si la hausse peut s'expliquer par la hausse du taux de dépistage.

L'âge au moment du diagnostic de VIH est aussi informatif: si, chez les hétérosexuels, il n'a cessé d'augmenter entre 2010 et 2014, passant de 37 à 42 ans, il a baissé chez les HSH de 37 à 35 ans sur la même

période. Une baisse de l'âge au moment du diagnostic peut être la conséquence d'une hausse du risque d'infection. En cas de hausse de l'exposition au risque, il faut en effet toujours moins de temps jusqu'à ce qu'une infection survienne chez les personnes exposées – en partant de l'hypothèse que tous les autres facteurs restent inchangés.

L'évaluation différenciée des données fournit quelques indications en matière de prévention, à savoir: les femmes hétérosexuelles sont infectées au VIH par leur partenaire fixe principalement, alors que les hommes le sont lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (voir l'encadré en page 349 et le tableau 10 en annexe).

#### Syphilis – en baisse mais toujours très présente

En 2014, l'OFSP a reçu 560 déclarations de cas confirmés de syphilis, soit environ 6 % de moins que l'année précédente (figure 10). Toutefois, l'expérience a montré que de nombreux médecins envoyaient leurs déclarations complémentaires de syphilis en retard. Aussi ne faut-il pas s'attendre à un recul du nombre de cas, mais à une stabilisation à un niveau élevé.

Comme avant, les HSH sont le groupe de population le plus touché: ils représentent plus de la moitié des cas déclarés. Même compte tenu des déclarations complémentaires en retard, une baisse des cas de syphilis diagnostiqués chez les HSH semble se dessiner par rapport à l'année précédente. Le nombre de cas déclarés a baissé de 12 %; si l'on ne s'intéresse qu'aux HSH suisses, cette baisse atteint même les 16 % (figures 11 et 12). Toutefois, dans 28 % des cas de syphilis, la voie d'infection était inconnue, ce qui pourrait expliquer une partie de la baisse observée si de nombreux cas concernent en fait des HSH parmi ce pourcentage.

Chez les hétérosexuels, en 2014, plus de 75 % des cas de syphilis étaient encore à un stade précoce au moment du diagnostic, un taux dépassant même les 80 % chez les HSH. Il s'agit du stade où le potentiel de transmission est le plus élevé. Ce résultat indique combien il est important de traiter, si possible, les partenaires sexuels des patient(e)s. En ef-

fet, il est fort probable qu'ils soient également atteints de la syphilis, même s'ils ne présentent aucun symptôme. En l'absence de traitement de leurs partenaires, des réinfections mutuelles et récurrentes entre patient(e)s et partenaires sont possibles (voir l'encadré en page 354).

**Gonorrhée – pas de hausse observée pour la première fois depuis 2006**

En 2014, 1544 cas confirmés de gonorrhée ont été déclarés à l'OFSP, soit environ 4 % de moins qu'en 2013. Ceci met un terme à la tendance à la hausse observée depuis la réintroduction de l'obligation de déclaration en 2006 (figure 14).

Contrairement à ce qui se passe pour le VIH et la syphilis, le nombre de cas de gonorrhée est beaucoup plus important chez les hétérosexuels que chez les HSH : en 2014, 44 % des diagnostics de gonorrhée concernent des hétérosexuels et 28 % des HSH. Pour 28 % des déclarations, les données sur la voie d'infection sont manquantes. Malgré leur proportion relativement faible dans le total des cas de gonorrhée, cette infection touche de manière disproportionnée les HSH si l'on considère que seuls 3 % en-

viron des hommes actifs sexuellement font partie de ce groupe.

Une analyse plus poussée tenant compte des voies d'infection et du sexe montre que le nombre de diagnostics de gonorrhée ne s'est pas stabilisé dans tous les groupes. Le nombre de cas a baissé chez les hommes comme chez les femmes hétérosexuels, mais il a sensiblement augmenté chez les HSH (figure 15).

Outre le nombre toujours élevé de cas de gonorrhée, qui augmente encore chez les HSH, la thérapie pour combattre cette infection préoccupe de plus en plus : en effet, un nombre croissant d'agents pathogènes résistent aux thérapies antibiotiques courantes (voir l'encadré en page 356).

**Chlamydie – les jeunes femmes fortement touchées**

En 2014, 9680 cas confirmés de chlamydie ont été déclarés à l'OFSP, soit 12 % de plus que l'année précédente. C'est plus que la hausse annuelle moyenne observée ces cinq dernières années (10 %).

La chlamydie touche les femmes de manière prédominante : au cours des cinq dernières années, elles représentent en moyenne

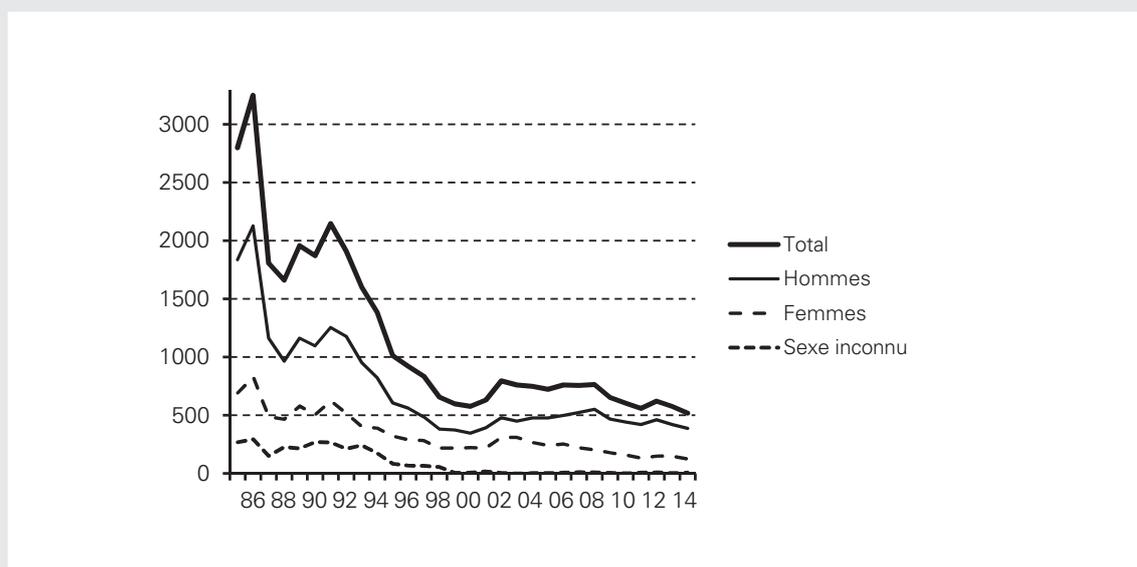
70 % de l'ensemble des déclarations. Plus de la moitié d'entre elles appartiennent à la tranche des 15–24 ans.

Etant donné que cette infection évolue souvent de manière asymptomatique – y compris chez les hommes, il faut partir du principe que le nombre de cas non recensés est élevé. Ce constat est inquiétant, car même une infection asymptomatique peut causer des séquelles graves, telles que des problèmes de fertilité. En outre, on ne sait pas si les cas déclarés reflètent la dynamique effective de l'épidémie. En effet, l'OFSP n'a connaissance que des résultats de tests réactifs et ne peut donc pas déterminer s'il y a effectivement davantage d'infections ou si les médecins effectuent seulement plus de tests (voir l'encadré en page 359).

**Synthèse**

Les données relatives aux cas déclarés de VIH, de syphilis et de gonorrhée montrent que les HSH restent le groupe le plus touché par ces trois infections. L'évolution actuelle des nombres de cas indique certes, dans l'ensemble, une tendance à l'amélioration qui, dans le cas du VIH et de la gonorrhée, n'est toutefois attribuable qu'à ce qui se

Figure 1  
Déclarations VIH de laboratoire depuis le début des tests, par sexe et année du test, 1985–2014



passé dans la population hétérosexuelle. Chez les HSH, les nombres de cas ont en partie sensiblement augmenté. En ce qui concerne la syphilis, le nombre de nouveaux diagnostics a certes probablement reculé chez les HSH en 2014 mais représente, comme avant, plus de la moitié du total des cas déclarés.

C'est pourquoi la mise en œuvre du Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017 continuera de se concentrer sur ce groupe cible.

Les nombres de cas de VIH et d'IST en général restent élevés, même s'ils n'ont plus augmenté chez les hétérosexuels en 2014. Le nombre toujours élevé de cas de gonorrhée dans la population générale et de chlamydie chez les jeunes femmes en particulier indique qu'il importe de prendre d'autres mesures d'information et de sensibilisation. Le monitoring des comportements a révélé que

l'utilisation des préservatifs était généralement respectée dans tous les groupes cibles, en particulier par les HSH. Toutefois, compte tenu du fait que, hormis le VIH, les IST peuvent se transmettre même lors de rapports sexuels avec préservatif, les mesures devraient concerner particulièrement la troisième règle du *Safer Sex*: « En cas de démangeaisons, de sensations de brûlure ou d'écoulements, consulter un médecin. » D'où le rôle clé de ces derniers: les médecins ne doivent pas uniquement diagnostiquer rapidement et traiter correctement une infection, mais s'efforcer d'informer et de soigner les partenaires sexuels de leurs patient(e)s. De plus, ils doivent penser à l'évolution asymptomatique des IST, de même qu'aux manifestations au niveau du pharynx et du rectum susceptibles de se produire après des rapports sexuels oraux ou anaux. Ce n'est qu'ainsi que les règles du *Safer Sex* déploieront tous leurs effets.

## DIAGNOSTICS DE VIH : ANALYSES ET TENDANCES

### Situation générale selon l'état des données (tableau 1, figures 1–3)

Les laboratoires ont déclaré au total 519 diagnostics confirmés de VIH pour l'année 2014, contre 576 l'année précédente (état des déclarations au 28.2.2015). Ce chiffre correspond à une réduction de 10 % environ et semble indiquer que la tendance à la baisse observée depuis plusieurs années se poursuit malgré l'interruption constatée en 2012 (annotation 1).

Au moment de l'analyse, l'OFSP disposait d'une déclaration complémentaire du médecin pour 71,3 % des déclarations de laboratoire reçues en 2014. Les données détaillées indiquées dans la déclaration complémentaire, notamment la voie d'infection, la nationalité et le comportement sexuel, permettent une analyse différenciée de l'évolution de l'épidémie de VIH en Suisse. Pour les tendances épidémiolo-

Figure 2  
Déclarations VIH de laboratoire par sexe et année du test, 2010–2014

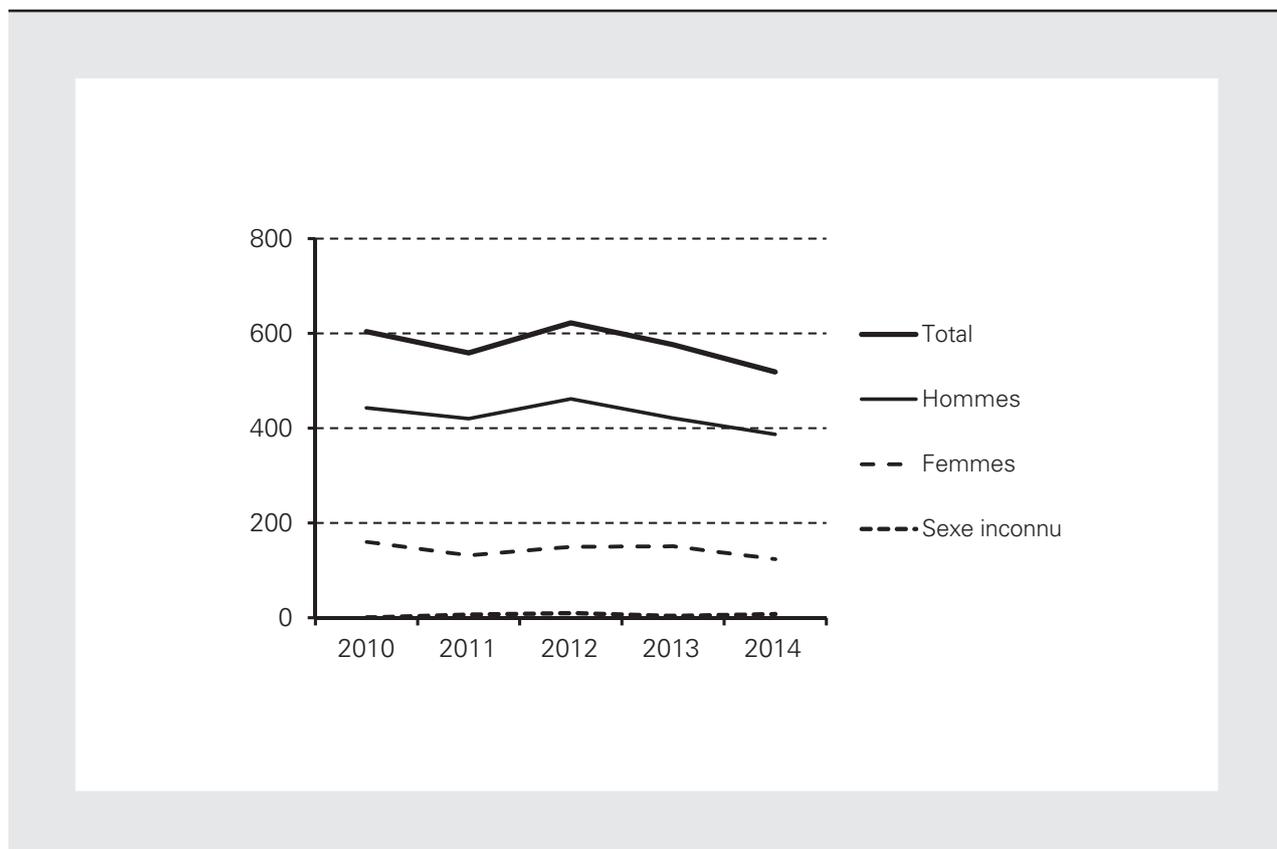
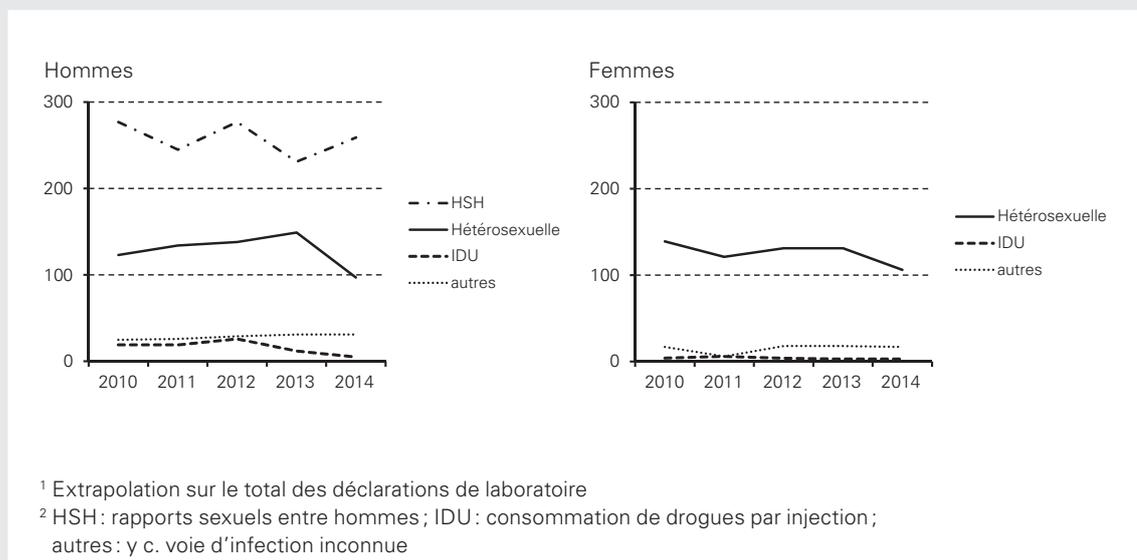


Figure 3  
**Diagnosics VIH<sup>1</sup> chez les hommes et chez les femmes, par voie d'infection<sup>2</sup> et année du test, 2010–2014**



giques présentées dans ce rapport, les indications des déclarations complémentaires ont été extrapolées sur le nombre total des déclarations de laboratoire.

### Répartition par sexe et par voie d'infection

Depuis son début, l'épidémie de VIH touche davantage les hommes que les femmes (voir figure 1). La proportion de femmes parmi les personnes diagnostiquées s'est stabilisée à environ un quart en moyenne ces cinq dernières années (24 % en 2014, voir figure 2, tableau 1). Toutefois, en nombre absolu, les diagnostics de VIH dissimulent des tendances différentes pour les hommes et les femmes: chez les femmes, la tendance est à la baisse quasiment sans exception depuis 2002 (312 cas à l'époque contre 124 en 2014). En comparaison, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté chez les hommes entre 2000 (347 cas) et 2008 (551 cas); depuis, une tendance à la baisse se dessine (387 cas en 2014).

La hausse du nombre total de nouveaux diagnostics de VIH en 2012 est essentiellement attribuable à la hausse observée chez les hommes ayant des rapports

sexuels avec d'autres hommes (HSH, voir figure 3). Le recul de l'année 2014 s'explique en revanche par la baisse du nombre de nouveaux diagnostics chez les femmes et les hommes hétérosexuels (voir figure 3). En conséquence, la proportion relative de nouveaux diagnostics chez les HSH est passée de 44 % en 2012 à 50 % en 2014; chez les personnes hétérosexuelles, par contre, elle a baissé de 43 % à 39 %. Chez les consommateurs de drogues par injection (IDU), la tendance à la baisse des nouveaux diagnostics de VIH observée depuis plusieurs années s'est poursuivie (9 cas en 2014, -2 %).

### Répartition géographique du VIH en Suisse (tableaux 2 et 3)

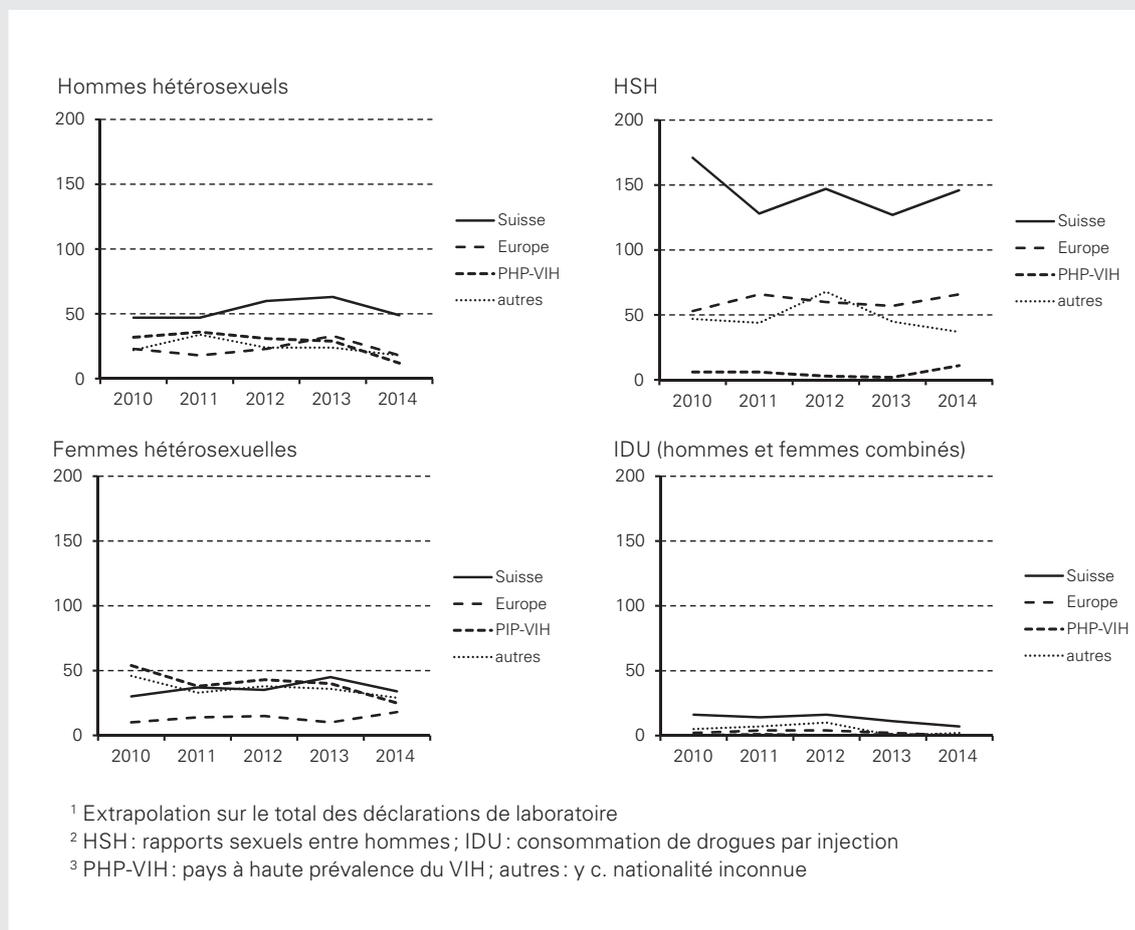
En moyenne suisse, le nombre d'infections au VIH nouvellement diagnostiquées s'est élevé en 2014 à 6,3 pour 100 000 habitants, contre 7,1 en 2013. Les disparités régionales sont toutefois importantes, avec 3,2 cas pour 100 000 habitants en Suisse orientale (AI, AR, SG, SH, TG) et 11,8 cas dans le canton de Genève. De manière générale, les incidences les plus élevées s'observent dans les cantons possédant de grands centres urbains (GE, ZH, VD, BS).

Ce n'est pas seulement la fréquence des nouveaux diagnostics de VIH qui varie fortement d'une région à l'autre, mais aussi leur répartition par voie d'infection et nationalité. On note ainsi, dans les cantons de Genève et Vaud et dans le reste de la Suisse romande, un nombre particulièrement élevé de nouveaux diagnostics chez des personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH, et chez les HSH dans les cantons de Zurich et de Bâle. Ces schémas sont stables depuis de nombreuses années.

### Diagnosics de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

*Situation épidémiologique générale*  
 En Suisse, les HSH constituent le groupe de population le plus touché par le VIH: en 2014, ils représentaient 50 % (259) de l'ensemble des diagnostics, alors qu'ils ne constituent qu'environ 3 % des hommes sexuellement actifs. Parmi les HSH nouvellement diagnostiqués, 56 % sont de nationalité suisse et 25 % sont originaires d'autres pays européens (voir tableau 4). En 2014, le nombre de

Figure 4  
**Diagnostics VIH<sup>1</sup> par voie d'infection<sup>2</sup> (et partiellement par sexe), nationalité<sup>3</sup> et année du test, 2010–2014**



nouveaux diagnostics a légèrement augmenté chez les personnes de nationalité suisse comme chez les ressortissants d'autres pays européens et de pays à haute prévalence du VIH ; seuls les cas associés à des personnes de nationalité autre ou inconnue ont baissé (voir figure 4).

*Age au moment du diagnostic (tableau 6, figure 5)*

Sur les cinq dernières années, un tiers des HSH avaient entre 25 et 34 ans au moment du diagnostic et 28 % avaient entre 35 et 44 ans ; 10 % étaient âgés de moins de 25 ans, et un peu moins de 2 % avaient dépassé les 65 ans. L'âge médian de ces personnes est passé de 37 ans en 2010 à 35 ans en 2014.

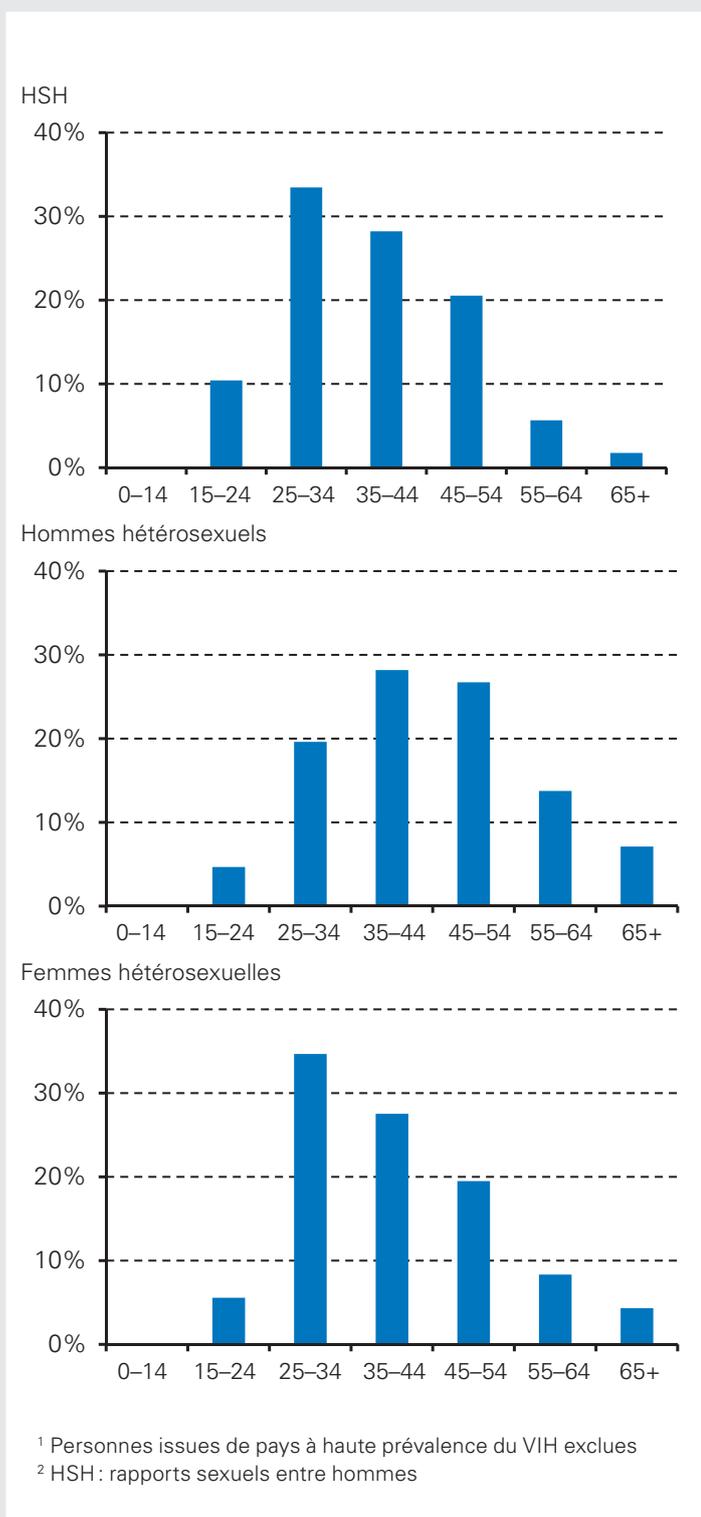
*Infections récentes (tableaux 7 et 8, figure 6)*

En 2014, 36 % de l'ensemble des diagnostics de VIH ont été classés parmi les « infections récentes » selon les résultats de laboratoire (annotation 2). Si l'on considère uniquement le groupe des HSH, cette proportion est nettement plus élevée (46 %). Toutefois, le nombre des infections récentes chez les HSH depuis 2008 n'est pas stable (figure 6, tableau 8). Jusqu'en 2013, elle a toujours baissé, avant de repartir légèrement à la hausse en 2014. Cela pourrait s'expliquer par l'évolution correspondante de l'incidence sur cette période, autrement dit par le fait que, jusqu'en 2013, le nombre de transmissions a baissé chaque année pour remonter un peu en 2014. Il est toutefois également

possible que le nombre de tests HIV réalisés chaque année ne soit pas constant. Plus le nombre de tests est élevé, plus l'on détecte d'infections récentes. Il est impossible de se prononcer avec certitude sur ce point, dans la mesure où l'OFSP n'a connaissance que des résultats de tests positifs et non du nombre total de tests réalisés.

Le système électronique BerDa (pour **B**eratungsleitfaden und **D**atenverwaltungssystem, système de conseil et de saisie de données), introduit en 2008, constitue la meilleure base de données pour évaluer le nombre de tests VIH menés en Suisse. Tous les tests VIH effectués dans les centres de conseil et de dépistage suisses (Voluntary Counselling and Testing, VCT) y sont saisis de façon anonymisée ; parallèle-

Figure 5  
**Diagnostiques VIH<sup>1</sup> dans la période 2010–2014 : distribution par classe d'âge selon la voie d'infection<sup>2</sup> et le sexe**



ment, le système demande à chaque client le nombre de tests VIH qu'il a faits dans le passé.

Pour les HSH, le nombre de tests VIH documentés dans le système BerDa depuis 2008 n'a cessé d'augmenter (figure 7). Chez les autres hommes et chez les femmes, on observe une hausse sensible du nombre de tests VIH en 2014. Ces chiffres sont toutefois fortement liés à l'ouverture de nouveaux centres VTC, qui ne s'adressent pas en priorité aux HSH. A la différence de ce qui se passe chez les HSH, la hausse du nombre absolu de tests chez les autres hommes et les femmes ne va donc pas de pair avec une hausse de la fréquence du dépistage, ce qui est confirmé par le fait que le nombre déclaré de tests VIH antérieurs était constant pour ces deux groupes (figure 8).

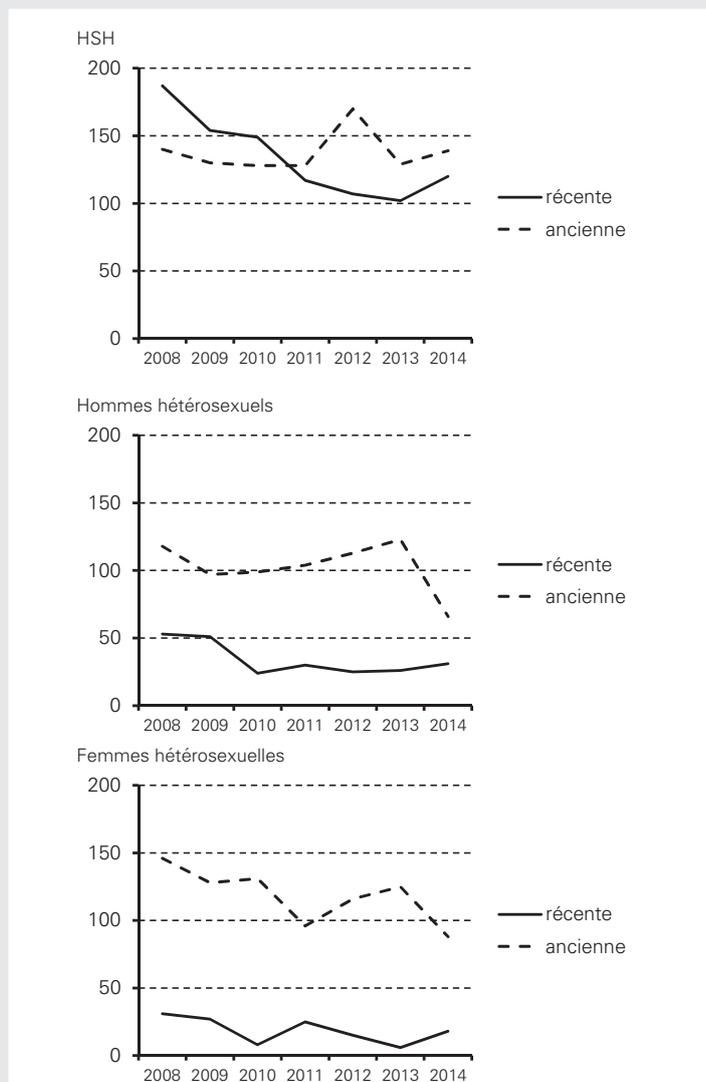
Les données du système BerDa indiquent que la fréquence des tests chez les HSH dans les centres VCT a augmenté au cours des dernières années. Depuis 2009, 12 à 16 % de l'ensemble des cas de VIH touchant les HSH sont diagnostiqués dans les centres VCT. A supposer que les données du système BerDa soient représentatives pour tous les HSH, cela signifierait que l'incidence a effectivement baissé jusqu'en 2013, et ce dans des proportions même plus importantes que ne le montre la figure 6. Cette tendance ne s'est pas poursuivie en 2014.

*Primo-infections et personnes testées tardivement (tableau 7)*

En 2014, les médecins déclarants ont classé 29 % des diagnostics chez les HSH comme primo-infections (annotation 3), contre 19 % en 2013. Sur l'ensemble des diagnostics de VIH, la proportion de primo-infections en 2014 est de 20 %.

Parmi les HSH diagnostiqués, 8 % ont été déclarés comme ayant été testés tardivement (annotation 4), un taux qui n'a pas évolué par rapport à l'année précédente. Sur l'ensemble des diagnostics de VIH, la proportion de tests tardifs est plus importante, avec 12 %. Ce qui semble indiquer que les HSH font plus fréquemment des tests que les autres groupes de population.

Figure 6  
**Estimation statistique du nombre d'infections récentes<sup>1</sup> vs. infections anciennes de VIH, par voie d'infection<sup>2</sup>, sexe et par année du test, 2010–2014**



<sup>1</sup> Infection de moins d'un an avant le diagnostic du VIH  
<sup>2</sup> HSH : rapports sexuels entre hommes

**Lieu d'infection (tableau 9)**

D'après les déclarations complémentaires des médecins, 60 % des HSH ont été infectés en Suisse et 19 % à l'étranger (aucune indication à ce sujet dans 20 % des cas). Parmi les HSH infectés en Suisse, les deux tiers ont dit avoir contracté le VIH en ville ou en agglomération, et non en zone rurale.

**Source d'infection (tableau 10)**

42 % des HSH ont cité comme source d'infection un partenaire occasionnel, 19 % un partenaire anonyme et 20 % un partenaire stable (aucune indication dans 18 % des cas).

**Nombre de partenaires au cours des deux dernières années (tableau 11)**  
 A la question de savoir combien de

partenaires sexuels ils ont eus au cours des deux années précédant le diagnostic, 21 % des HSH ont répondu en avoir eu plus de cinq, 29 % entre deux et cinq et 15 % un seul. 6 % des HSH ont affirmé n'avoir eu aucun partenaire sexuel au cours de cette période et 29 % n'ont pas répondu à la question.

**Diagnosics antérieurs d'autres IST (tableau 13)**

Parmi les HSH ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH en 2014, 26 % s'étaient déjà vu diagnostiquer dans les deux années précédentes au moins l'une des trois autres IST soumises à l'obligation de déclaration (syphilis, gonorrhée, chlamydia). Dans la moitié des cas, la syphilis en faisait partie.

**Diagnosics de VIH chez les migrant(e)s hétérosexuel(le)s originaires de pays à haute prévalence du VIH**

**Situation épidémiologique générale**  
 Chez les hétérosexuels des deux sexes originaires de pays à haute prévalence du VIH (annotation 5), les nouveaux diagnostics de VIH ont baissé en 2014 (figure 9). Les deux sexes confondus, ils représentaient 18 % des diagnostics de VIH par voie hétérosexuelle en 2014 (tableau 4), contre 25 % en 2013.

Parmi les personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH, 67 % des diagnostics concernent des femmes (tableau 5), soit une proportion nettement plus importante que chez les personnes de nationalité suisse (41 %) ou originaires d'autres pays européens (51 %).

**Age au moment du diagnostic (tableau 6)**

Au cours des cinq dernières années, les personnes hétérosexuelles originaires de pays à haute prévalence du VIH avaient, au moment du diagnostic, un âge médian de 34 ans, c'est-à-dire nettement moins élevé que les hétérosexuels de nationalité suisse (47 ans) ou originaires d'autres pays européens (42 ans).

**Infections récentes, primo-infections et personnes testées tardivement (tableau 7)**

Environ 5 % des diagnostics de VIH signalés en 2014 chez les personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH ont été classés comme

Figure 7  
**Nombre absolu de tests VIH documentés dans les centres suisses VCT<sup>1</sup>, chez les HSH<sup>2</sup>, autres hommes, et femmes, par année du test, 2008–2014**  
 (source: système BerDa)

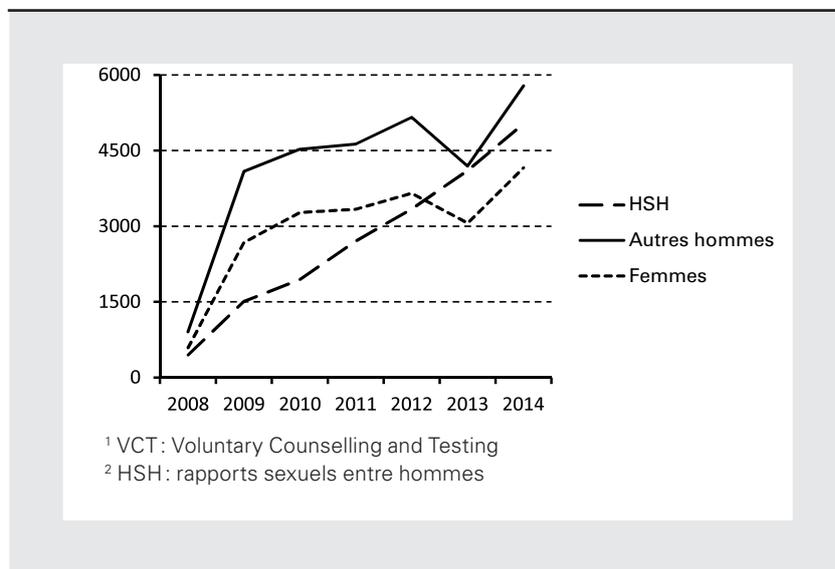
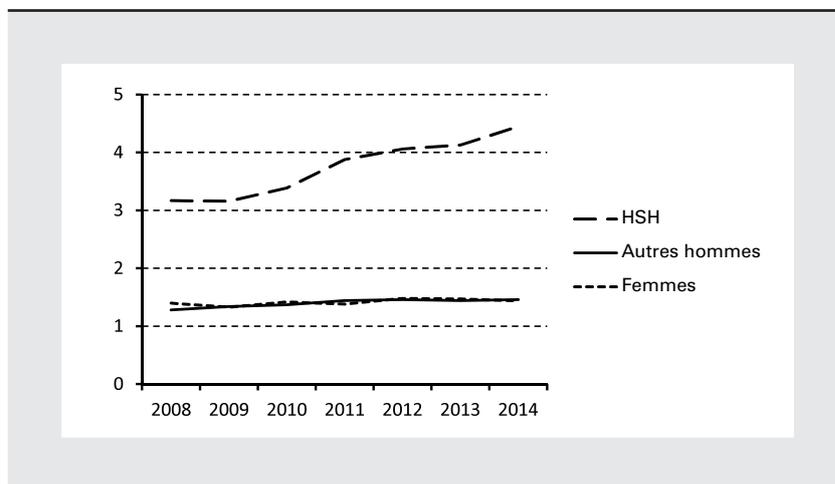


Figure 8  
**Nombre moyen de tests VIH précédents déclarés chez les HSH<sup>2</sup>, autres hommes et femmes, par année du dernier test, 2008–2014**  
 (source: système BerDa)



infections récentes (annotation 2), ce qui représente deux cas. Parmi ces cas, aucune primo-infection (annotation 3) n'a été diagnostiquée. Quant aux personnes testées tardivement (annotation 4), elles représentaient, selon les médecins déclarants, 8 % des diagnostics.

*Lieu d'infection (tableau 9)*

60 % des personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH ont été, selon leurs propres déclarations, infectées à l'étranger, le lieu d'infection le plus fréquemment cité étant le pays d'origine (déduit de la

nationalité du déclarant), mais ces données étaient souvent manquantes. 16 % de ces personnes ont cité la Suisse comme lieu d'infection. Dans 24 % des déclarations, le lieu d'infection n'était pas renseigné. La prévalence du VIH dans ce groupe est probablement fortement influencée par la situation existant dans les pays d'origine.

*Source d'infection (tableau 10)*

Parmi les femmes hétérosexuelles originaires de pays à haute prévalence du VIH, 19 % ont cité comme source d'infection un partenaire oc-

**Primo-infection – thème de la campagne LOVE LIFE**

Une personne présentant des symptômes grippaux après des rapports sexuels non protégés doit consulter un médecin et lui parler du VIH. Voici l'appel de la campagne LOVE LIFE. Plus tôt une infection au VIH est détectée, mieux c'est, et ce pour deux raisons. Durant les premières semaines suivant l'infection, appelée aussi phase de primo-infection, la personne concernée est beaucoup plus contagieuse qu'ensuite, durant la phase chronique. Donc, si l'infection est détectée rapidement, on peut mieux prévenir de nouvelles infections. Le ou la partenaire stable est particulièrement exposé durant cette période. Le diagnostic précoce de l'infection au VIH est également important pour la personne concernée : un traitement précoce ou immédiat avec des médicaments antirétroviraux peut contribuer à limiter les dégâts causés par l'infection au VIH et à permettre au système immunitaire de mieux la contrôler sur le long terme. Toute suspicion d'infection VIH symptomatique nécessite un test de dépistage de quatrième génération en laboratoire en mentionnant clairement l'anamnèse.

casionnel et 31 % un partenaire stable. Parmi les hommes de ce groupe, 25 % ont cité comme source d'infection probable un partenaire occasionnelle et 8 % une partenaire stable.

*Type de partenaires au cours des deux dernières années (tableau 12)*

Selon les déclarations complémentaires des médecins, 35 % des personnes hétérosexuelles originaires d'un pays à haute prévalence du VIH nouvellement diagnostiquées en 2014 avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires venant eux aussi d'un pays à haute prévalence.

Aucune des personnes originaires d'un pays à haute prévalence du VIH nouvellement diagnostiquée n'a cité des rapports sexuels avec des travailleurs ou travailleuses du sexe comme source d'exposition.

### Diagnostiques de VIH chez les hétérosexuel(le)s (hors pays à haute prévalence du VIH)

*Situation épidémiologique générale*  
En 2014, 166 diagnostics de VIH ont été posés chez des personnes hétérosexuelles ne venant pas de pays à haute prévalence du VIH. Après avoir connu une hausse jusqu'en 2013, le nombre de diagnostics de VIH a nettement reculé dans ce groupe (passant de 211 à 166). La baisse enregistrée entre 2013 et 2014 est plus marquée chez les hommes (passant de 120 à 85 diagnostics) que chez les femmes (de 91 à 81). Cette baisse est constatée aussi bien chez les personnes originaires de Suisse ou d'un autre pays européen que chez celles de nationalité autre ou inconnue (figure 4). La seule exception concerne les femmes originaires d'un autre pays européen, chez lesquelles le nombre de diagnostics de VIH a augmenté en 2014 (passant de 10 à 19).

La proportion de femmes parmi les personnes de nationalité suisse était de 41 %, soit un peu moins que chez les personnes originaires d'autres pays européens (51 %). La proportion de femmes chez les personnes originaires de pays extérieurs à l'Europe ou de nationalité inconnue était beaucoup plus élevée (62 %) (tableau 5).

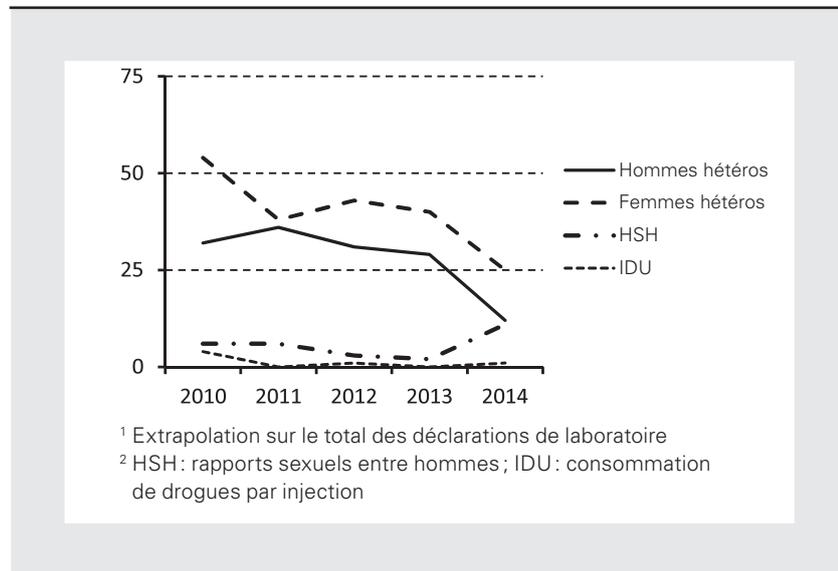
#### Age au moment du diagnostic (tableau 6, figure 5)

Sur la période 2010–2014, la répartition par âge au moment du diagnostic de VIH était relativement étendue chez les hétérosexuel(le)s ; l'âge médian au moment du diagnostic n'a cessé d'augmenter, passant de 37 à 42 ans.

#### Infections récentes, primo-infections et personnes testées tardivement (tableaux 7 et 8, figure 6)

Chez les hétérosexuel(le)s de nationalité suisse, la proportion d'infections « récentes » (annotation 2) était de 48 %. L'année précédente, ce pourcentage était seulement de 26 %. La proportion d'infections récentes a également augmenté chez les personnes non suisses ou de nationalité inconnue (hors pays à haute prévalence du VIH) : elle est passée de 4 à 12 %. Ce phénomène s'explique essentiellement par le fait que les infections qui remontent

Figure 9  
**Diagnostic VIH<sup>1</sup> chez les personnes issues d'un pays à haute prévalence du VIH, par voie d'infection<sup>2</sup> (et partiellement par sexe) et année du test, 2010–2014**



à plus d'un an ont baissé en nombre absolu tandis que les infections récentes ont, elles, très légèrement augmenté (figure 6 et tableau 8).

Il est impossible de déduire une tendance par rapport à l'incidence des nouveaux cas d'infection au VIH en l'absence de données fiables sur la fréquence des tests VIH (voir le chapitre consacré aux HSH plus haut). Les cas recensés dans les centres VCT à l'aide du système BerDa ne sont pas significatifs, car ils ne représentent qu'une très petite proportion de l'ensemble des cas pour la population hétérosexuelle.

Tous les cas de primo-infection (annotation 3) diagnostiqués en 2014 chez les hétérosexuel(le)s concernaient des personnes de nationa-

lité suisse. Dans cette population, 83 diagnostics de VIH ont été posés au total, dont 17 (20 %) présentaient aussi les symptômes d'une primo-infection (tableau 7).

En 2014, la proportion de personnes hétérosexuelles diagnostiquées tardivement (annotation 4) s'élevait à 13 % chez les personnes de nationalité suisse et 22 % chez les personnes de nationalité autre que suisse ou inconnue (tableau 7).

#### Lieu d'infection (tableau 9)

Selon les déclarations complémentaires des médecins, 51 % des Suisses hétérosexuel(le)s ont été infecté(e)s en Suisse et 31 % à l'étranger (aucune indication dans 17 % des cas). En comparaison,

#### De nombreuses femmes sont infectées par leur partenaire stable

Selon les informations fournies par les HSH et les hommes hétérosexuels, des rapports sexuels avec un(e) partenaire occasionnel(le) sont le plus souvent à l'origine de leur infection au VIH qu'avec leur partenaire stable. Chez les femmes, c'est exactement l'inverse : elles sont plus fréquemment infectées par leur partenaire stable (voir tableau 9). Les chiffres indiquent une fois de plus que le fait d'avoir un partenaire stable ne protège pas nécessairement du VIH. Ce constat revêt un caractère fondamental pour les médecins. En effet, ils ne doivent pas exclure trop hâtivement le risque d'infection au VIH chez les patient(e)s ayant une relation stable. En cas de tableau clinique évocateur avec des symptômes grippaux, il importe donc de recommander la réalisation d'un test VIH, même si l'anamnèse sexuelle ne révèle aucune suspicion.

les personnes hétérosexuelles de nationalité autre que suisse ou inconnue ont été infectées moins fréquemment en Suisse (28 %) et plus souvent à l'étranger (47 %) (aucune indication dans 24 % des cas).

*Source d'infection (tableau 10)*  
Sur l'ensemble des Suisses hétérosexuel(le)s, 34 % ont indiqué comme source d'infection un(e) partenaire occasionnel(le), 13 % un(e) partenaire anonyme et 29 % un(e) partenaire stable. Les chiffres sont différenciés quand on les détaille par sexe: 23 % des femmes hétérosexuelles suisses ont cité un partenaire occasionnel et 44 % un partenaire stable; chez les hommes hétérosexuels suisses, 41 % ont cité un(e) partenaire occasionnel(le) et 16 % un(e) partenaire stable.

*Nombre de partenaires au cours des deux dernières années (tableau 11)*  
Interrogé(e)s sur le nombre de leurs partenaires sexuels au cours des deux dernières années précédant le diagnostic de VIH, 40 % des Suisses hétérosexuel(le)s ont répondu « un(e) », 15 % « entre deux et cinq » et 3 % « plus de cinq ». 12 % affirment n'avoir eu aucun partenaire sexuel au cours de cette période et 29 % n'ont pas répondu. On observe des proportions comparables chez les personnes hétérosexuelles de nationalité autre que suisse ou inconnue.

*Type de partenaires au cours des deux dernières années (tableau 12)*  
D'après les déclarations complémentaires des médecins, 19 % des Suisses hétérosexuel(le)s nouvellement diagnostiqué(e)s en 2014 ont eu des rapports sexuels avec des partenaires originaires de pays à haute prévalence. Chez les personnes de nationalité étrangère ou inconnue, cette proportion était comparable, avec 21 %.

Les personnes touchées sont 12 % à avoir cité des rapports avec des travailleurs ou travailleuses du sexe comme possible exposition.

*Diagnostics antérieurs d'autres IST (tableau 13)*  
Parmi les hétérosexuel(le)s ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH

en 2014, 8 % s'étaient déjà vu diagnostiquer dans les deux années précédentes au moins l'une des trois autres IST soumises à l'obligation de déclaration (syphilis, gonorrhée, chlamydie). Dans 87 % des cas, la syphilis en faisait partie.

### **Diagnostics de VIH chez les consommateurs de drogue par injection (IDU)**

*Situation épidémiologique générale*  
Au début de l'épidémie de VIH, l'échange de seringues entre les consommateurs de drogue par injection constituait en Suisse la voie d'infection la plus fréquente. Mais si elle atteignait encore près de 50 % à la fin des années 1980, la proportion d'IDU parmi les personnes diagnostiquées a ensuite diminué, tombant à moins de 15 % à la fin des années 1990. Ces cinq dernières années, cette proportion est toujours restée inférieure à 5 %. En 2014, elle est même descendue en deçà de 2 %, représentant en nombre absolu 9 ou 10 diagnostics. Le nombre de cas effectivement documentés par les déclarations des médecins se limite à 6 (4 hommes et 2 femmes) mais il manque encore, pour l'année 2014, près de 30 % des déclarations complémentaires, si bien que ce chiffre est probablement trop bas. Parmi les IDU touchés, 78 % sont de nationalité suisse (voir tableau 4) et deux tiers sont des hommes. Cette proportion plus élevée d'hommes n'est pas une surprise puisque les IDU sont aussi majoritairement des hommes [Réf. 1].

### *Age au moment du diagnostic (tableau 6)*

Sur les cinq dernières années, deux tiers des IDU testés positifs pour le VIH avaient entre 25 et 44 ans. L'âge médian s'est établi à 39 ans.

### *Lieu d'infection (tableau 9)*

Les IDU ont cité beaucoup plus souvent la Suisse (64 %) que l'étranger (18 %) comme lieu probable d'infection.

### *Source d'infection (tableau 10)*

L'échange de matériel d'injection est la source d'infection qui revient dans toutes les déclarations contenant des indications sur la voie d'infection.

## **DÉCLARATIONS DE SIDA**

En 2014, le nombre de cas de sida déclarés s'est établi à 89, contre 126 en 2013 (voir tableau 14). L'interprétation de cette baisse doit se faire en sachant que les déclarations de sida faites sur une année ne correspondent pas tout à fait aux cas diagnostiqués pendant l'année en question, mais concernent partiellement des cas diagnostiqués les années précédentes, ceci en raison de retards notables dans la déclaration. En moyenne, sur ces quatre dernières années, la moitié environ des déclarations de sida concernaient de nouveaux cas (déclarés l'année même du diagnostic), environ 30 % des diagnostics de l'année précédente et environ 20 % des cas encore plus anciens. Les nouveaux diagnostics de sida des quatre à cinq dernières années n'ayant pas encore été tous déclarés, leur nombre réel n'est pas connu et doit donc être estimé (voir tableau 15) à l'aide d'une méthode statistique, en l'occurrence, à l'aide de la méthode de Rosenberg [Réf. 2]. Pour 2014, l'estimation est de 72 nouveaux diagnostics de sida, parmi lesquels 47 ont déjà été déclarés. Ce chiffre indique une nouvelle baisse, mais s'inscrit dans la tendance observée depuis de longues années: si la diminution du nombre de cas de sida déclarés a été rapide à compter de 1996, après l'introduction de la thérapie antirétrovirale combinée, elle a ralenti à partir du changement de millénaire, mais persiste jusqu'à aujourd'hui.

## **SYPHILIS: ANALYSES ET TENDANCES**

### **Situation générale selon l'état des données (tableau 16, figures 10 et 11)**

En 2014, 560 cas de syphilis (déclarations au 28.2.2015) ont été diagnostiqués, soit environ 6 % de moins qu'en 2013 (593 cas confirmés). Les déclarations complémentaires des médecins arrivant souvent en retard pour cette infection, il faut toutefois plutôt s'attendre à une stabilisation du nombre de cas. Au moment de l'analyse, l'OFSP disposait à la fois de la déclaration complémentaire et de la déclaration

Figure 10  
**Cas confirmés de syphilis, par sexe et année de diagnostic, 2010–2014**

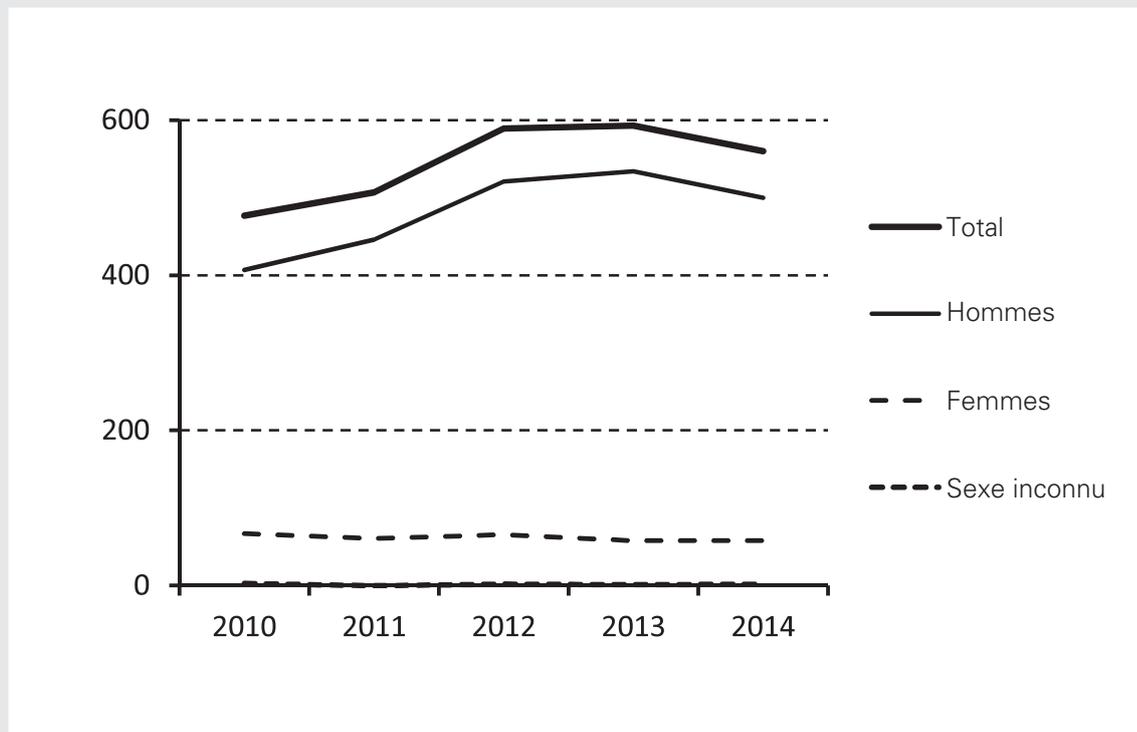
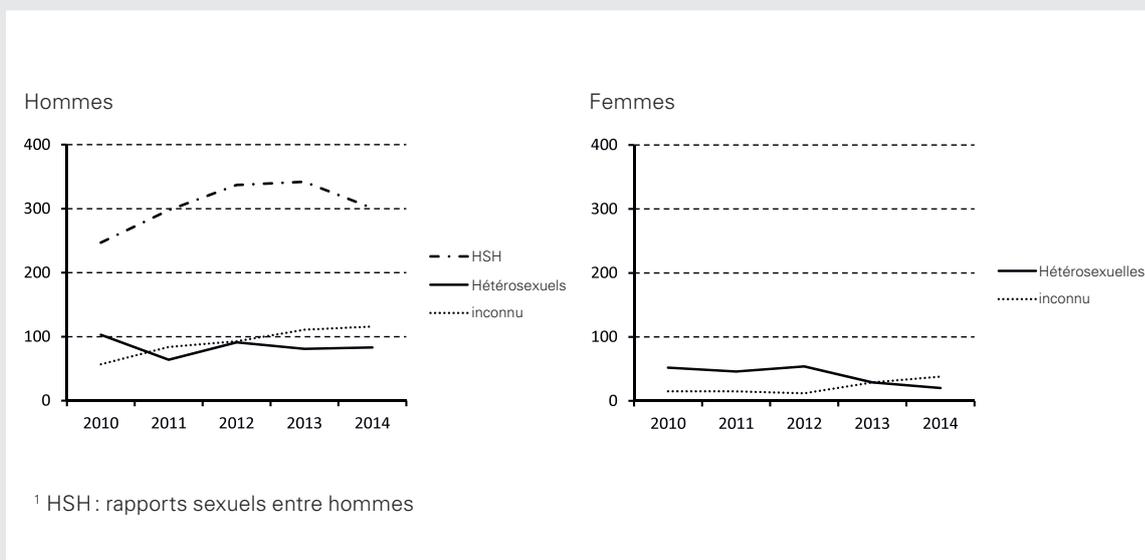


Figure 11  
**Cas confirmés de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection<sup>1</sup> et année de diagnostic, 2010–2014**



<sup>1</sup> HSH: rapports sexuels entre hommes

du laboratoire dans seulement 85 % des cas déclarés. Les données disponibles pour la syphilis sont donc à interpréter avec un peu plus de prudence que celles relatives au VIH. En 2014, l'OFSP a reçu 1059 déclarations de cas, mais n'a pu classer comme confirmés que 560 des cas concernés, en raison soit de l'absence de déclaration complémentaire, soit du manque d'exhaustivité des indications fournies. Au moment de l'analyse, le pourcentage de cas confirmés pour 2014 était encore légèrement inférieur à la moyenne des dernières années.

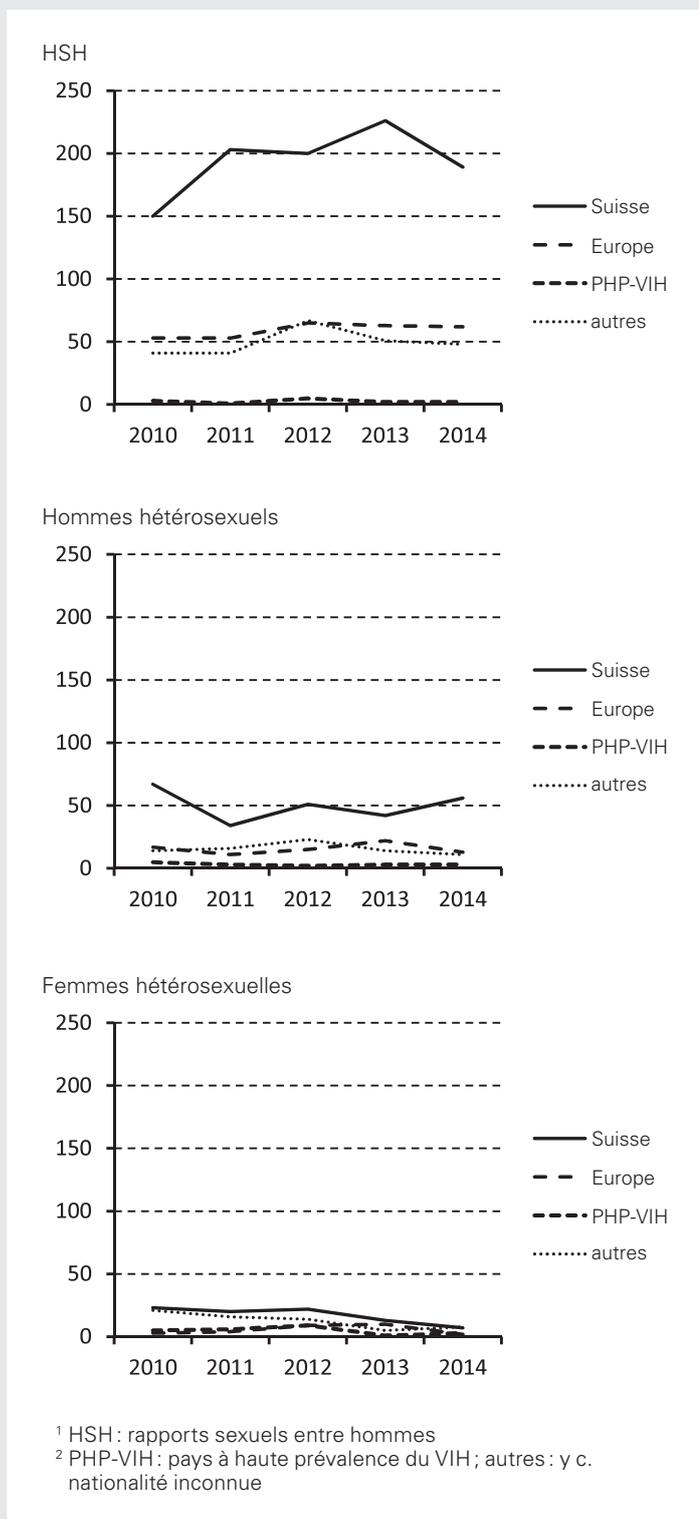
La syphilis est plus souvent diagnostiquée chez les hommes que chez les femmes : 90 % de tous les cas confirmés concernent des hommes (500 cas) et 10 % des femmes (58 cas). Par ailleurs, les HSH sont nettement plus touchés par cette infection que les hommes hétérosexuels. Ils représentent à eux seuls 54 % (301) de l'ensemble des cas. Le léger recul du nombre de cas de syphilis qui se dessine globalement s'observe essentiellement chez les HSH (figure 11).

**Répartition géographique de la syphilis en Suisse (tableaux 17 et 18)**

En moyenne suisse, le nombre de nouveaux diagnostics de syphilis en 2014 s'est élevé à 6,8 pour 100 000 habitants, contre 7,3 en 2013. Comme pour le VIH, les disparités régionales sont toutefois importantes : les incidences les plus faibles (2,5–3,0 cas pour 100 000 habitants) s'observent dans le canton de Berne et en Suisse orientale, et les plus élevées dans les cantons de Genève (16,5), Bâle-Ville (15,8) et Zurich (13,9).

Si la fréquence des nouveaux diagnostics de syphilis varie fortement d'une région à l'autre, c'est aussi le cas de leur répartition par voie d'infection. Dans le Plateau, la Suisse orientale, la Suisse centrale ainsi que le Tessin et les Grisons, les hétérosexuels constituent une part plus importante des diagnostics qu'en moyenne nationale alors que, dans les cantons de Bâle-Ville, de Zurich et de Vaud, c'est la proportion de HSH qui est supérieure à la moyenne.

Figure 12  
**Cas confirmés de syphilis par voie d'infection<sup>1</sup>, sexe, nationalité<sup>2</sup> et année de diagnostic, 2010–2014**



### Diagnostiques de syphilis chez les HSH

*Situation épidémiologique générale*  
Comme pour le VIH, les HSH constituent en Suisse le groupe de population le plus touché par la syphilis : en 2014, ils représentaient 54 % (301) du nombre total de diagnostics, alors qu'ils ne constituent qu'environ 3 % des hommes sexuellement actifs.

Par rapport à l'année précédente, les déclarations de nouveaux cas de syphilis chez les HSH ont baissé en 2014, passant de 342 à 301 (figure 11). Parmi les HSH nouvellement diagnostiqués, 63 % sont de nationalité suisse et 21 % sont originaires d'un autre pays européen (voir tableau 19). Moins de 1 % sont issus de pays à haute prévalence du VIH (essentiellement d'Afrique subsaharienne). La baisse du nombre de nouveaux diagnostics s'observe uniquement chez les hommes de nationalité suisse (figure 12).

#### Age au moment du diagnostic (tableau 21, figure 13)

Pour la période 2010–2014, 84 % des HSH avaient entre 25 et 54 ans au moment du diagnostic, le groupe des 35–44 ans étant le plus touché (33 %). Environ 2 % étaient âgés de plus de 65 ans. L'âge médian au moment du diagnostic a augmenté au cours de la période considérée, passant de 38 à 40 ans.

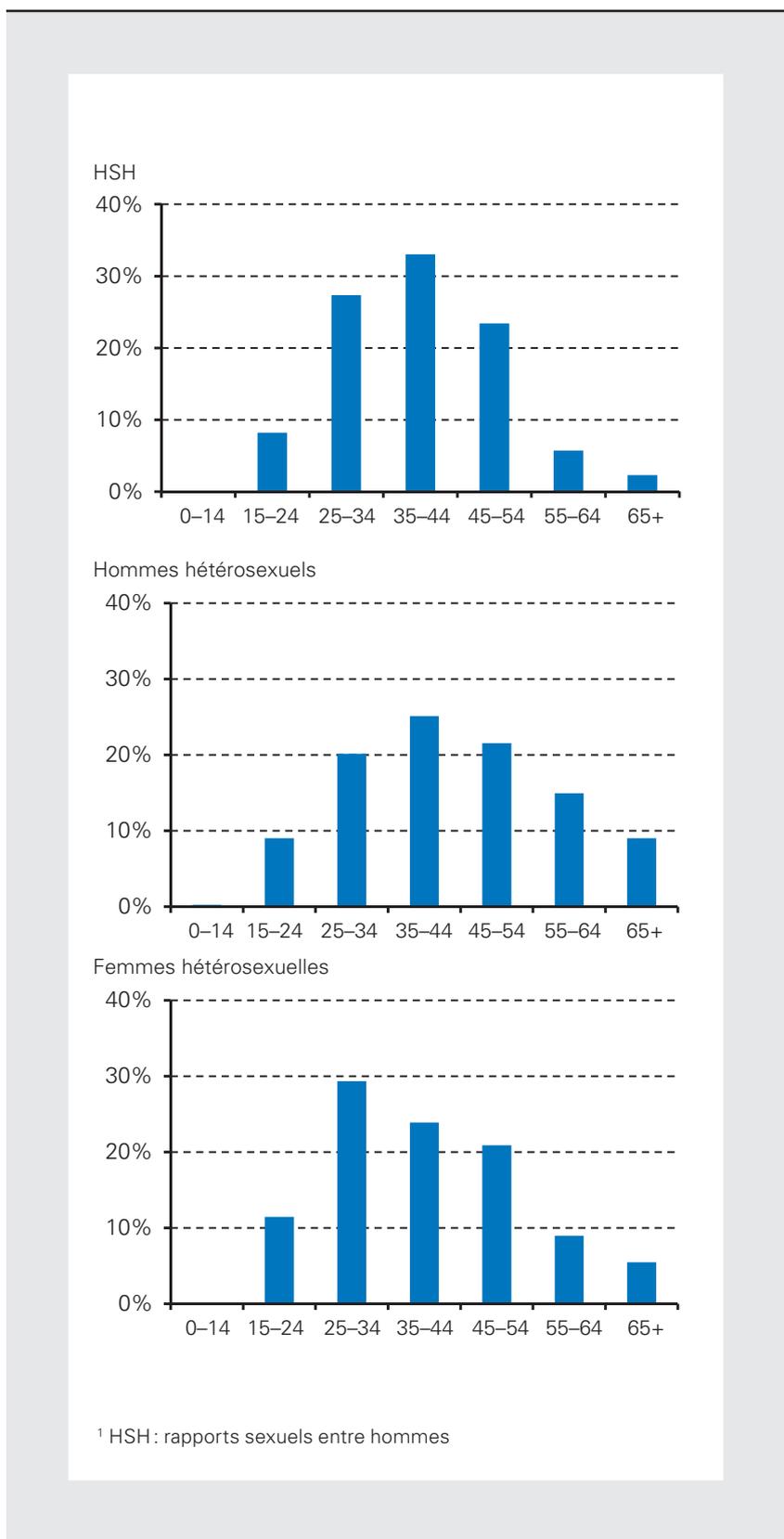
#### Stade de la syphilis au moment du diagnostic (tableau 22)

D'après les déclarations complémentaires, 85 % des cas de syphilis ont été diagnostiqués à un stade infectieux, à savoir 44 % au stade primaire, 30 % au stade secondaire et 11 % au stade de latence précoce.

#### Lieu d'infection (tableau 23)

61 % des HSH de nationalité suisse pensent qu'ils ont probablement été infectés en Suisse, contre 14 % à l'étranger (aucune indication à ce sujet dans 25 % des cas). Les HSH de nationalité autre que suisse ou inconnue indiquent aussi qu'ils ont probablement été infectés plus fréquemment en Suisse (51 %) qu'à l'étranger (14 %), mais la différence est un peu moins marquée que chez les HSH de nationalité suisse.

Figure 13  
Cas confirmés de syphilis dans la période 2010–2014 : distribution par classe d'âge selon la voie d'infection<sup>1</sup> et le sexe



*Source d'infection (tableau 24)*  
55 % des HSH ont cité comme source d'infection un partenaire occasionnel et 21 % un partenaire stable (aucune indication dans 24 % des cas).

*Diagnostics antérieurs d'autres IST (tableau 25)*  
37 % des HSH diagnostiqués avec la syphilis en 2014 s'étaient déjà vu diagnostiquer au moins une fois auparavant une autre infection sexuellement transmissible. 36 % ont affirmé que ce n'était pas le cas. 27 % n'ont pas répondu à la question.

### **Diagnostics de syphilis dans la population hétérosexuelle**

*Situation épidémiologique générale*  
Les diagnostics de syphilis enregistrés en 2014 dans la population hétérosexuelle s'élèvent au nombre de 103, dont 61 % concernent des personnes de nationalité suisse, 16 % des personnes issues d'autres pays européens et 5 % des personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH (voir tableau 19).

*Age au moment du diagnostic (tableau 21, figure 13)*  
Sur les cinq dernières années, 69 % des hommes et femmes hétérosexuels avaient entre 25 et 54 ans au moment du diagnostic, le groupe des 35–44 ans étant le plus touché (25 %), comme chez les HSH. L'âge médian au moment du diagnostic s'établit à 43 ans pour les hommes et 38 ans pour les femmes.

*Stade de la syphilis au moment du diagnostic (tableau 21)*  
D'après les déclarations complémentaires, 76 % des cas de syphilis diagnostiqués chez les hétérosexuel(le)s l'ont été à un stade infectieux, à savoir 51 % au stade primaire, 20 % au stade secondaire et 5 % au stade de latence.

*Lieu d'infection (tableau 23)*  
59 % des hétérosexuel(le)s de nationalité suisse diagnostiqué(e)s en 2014 pensent qu'ils ont été infecté(e)s en Suisse, contre 13 % à l'étranger (aucune indication à ce sujet dans 29 % des cas). Les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère ou inconnue ont cité aussi fréquemment la Suisse que l'étranger comme lieu probable d'infection.

*Source d'infection (tableau 24)*  
39 % des personnes hétérosexuelles ont cité comme source d'infection un(e) partenaire occasionnel(le), 29 % un(e) partenaire stable et 10 % un(e) travailleur(se) du sexe. On note toutefois des différences entre les deux sexes : 15 % des femmes hétérosexuelles ont cité comme source d'infection un partenaire occasionnel et 65 % un partenaire stable. Parmi les hommes hétérosexuels, 43 % ont cité une partenaire occasionnelle et 19 % une partenaire stable.

*Diagnostics antérieurs d'autres IST (tableau 25)*  
Parmi les hétérosexuel(le)s diagnostiqué(e)s avec la syphilis en 2014, 11 % s'étaient déjà vu diagnos-

tiquer au moins une fois auparavant une autre infection sexuellement transmissible. 53 % ont affirmé que ce n'était pas le cas. 36 % n'ont pas répondu à la question.

### **GONORRHÉE : ANALYSES ET TENDANCES**

#### **Situation générale selon l'état des données (tableau 26, figures 14 et 15)**

Selon les chiffres disponibles, le nombre de cas confirmés de gonorrhée en 2014 s'établit à 1544, soit environ 4 % de moins qu'en 2013 (1616 cas ; déclarations au 28.2.2015). La tendance à la hausse observée depuis la réintroduction de l'obligation de déclaration en 2006 ne s'est donc pas poursuivie.

Les diagnostics de gonorrhée enregistrés en 2014 concernent à 44 % des hétérosexuel(le)s et à 28 % des HSH (aucune indication sur la voie d'infection dans 28 % des cas).

Une analyse plus poussée par voie d'infection et par sexe révèle toutefois que le nombre de diagnostics de gonorrhée ne s'est pas stabilisé dans tous les groupes. Il a baissé à la fois chez les hommes hétérosexuels (passant de 567 à 476) et les femmes hétérosexuelles (de 287 à 201), mais il a augmenté chez les HSH en passant de 396 à 428 (figure 15). La prudence s'impose lors de l'interprétation de ces évolutions, car le nombre de cas dont la voie d'infection n'est pas précisée a également augmenté. Le nombre d'hommes hétérosexuels et de HSH se cachant derrière ces données manquantes est susceptible d'affaiblir la baisse observée chez les hommes hétérosexuels ou d'accentuer la tendance à la hausse se dessinant chez les HSH.

#### **Répartition géographique de la gonorrhée en Suisse (tableaux 27 et 28)**

En moyenne suisse, le nombre de nouveaux diagnostics de gonorrhée en 2014 s'est élevé à 18,8 pour 100 000 habitants, contre 19,9 en 2013. Mais, pour cette infection aussi, les disparités régionales sont importantes : l'incidence la plus faible s'observe en Suisse orientale avec 10,3 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants et les plus élevées – tout comme pour le VIH et

#### **Le ou la partenaire doit être traité(e) simultanément**

Un traitement contre la syphilis peut échouer en raison de l'effet appelé « ping-pong », c'est-à-dire lorsqu'un(e) patient(e) est guéri(e), mais immédiatement réinfecté(e) par son/sa partenaire sexuel(e). En effet, la probabilité que le ou la partenaire soit également atteint(e) de syphilis est élevée. La plupart des patientes et des patients sont effectivement déjà infectieux, lorsque le diagnostic de syphilis est posé (voir tableau 22). Le risque de voir apparaître l'effet « ping-pong » est présent pour la majorité des infections sexuellement transmissibles, même s'il n'y a aucun symptôme. Aussi l'OFSP recommande-t-il aux médecins de soumettre, si possible, à un test tous/toutes les partenaires sexuel(le)s actuel(le)s et de les traiter, le cas échéant [Réf 3]. Il est indispensable que toutes les personnes concernées soient traitées immédiatement et simultanément. C'est le seul moyen d'éviter de nouvelles infections. En outre, il est important que tous/toutes les partenaires sexuel(le)s renoncent à tout rapport sexuel – même avec préservatif et – ce, jusqu'à leur guérison.

Figure 14  
**Cas confirmés de gonorrhée, par sexe et année de diagnostic, 2010–2014**

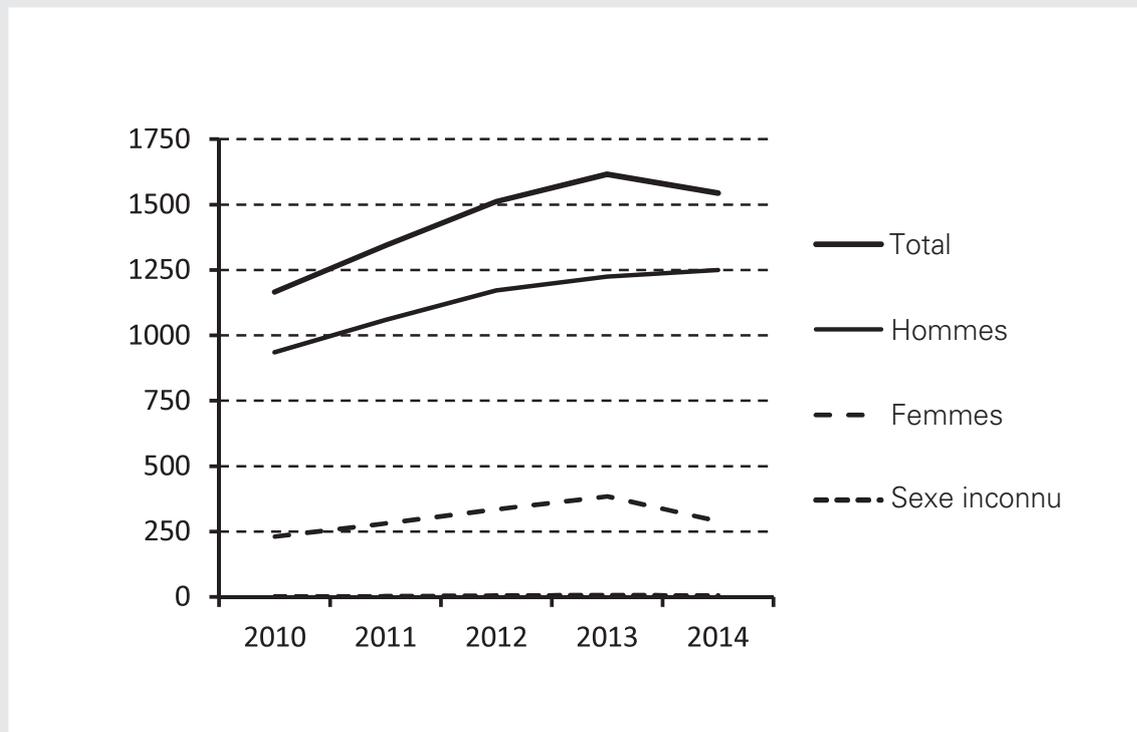
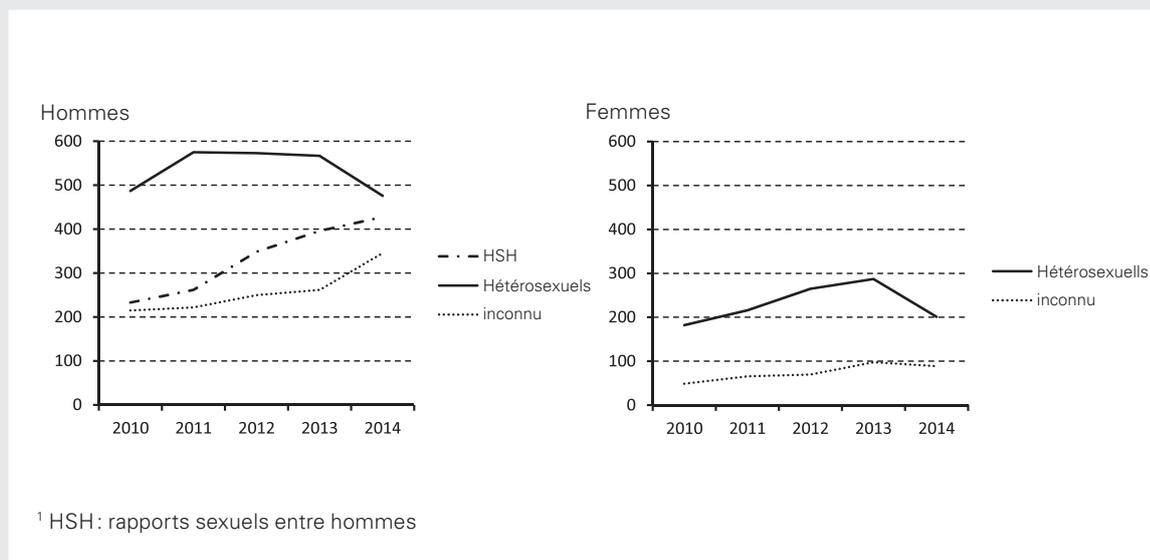


Figure 15  
**Cas confirmés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection<sup>1</sup> et année de diagnostic, 2010–2014**



<sup>1</sup> HSH: rapports sexuels entre hommes

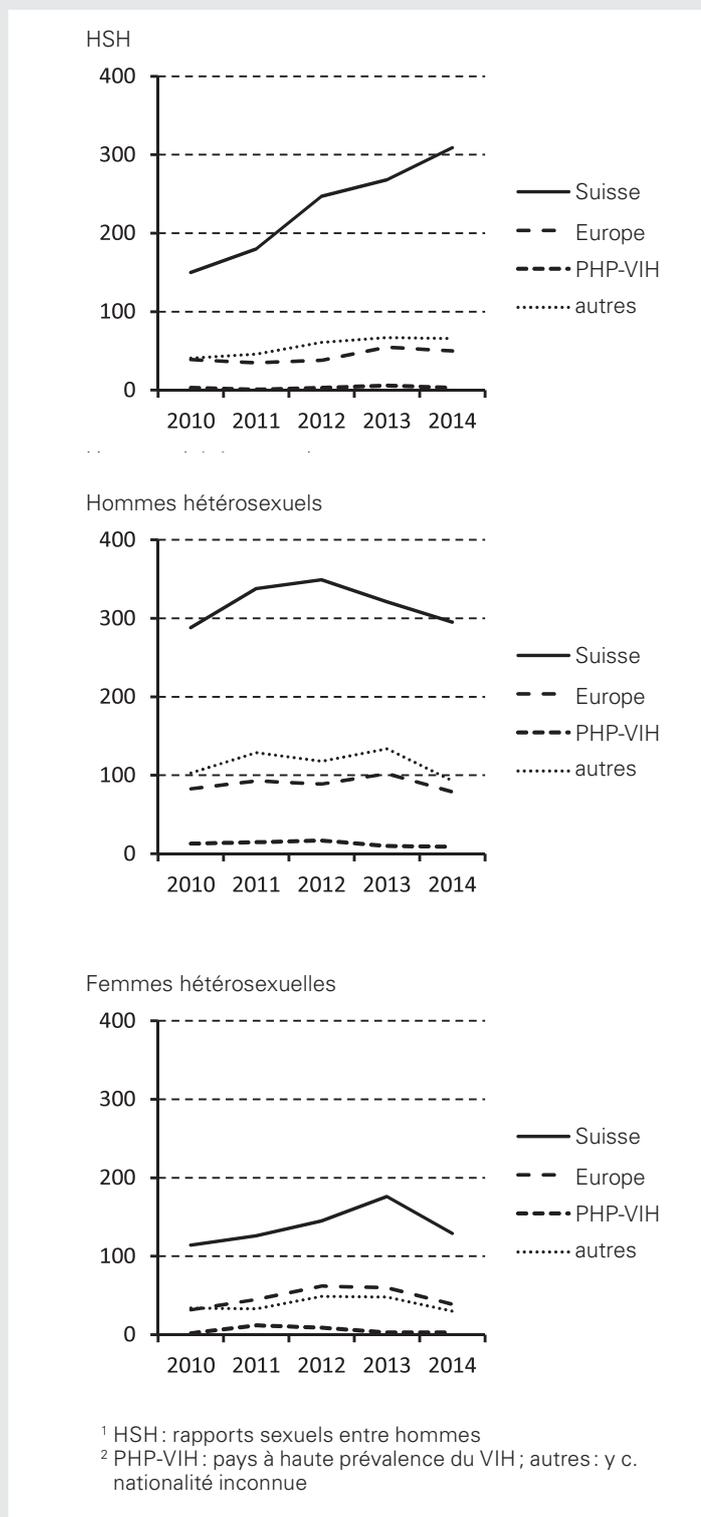
### Mesures contre le nombre croissant de résistances

La situation en termes de résistance des gonocoques aux antibiotiques s'aggrave dans le monde entier. En Suisse aussi, des souches résistantes apparaissent [Réf 4, 5]. Pour contrer cette évolution, la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) a élaboré, conjointement avec la Société suisse d'infectiologie (SSI) et la Société suisse de dermatologie et de vénéréologie (SSDV), de nouvelles recommandations relatives au traitement de la gonorrhée. Celles-ci seront publiées prochainement dans le *Forum Médical Suisse*. Elles visent à freiner la formation croissante des résistances grâce à l'administration de deux nouvelles substances actives: la ceftriaxone par voie intramusculaire et l'azithromycine par voie orale. Les chances d'éradiquer l'agent pathogène s'en trouvent bien plus grandes. Par ailleurs, il s'agit de surveiller l'évolution de la situation en matière de résistances. Pour ce faire, les médecins doivent, avant chaque traitement, demander une culture des gonocoques, afin d'identifier des agents pathogènes résistants.

la syphilis – dans les cantons possédant de grands centres urbains: BS (32,1), ZH (29,8), GE (29,2) et VD (23,0). Si l'incidence des nouveaux cas de gonorrhée n'a que peu évolué dans la plupart des cantons en 2014, elle a reculé d'environ un tiers dans le canton de Genève (2013: 44,7).

Si la fréquence des nouveaux diagnostics de gonorrhée varie fortement d'une région à l'autre, c'est aussi le cas de leur répartition par voie d'infection. On observe ainsi une répartition très proche de celle de la syphilis: dans le Plateau, la Suisse orientale, la Suisse centrale ainsi que le Tessin et les Grisons, les hétérosexuel(le)s constituent une part plus importante des diagnostics de gonorrhée qu'en moyenne nationale alors que, dans les can-

Figure 16  
Cas confirmés de gonorrhée par voie d'infection<sup>1</sup>, sexe, nationalité<sup>2</sup> et année de diagnostic, 2010–2014



tons de Bâle-Ville, de Zurich et de Vaud, c'est la proportion de HSH qui est supérieure à la moyenne.

### Diagnostiques de gonorrhée chez les HSH

*Situation épidémiologique générale*  
Chez les HSH, le nombre de cas de gonorrhée a augmenté par rapport à l'année précédente, passant de 396 à 428. Parmi les nouveaux diagnostics chez les HSH, 72 % sont de nationalité suisse et 12 % sont originaires d'autres pays européens (figure 15, tableau 29). La proportion d'hommes originaires de pays à haute prévalence du VIH est inférieure à 1 %. La hausse du nombre de nouveaux diagnostics s'observe uniquement chez les hommes de nationalité suisse (figure 16).

#### Age au moment du diagnostic (tableau 31, figure 17)

Sur les cinq dernières années, 80 % des HSH avaient entre 15 et 44 ans au moment du diagnostic, le groupe des 25–34 ans étant le plus touché (36 %). Moins de 1 % avaient plus de 65 ans. L'âge médian des HSH au moment du diagnostic de gonorrhée s'établit à 34 ans, soit moins que pour le VIH (36 ans) et la syphilis (39 ans).

#### Lieu d'infection (tableau 32)

65 % des HSH de nationalité suisse pensent qu'ils ont probablement été infectés en Suisse, contre seulement 9 % à l'étranger (aucune indication à ce sujet dans 27 % des cas). Ces proportions sont quasiment identiques chez les HSH de nationalité autre que suisse ou inconnue.

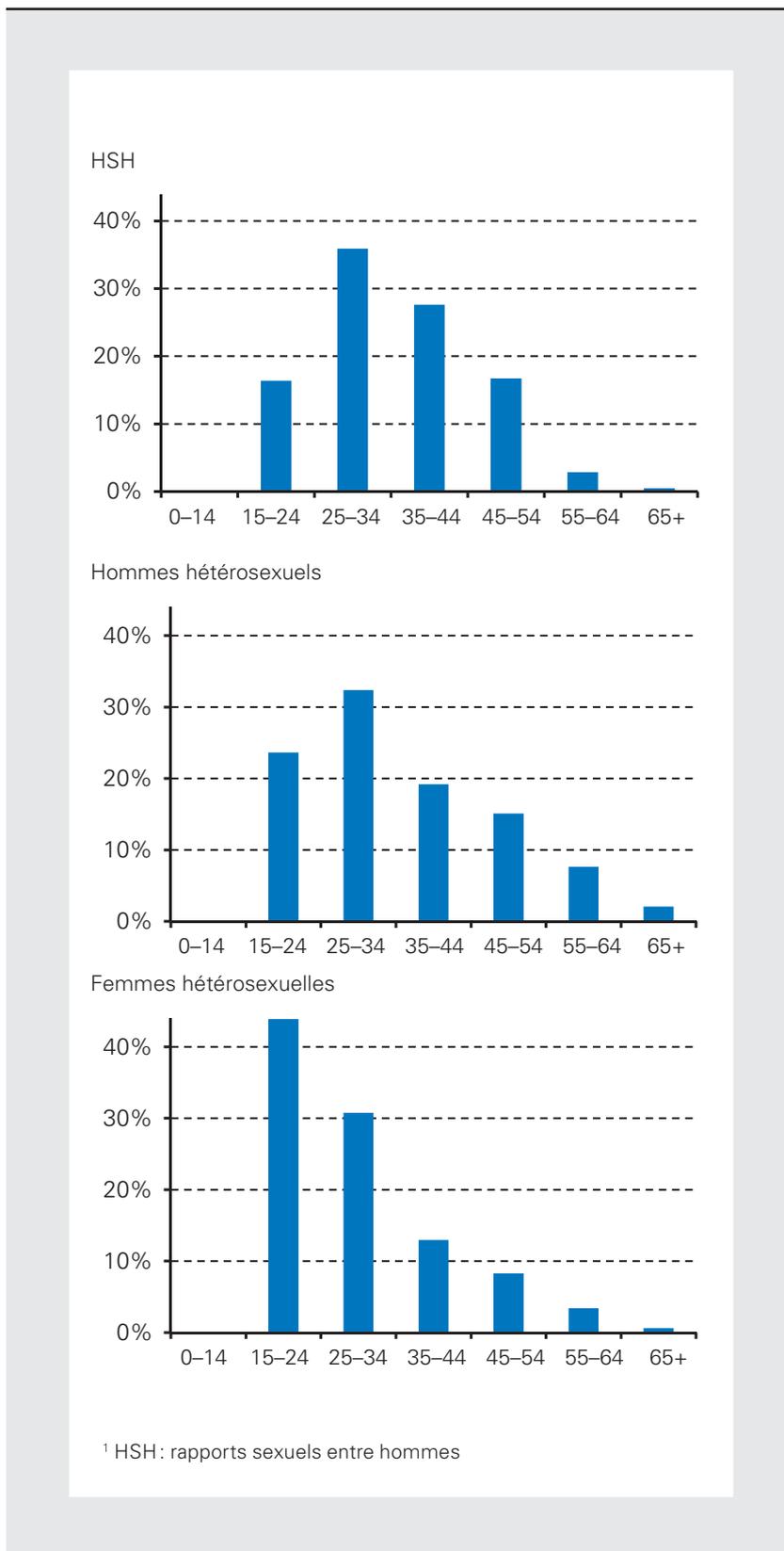
#### Source d'infection (tableau 33)

54 % des HSH ont cité comme source d'infection un partenaire occasionnel et 21 % un partenaire stable (aucune indication dans 23 % des cas).

#### Diagnostiques antérieurs d'autres IST (tableau 34)

Parmi les HSH diagnostiqués avec la gonorrhée en 2014, 39 % s'étaient déjà vu diagnostiquer au moins une fois auparavant une autre infection sexuellement transmissible. 31 % ont affirmé que ce n'était pas le cas et 30 % n'ont pas répondu à la question.

Figure 17  
**Cas confirmés de gonorrhée dans la période 2010–2014 : distribution par classe d'âge selon la voie d'infection<sup>1</sup> et le sexe**



### Diagnostiques de gonorrhée dans la population hétérosexuelle

*Situation épidémiologique générale*  
Le nombre de diagnostics de gonorrhée enregistrés en 2014 dans la population hétérosexuelle s'établit à 677, ce qui représente une baisse de 20 % par rapport à 2013. Le nombre de cas a baissé aussi bien chez les hommes que chez les femmes hétérosexuel(e)s, et ce indépendamment de leur nationalité.

Dans cette population, 63 % des cas concernent des personnes de nationalité suisse, 17 % des personnes originaires d'autres pays européens et moins de 2 % des ressortissants de pays à haute prévalence du VIH (tableau 29).

La proportion de femmes parmi les personnes de nationalité suisse était de 30 % en 2014, soit un peu moins que chez les personnes originaires d'autres pays européens (33 %). La proportion de femmes parmi les personnes de nationalité étrangère ou inconnue était d'environ un quart (tableau 30).

### Age au moment du diagnostic (tableau 31, figure 17)

Sur les cinq dernières années, 61 % des hommes et femmes hétérosexuels avaient moins de 35 ans au moment du diagnostic, le groupe des 25–34 ans étant le plus touché (32 %), suivi de près par celui des 15–24 ans (30 %). L'âge médian au moment du diagnostic de gonorrhée s'établit à 32 ans pour les hommes et à 26 ans pour les femmes.

### Lieu d'infection (tableau 32)

69 % des hétérosexuel(le)s de nationalité suisse nouvellement diagnostiqué(e)s en 2014 pensent avoir été infecté(e)s en Suisse, contre 14 % à l'étranger (aucune indication à ce sujet dans 18 % des cas). Les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère ou inconnue indiquent aussi plus fréquemment la Suisse (60 %) que l'étranger (18 %) comme lieu d'infection présumé, mais la différence est moins marquée que chez les personnes de nationalité suisse.

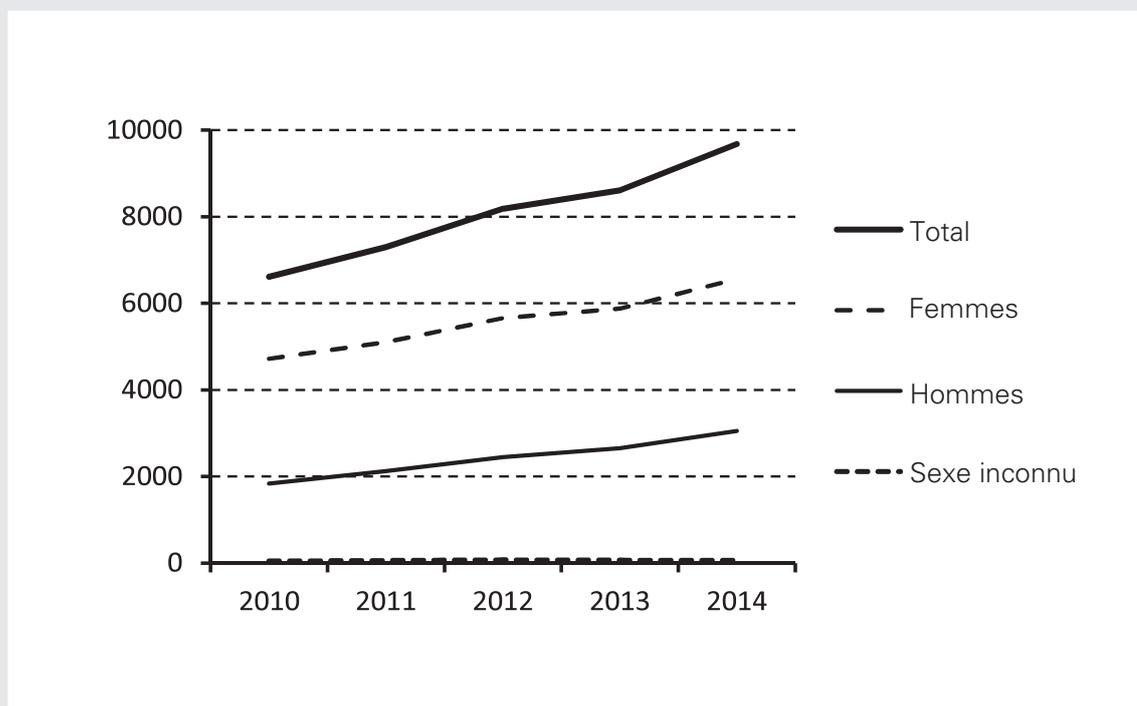
### Source d'infection (tableau 33)

45 % des personnes hétérosexuelles ont cité comme source d'infection un(e) partenaire occasionnel(le) et 35 % un(e) partenaire stable. Comme pour le VIH et la syphilis, on note toutefois des différences si l'on s'intéresse séparément aux deux sexes : selon leurs propres déclarations, les femmes ont été infectées moins souvent par un partenaire occasionnel (30 %) et plus souvent par un partenaire stable (61 %) tandis que la tendance s'inverse chez les hommes, 52 % estimant avoir été infectés par un partenaire occasionnelle et 24 % par leur partenaire stable.

### Diagnostiques antérieurs d'autres IST (tableau 34)

Parmi les hétérosexuel(le)s diagnostiqué(e)s avec la gonorrhée en 2014, 11 % s'étaient déjà vu diagnostiquer au moins une fois auparavant une autre infection sexuellement transmissible. 52 % ont affirmé que ce n'était pas le cas. 37 % n'ont pas répondu à la question.

Figure 18  
Cas confirmés de chlamydirose, par sexe et année de diagnostic, 2010–2014



## CHLAMYDIOSE : ANALYSES ET TENDANCES

### Situation générale selon l'état des données (tableau 35, figure 18)

Selon les chiffres disponibles pour l'année 2014, le nombre de cas confirmés de chlamydie s'établit à 9680, soit une hausse d'environ 12 % par rapport à 2013 (voir tableau 35). Cette augmentation touche aussi bien les femmes que les hommes. Entre 2010 et 2014, la proportion de femmes est passée de 72 à 68 %.

### Répartition géographique de la chlamydie en Suisse (tableaux 36 et 37)

En moyenne suisse, le nombre de nouveaux diagnostics de chlamydie en 2014 s'est élevé à 117,7 pour 100 000 habitants, contre 105,7 en 2013. Les disparités régionales sont importantes: les incidences les plus basses s'observent en Suisse orientale et centrale, ainsi que dans le canton de Berne, avec moins de 90 diagnostics pour 100 000 habitants; c'est le canton de Genève qui affiche l'incidence la plus élevée (196,5). De manière générale, comme pour les autres infections sexuellement transmissibles, les incidences les plus élevées s'observent dans les cantons possédant de grands centres urbains (GE, BS, ZH, VD). Dans le canton de Zurich, les hommes représentent une part plus importante des cas de chlamydie (38 %) qu'en moyenne nationale (30 %), alors qu'en Suisse romande (hors cantons de Genève et de Vaud), c'est la proportion de femmes qui est supérieure à la moyenne (74 %, contre 68 % dans l'ensemble de la Suisse).

### Age au moment du diagnostic (tableau 38)

Sur les cinq dernières années, 88 % des femmes avaient moins de 35 ans au moment du diagnostic et 86 % des hommes moins de 45 ans. Chez les femmes, plus de la moitié des diagnostics concernent les 15–24 ans, alors que, chez les hommes, ce sont les 25–34 ans, qui constituent le groupe le plus touché. L'âge médian au moment du diagnostic s'établit à 24 ans pour les femmes et à 29 ans pour les hommes. ■

### Contact

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

### Pour plus d'informations

- Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017: [www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/12362/12839/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/12362/12839/index.html?lang=fr)
- Informations pratiques sur le VIH à l'attention des médecins: [www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/12472/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/12472/index.html?lang=fr)
- Break the Chains: [www.breakthechains.ch/2014/](http://www.breakthechains.ch/2014/)
- European MSM Internet Survey (EMIS): [www.emis-project.eu](http://www.emis-project.eu)

### Annotations

1. Les chiffres sont légèrement inférieurs à ceux des rapports précédents car, depuis 2014, les critères d'inclusion pour les déclarations de VIH ont été modifiés comme suit: seules les déclarations de diagnostics qui concernent des personnes dont le domicile est en Suisse sont désormais prises en compte. Les frontaliers et les touristes ne sont plus intégrés dans les statistiques. Mais cela ne change rien, sur le fond, aux tendances observées ces dernières années.
2. Depuis 2008, la Suisse utilise de manière standardisée une méthode de diagnostic qui permet, à l'aide d'un algorithme, de différencier infections récentes et infections plus anciennes. Cet algorithme a été élaboré par le Centre National de Rétrovirus (CNR) en utilisant l'épreuve immunoblot Inno-Lia™ VIH I/II Assay (Fujirebio). Les infections classées comme « récentes » sont celles dont la transmission à la personne infectée remonte probablement à un an au maximum avant le diagnostic.
3. La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu, qui survient chez les personnes infectées par le VIH depuis moins de trois mois. L'infection récente et la primo-infection sont deux indicateurs, méthodologiquement indépendants, d'un stade d'infection précoce.

4. Les personnes testées tardivement sont définies comme les personnes dont l'infection a déjà atteint le stade C défini par le système européen de classification et/ou pour qui une déclaration de sida intervient dans les trois mois suivant le diagnostic de VIH.
5. Selon la définition donnée par l'ONUSIDA et l'OMS, les pays à haute prévalence du VIH sont ceux où la prévalence du VIH est supérieure à 1 % dans la population générale (chez les 15–49 ans).

### Références

1. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogues (ProMeDro III) 2006–2011. OFSP, Berne 2006: p. 23
2. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990;3(1):49–54
3. Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par les médecins de premier recours: Attitudes cliniques lors de plaintes dans la région génitale. [www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/12472/12473/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/12472/12473/index.html?lang=fr)
4. Calligaris-Maibach RC, et al. Emergence of *Neisseria gonorrhoeae* showing decreased susceptibility to cefixime and ceftriaxone in Switzerland. Abstract, European Conference on Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID) 2013
5. Kovari H, de Melo Oliveira MD, Hauser P, et al. Decreased susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Switzerland to Cefixime and Ceftriaxone: antimicrobial susceptibility data from 1990 and 2000 to 2012. *BMC Infect Dis*. 2013;13:603
6. Schmutz C, Burki D, Frei R, Mäusezahl Feuz M, Mäusezahl D. Testing for *Chlamydia trachomatis*: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. *Epidemiol. Infect.*, November 2012, 1–12 (online)

### Chlamydie: plus de tests ou davantage d'infections?

L'augmentation du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* est-elle due à une multiplication des tests ou à un accroissement du nombre d'infections? La question se pose, car cette infection évolue très souvent de manière asymptomatique et l'on suppose que le nombre de cas non recensés est élevé. Afin de mettre malgré tout en évidence des tendances, une étude [Réf 6] a analysé presque tous les tests – réactifs ou non – réalisés dans le canton de Bâle-Ville entre 2002 et 2010. Ses conclusions? Les diagnostics de *Chlamydia* ont augmenté dans les mêmes proportions que le taux de tests. La chlamydie demeure l'infection sexuellement transmissible à déclaration obligatoire la plus fréquente. Non traitée, elle peut entraîner des séquelles, comme la stérilité, tant chez la femme que chez l'homme.

Tableaux (VIH)

Tableau 1  
**Tests VIH positifs en Suisse: nombre de déclarations par les laboratoires déclarants autorisés (avec la proportion de femmes<sup>1</sup>) et nombre de déclarations complémentaires des médecins par année du test, avec la proportion selon les principales voies d'infection**

Année du test	2010	2011	2012	2013	2014
Déclarations de laboratoire	604	559	622	576	519
Proportion de femmes <sup>1</sup>	26,5%	23,9%	24,5%	26,4%	24,3%
Déclarations complémentaires	521	460	496	459	370
Pourcentage du total de laboratoire	86,3%	82,3%	79,7%	79,7%	71,3%
Distribution selon la voie d'infection (en déclarations complémentaires)					
Proportion d'hétérosexuels	43,3%	45,8%	43,2%	48,6%	39,1%
Proportion d'HSH	45,9%	43,8%	44,5%	40,2%	50,0%
Proportion d'IDU	3,8%	4,6%	4,8%	2,6%	1,6%
Proportion inconnu / autre	7,0%	5,9%	7,5%	8,6%	9,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

<sup>1</sup> parmi les déclarations avec l'indication du sexe

Tableau 2  
**Diagnostics du VIH en Suisse: nombre et incidence pour 100 000 habitants par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Nombre de diagnostics		Incidence / 100 000	
	2013	2014	2013	2014
Suisse	576	519	7,1	6,3
Berne	65	51	6,5	5,1
Bâle-Ville	18	12	9,5	6,3
Genève	68	56	14,5	11,8
Vaud	70	52	9,3	6,8
Zurich	154	133	10,8	9,2
Plateau suisse	64	63	5,4	5,3
Suisse orientale	32	29	3,6	3,2
Suisse romande	43	59	4,9	6,7
Tessin/Grison	28	24	5,2	4,4
Suisse centrale	32	31	3,9	3,8
Canton inconnu	2	9		

<sup>1</sup> Définitions :

Plateau suisse: AG, BL, SO

Suisse orientale: AI, AR, SG, SH, TG

Suisse romande: FR, JU, NE, VS

Suisse centrale: GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

<sup>2</sup> les déclarations des personnes avec domicile à l'étranger sont exclues

Tableau 3  
**Diagnostiques du VIH en Suisse 2014: proportion (en %) par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité) et par canton/région<sup>1,2</sup>**

Voie d'infection:	Hétérosexuels			HSH	IDU
	Nationalité:	Suisse	Pays à haute prévalence du VIH		
Suisse	15,7%	6,8%	15,4%	51,4%	1,6%
Berne	21,3%	6,4%	19,1%	42,6%	2,1%
Bâle-Ville	0,0%	12,5%	25,0%	62,5%	0,0%
Genève	9,6%	15,4%	21,2%	44,2%	3,8%
Vaud	22,2%	11,1%	11,1%	44,4%	0,0%
Zurich	12,7%	3,6%	9,1%	63,6%	1,8%
Plateau suisse	14,6%	4,2%	20,8%	47,9%	2,1%
Suisse orientale	16,0%	4,0%	16,0%	60,0%	0,0%
Suisse romande	12,1%	15,2%	12,1%	45,5%	0,0%
Tessin / Grison	15,4%	0,0%	23,1%	38,5%	0,0%
Suisse centrale	40,0%	0,0%	12,0%	40,0%	0,0%

<sup>1,2</sup> Définitions et note cf. tableau 2

Tableau 4  
**Diagnostiques du VIH 2014 par nationalité et voie d'infection<sup>1</sup>**

	Hétérosexuels		HSH		IDU	
	Nombre de diagnostics VIH		Nombre de diagnostics VIH		Nombre de diagnostics VIH	
Suisse	83	40,9%	146	56,4%	7	77,8%
Europe (hors Suisse)	36	17,7%	66	25,5%	0	0,0%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>2</sup>	37	18,2%	11	4,2%	0	0,0%
Autre nationalité / inconnue	47	23,2%	36	13,9%	2	22,2%

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 5  
**Diagnostic du VIH 2014: proportion de femmes par voie d'infection et par nationalité**

	Hétérosexuels	IDU
Suisse	40,8%	22,0%
Europe	51,0%	0,0%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	66,7%	0,0%
Autre nationalité / inconnue	62,2%	100,0%
Tous les diagnostics de VIH	52,2%	44,4%

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 6

**Diagnostiques du VIH dans la période 2010–2014: statistiques concernant l'âge, par voie d'infection**

Voie d'infection	Hétérosexuels	HSH	IDU
Nombre de déclarations	1000	1050	83
Classe d'âge			
0–14	0,0%	0,0%	0,0%
15–24	7,8%	10,4%	3,6%
25–34	29,1%	33,6%	32,5%
35–44	28,8%	28,2%	32,5%
45–54	21,0%	20,5%	24,1%
55–64	9,0%	5,5%	6,0%
65 ou plus	4,3%	1,7%	1,2%
sans information	0,0%	0,1%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Âge médian par voie d'infection	39,0	36,0	39,0
Âge médian par année			
2010	37,0	37,0	40,0
2011	39,0	37,0	36,0
2012	39,0	36,0	39,5
2013	39,0	36,0	37,5
2014	42,0	35,0	49,0
Âge médian par sexe			
Hommes	41,0	36,0	39,0
Femmes	37,0		37,0
Âge médian par nationalité			
Suisse	47,0	39,0	41,0
Pays européens	42,0	35,0	41,0
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	34,0	34,0	38,0
Autre nationalité / inconnue	37,0	33,0	35,0

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 7

**Diagnostiques du VIH 2014: estimation statistique du nombre d'infections récentes (Inno-Lia-Assay), de primo-infections et de diagnostics tardifs, par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)**

Voie d'infection:	Hétérosexuels						HSH		IDU	
	Suisse		Pays à haute prévalence du VIH		Autres		Nombre <sup>1</sup>	Pourcentage <sup>2</sup>	Nombre <sup>1</sup>	Pourcentage <sup>2</sup>
	Nombre <sup>1</sup>	Pourcentage <sup>2</sup>	Nombre <sup>1</sup>	Pourcentage <sup>2</sup>	Nombre <sup>1</sup>	Pourcentage <sup>2</sup>				
Nombre de diagnostics VIH	83		37		83		259		9	
Infections récentes <sup>3</sup>	40	48,2%	2	5,4%	10	12,0%	120	46,3%	8	88,9%
Primo-infections <sup>3</sup>	17	20,5%	0	0,0%	0	0,0%	75	29,0%	0	0,0%
Diagnostic tardif <sup>4</sup>	11	13,3%	3	8,1%	18	21,7%	20	7,7%	1	11,1%

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> pourcentage calculé sur le nombre de diagnostics VIH dans la colonne précédente à gauche

<sup>3</sup> « infections récentes » et « primo-infections » sont des indicateurs méthodologiquement indépendants pour un stade précoce de l'infection

<sup>4</sup> définition: indication de stade CDC C sur la déclaration complémentaire VIH ou diagnostic du VIH et sida en l'espace de 3 mois

Tableau 8

**Nouveaux diagnostics du VIH en Suisse par voie d'infection, sexe et année du test: estimation statistique du nombre et de la proportion relative au total, du nombre d'infections récentes et anciennes et de la proportion d'infections récentes, 2008-2014**

Année du test	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre total de diagnostics VIH <sup>1</sup>	764	654	604	559	622	576	519
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes							
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>	327	284	277	245	277	231	259
Proportion relative au total	42,8 %	43,4 %	45,9 %	43,8 %	44,5 %	40,1 %	49,9 %
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	187	154	149	117	107	102	120
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	140	130	128	128	170	129	139
Proportion d'infections récentes	57,2 %	54,2 %	53,7 %	47,7 %	38,6 %	44,2 %	46,4 %
Hommes hétérosexuels							
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>	171	148	123	134	138	149	97
Proportion relative au total	22,4 %	22,6 %	20,4 %	24,0 %	22,2 %	25,9 %	18,7 %
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	53	51	24	30	25	26	31
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	118	97	99	104	113	123	66
Proportion d'infections récentes	30,8 %	34,3 %	19,6 %	22,3 %	18,4 %	17,6 %	32,4 %
Femmes hétérosexuelles							
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>	177	155	139	121	131	123	106
Proportion relative au total	23,2 %	23,7 %	23,0 %	21,6 %	21,1 %	21,4 %	20,4 %
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	31	27	8	25	15	6	18
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	146	128	131	96	116	125	88
Proportion d'infections récentes	17,8 %	17,3 %	1,0 %	20,8 %	11,7 %	4,7 %	16,6 %
Hommes s'injectant de la drogue							
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>	30	21	19	19	26	12	5
Proportion relative au total	3,9 %	3,2 %	0,9 %	3,4 %	4,2 %	2,1 %	1,0 %
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	10	7	3	0	3	3	5
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	20	14	16	19	23	9	0
Proportion d'infections récentes	33,1 %	33,1 %	16,6 %	0,0 %	12,2 %	25,8 %	99,3 %
Femmes s'injectant de la drogue							
Nombre de diagnostics <sup>1</sup>	5	10	4	6	4	3	3
Proportion relative au total	0,7 %	1,5 %	0,7 %	1,1 %	0,6 %	0,5 %	0,6 %
Nombre <sup>2</sup> d'infections récentes	3	2	2	3	0	0	3
Nombre <sup>2</sup> d'infections anciennes	2	8	2	3	4	3	0
Proportion d'infections récentes	62,5 %	20,5 %	62,5 %	44,2 %	0,0 %	0,0 %	99,3 %

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> estimation statistique selon l'algorithme du CRN

Tableau 9

**Diagnostic du VIH 2014: lieu présumé de l'infection par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)<sup>1</sup>**

Voie d'infection:	Hétérosexuels						HSH		IDU	
	Suisse		Pays à haute prévalence du VIH		Autres <sup>2</sup>					
Lieu d'infection										
Nombre de diagnostics VIH	83	100,0%	37	100,0%	83	100,0%	259	100,0%	9	100,0%
En Suisse	43	51,6%	6	16,2%	24	28,3%	157	60,5%	5	64,0%
zone urbaine <sup>3</sup>	19	43,4%	0	0,0%	15	64,5%	91	58,3%	3	50,0%
zone rurale <sup>3</sup>	4	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	6,1%	0	0,0%
Sans indication <sup>3</sup>	20	46,6%	6	100,0%	8	35,5%	56	35,7%	3	50,0%
A l'étranger	26	30,9%	22	59,7%	39	47,2%	49	18,9%	2	18,0%
Lieu inconnu	14	17,5%	9	24,1%	20	24,4%	53	20,5%	2	18,0%

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> ou nationalité inconnue

<sup>3</sup> pourcentages relatifs au nombre de diagnostics correspondants en Suisse

Tableau 10  
**Diagnostics du VIH 2014: source d'infection respectivement type de relation avec le partenaire infectieux probable, par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)<sup>1</sup>**

Voie d'infection :	Hétérosexuels						HSH		IDU	
Nationalité :	Suisse		Pays à haute prévalence du VIH		Autres <sup>2</sup>					
Source d'infection										
Nombre de diagnostics VIH	83	100,0%	37	100,0%	83	100,0%	259	100,0%	9	100,0%
Partenaire stable	24	28,9%	9	24,3%	38	45,8%	52	20,1%	0	0,0%
chez les hommes	8	16,3%	1	8,3%	14	40,0%				
chez les femmes	15	44,1%	8	30,8%	25	52,1%				
Partenaire occasionnel	28	33,7%	7	18,9%	10	12,0%	111	42,9%	0	0,0%
chez les hommes	20	40,8%	3	25,0%	4	11,4%				
chez les femmes	8	23,5%	5	19,2%	6	12,5%				
Partenaire anonyme	11	13,3%	3	8,1%	12	14,5%	49	18,9%	0	0,0%
Échange de seringues	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	66,7%
Sans indication	20	24,1%	18	48,6%	23	27,7%	47	18,1%	3	33,3%

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> ou nationalité inconnue

Tableau 11  
**Diagnostic du VIH 2014: nombre de partenaires sexuels dans les deux derniers ans, par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)<sup>1</sup>**

Voie d'infection :	Hétérosexuels						HSH		IDU	
Nationalité :	Suisse		Pays à haute prévalence du VIH		Autres <sup>2</sup>					
Nombre de partenaires sexuels										
Nombre de diagnostics VIH	83	100,0%	37	100,0%	83	100,0%	259	100,0 %	9	100,0%
0	10	12,3%	9	24,1%	10	12,3%	16	6,3%	1	16,0%
1	33	40,1%	15	40,1%	33	39,5%	38	14,8%	1	15,2%
2-5	13	15,2%	2	4,2%	6	6,8%	75	29,0%	0	0,0%
>5	3	3,5%	0	0,0%	3	3,7%	55	21,1%	0	0,0%
Sans indication	24	28,9%	11	31,6%	31	37,7%	75	28,9%	7	68,8%

<sup>1</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>2</sup> ou nationalité inconnue

Tableau 12  
**Diagnostics du VIH 2014: nombre et proportion (en %) de partenaires avec mention des catégories suivantes: consommateur de drogue, travailleur/-euse du sexe et partenaire issu d'un pays à haute prévalence du VIH, par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)<sup>1,2,3</sup>**

Voie d'infection :	Hétérosexuels						HSH		IDU	
Nationalité :	Suisse		Pays à haute prévalence du VIH		Autres <sup>3</sup>					
Catégorie de partenaire										
Nombre de diagnostics VIH	83	100,0%	37	100,0%	83	100,0%	259	100,0%	9	100,0%
Partenaire consommateur de drogue	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	7	2,7%	1	11,1%
Travailleurs/-euses du sexe	10	12,0%	0	0,0%	10	12,0%	12	4,6%	0	0,0%
Partenaire issu d'un pays à haute prévalence du VIH	16	19,3%	13	35,1%	17	20,5%	15	5,8%	0	0,0%

<sup>1</sup> plusieurs réponses possibles

<sup>2</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

<sup>3</sup> ou nationalité inconnue

Tableau 13

**Diagnostics du VIH 2014: nombre et proportion (en %) de personnes avec une anamnèse d'infection sexuellement transmissible (IST) positive dans les deux ans précédant le diagnostic du VIH, par voie d'infection<sup>1,2</sup>**

	Hétérosexuels		HSH		IDU	
	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)
Nombre de diagnostics VIH	203		259		9	
Syphilis	14	7,0%	45	17,4%	0	0,0%
Gonorrhée	1	0,7%	23	8,9%	0	0,0%
Chlamydieuse	1	0,7%	22	8,4%	0	0,0%
Au moins une de trois IST	16	7,7%	67	25,8%	0	0,0%

<sup>1</sup> plusieurs réponses possibles

<sup>2</sup> extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire

## Tableaux (Sida)

Tableau 14

**Déclarations de sida des médecins par année de déclaration, voie d'infection et sexe**

Voie d'infection	Sexe	Année de déclaration						Total
		<2010	2010	2011	2012	2013	2014	
Hétérosexuels	masculin	1226	42	51	26	38	23	1406
	féminin	1071	42	40	25	27	13	1218
HSH	masculin	3054	59	48	32	41	35	3269
IDU	masculin	2180	15	17	5	4	3	2224
	féminin	1055	6	2	4	4	2	1073
Transfusion	masculin	88	0	1	0	0	0	89
	féminin	50	2	0	0	0	0	52
Mère-enfant	masculin	49	2	0	1	1	0	53
	féminin	54	2	0	0	0	0	56
Autres	masculin	141	7	3	2	8	8	169
	féminin	58	3	2	4	3	5	75
Total	masculin	6738	125	120	66	92	69	7210
	féminin	2288	55	44	33	34	20	2474
		9026	180	164	99	126	89	9684

Tableau 15

**Nouveaux cas de sida par année de diagnostic et voie d'infection (corrigés en raison de retards de déclaration)**

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic						Total
		<2010	2010	2011	2012	2013	2014	
Hétérosexuels	masculin	1257	49	37	30	34	13	1420
	féminin	1097	38	35	25	27	10	1232
HSH	masculin	3093	62	34	35	35	31	3290
IDU	masculin	2192	9	14	3	4	3	2225
	féminin	1062	2	3	3	3	0	1073
Autres	masculin	289	4	6	3	6	9	317
	féminin	168	4	2	3	4	6	187
Total		9158	168	131	102	113	72	9744
dont déjà déclarés:		9158	163	127	94	95	47	9684

## Tableaux (Syphilis)

Tableau 16

**Cas de syphilis en Suisse: classification de cas par année, avec la proportion de femmes et la proportion selon la voie d'infection parmi les cas confirmés**

Année de déclaration	2010	2011	2012	2013	2014
Total de cas déclarés	988	1022	1089	1074	1059
I. Laboratoire sans complémentaire	95	64	73	69	130
II. Complémentaire sans laboratoire	39	48	25	21	25
III. Laboratoire et complémentaire	854	910	991	984	904
– cas non classifiables	343	359	321	358	288
– cas rejetés	34	44	81	33	56
– cas confirmés	477	507	589	593	560
Proportion de femmes <sup>1</sup>	14,1%	12,0%	11,2%	9,8%	10,4%
Distribution selon la voie d'infection					
Proportion d'hétérosexuels	32,9%	21,7%	24,6%	18,6%	18,4%
Proportion d'HSH	51,8%	58,8%	57,2%	57,7%	53,8%
Proportion « inconnue »	15,3%	19,5%	18,2%	23,8%	27,9%

<sup>1</sup> parmi les cas avec l'indication du sexe

Tableau 17

**Cas confirmés de syphilis en Suisse: nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Nombre de cas		Incidence / 100 000	
	2013	2014	2013	2014
Suisse	593	560	7,3	6,8
Berne	27	32	2,7	3,2
Bâle-Ville	18	30	9,5	15,8
Genève	85	78	18,1	16,5
Vaud	91	53	12,1	7,0
Zurich	185	200	13,0	13,9
Plateau suisse	47	65	4,0	5,5
Suisse orientale	32	26	3,6	2,9
Suisse romande	38	22	4,4	2,5
Tessin / Grison	31	25	5,7	4,6
Suisse centrale	39	29	4,8	3,5
Canton inconnu	0	0		

<sup>1</sup> Définitions:

Plateau suisse: AG, BL, SO

Suisse orientale: AI, AR, SG, SH, TG

Suisse romande: FR, JU, NE, VS

Suisse centrale: GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

<sup>2</sup> les déclarations des personnes avec domicile à l'étranger sont exclues

Tableau 18

**Cas confirmés de syphilis en Suisse 2014: proportion (%) selon la voie d'infection par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Hétérosexuels	HSH	inconnu
Suisse	18,4%	53,8%	27,9%
Berne	15,6%	50,0%	34,4%
Bâle-Ville	10,0%	70,0%	20,0%
Genève	20,5%	47,4%	32,1%
Vaud	13,2%	60,4%	26,4%
Zurich	13,5%	64,0%	22,5%
Plateau suisse	33,8%	36,9%	29,2%
Suisse orientale	19,2%	38,5%	42,3%
Suisse romande	22,7%	40,9%	36,4%
Tessin / Grison	28,0%	40,0%	32,0%
Suisse centrale	20,7%	48,3%	31,0%

<sup>1,2</sup> Définitions et note cf. tableau 17

Tableau 19  
**Cas confirmés de syphilis en Suisse 2014 par nationalité et voie d'infection**

	Hétérosexuels		HSH	
	N	%	N	%
Total de cas	103	100,0%	301	100,0%
Suisse	63	61,2%	189	62,8%
Europe	15	14,6%	62	20,6%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	6	5,8%	2	0,7%
Autre nationalité / inconnue	19	18,4%	48	15,9%

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 20  
**Cas confirmés de syphilis 2014: proportion de femmes chez les personnes hétérosexuelles, par nationalité**

	Hétérosexuels
Suisse	11,1%
Europe	13,3%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	50,0%
Autre nationalité / inconnue	42,1%
Tous les cas confirmés de syphilis	19,4%

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 21  
**Cas confirmés de syphilis dans la période 2010–2014: statistiques concernant l'âge, par voie d'infection**

	Hétérosexuels	HSH
Nombre de cas	623	1525
Classe d'âge		
0–14	0,2%	0,0%
15–24	9,8%	8,2%
25–34	23,1%	27,3%
35–44	24,7%	33,0%
45–54	21,3%	23,4%
55–64	13,0%	5,7%
65 ou plus	7,9%	2,3%
Sans information	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%
Âge médian par voie d'infection	41,0	39,0
Âge médian par année		
2010	43,0	38,0
2011	41,0	39,0
2012	41,0	39,0
2013	39,0	39,0
2014	43,0	40,0
Âge médian par sexe		
Hommes	43,0	39,0
Femmes	38,0	
Âge médian par nationalité		
Suisse	46,0	41,0
Pays européens	39,0	38,0
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	38,5	37,0
Autre nationalité / inconnue	37,0	36,0

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 22  
**Cas confirmés de syphilis 2014 par stade clinique et voie d'infection**

	Hétérosexuels		HSH	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Nombre de cas confirmés	103	100,0%	301	100,0%
primaire	52	50,5%	134	44,5%
secondaire	21	20,4%	89	29,6%
latente précoce (< 1 an)	5	4,9%	32	10,6%
latente tardive (≥ 1 an)	10	9,7%	13	4,3%
latente de durée indéterminée	13	12,6%	21	7,0%
tertiaire	2	1,9%	4	1,3%
inconnu / sans information	0	0,0%	8	2,7%

Tableau 23  
**Cas confirmés de syphilis 2014: lieu présumé de l'infection par voie d'infection et nationalité**

Voie d'infection:	Hétérosexuels				HSH			
	Suisse		Étranger <sup>1</sup>		Suisse		Étranger <sup>1</sup>	
Nationalité:								
Nombre de cas	63	100,0%	40	100,0%	189	100,0%	112	100,0%
Lieu d'infection								
Suisse	37	58,7%	12	30,0%	115	60,8%	57	50,9%
Étranger	8	12,7%	12	30,0%	26	13,8%	15	13,4%
Inconnu	18	28,6%	16	40,0%	48	25,4%	40	35,7%

<sup>1</sup> ou nationalité inconnue

Tableau 24  
**Cas confirmés de syphilis 2014 : type de relation avec le partenaire infectieux probable, par voie d'infection<sup>1</sup>**

	Hétérosexuels		HSH	
	Nombre de cas	Proportion (%)	Nombre de cas	Proportion (%)
Partenaire stable	29	28,2%	63	20,9%
chez les hommes	16	19,3%		
chez les femmes	13	65,0%		
Partenaire occasionnel	39	37,9%	167	55,5%
chez les hommes	36	43,4%		
chez les femmes	3	15,0%		
Travailleur/-euse du sexe	10	9,7%	1	0,3%
Client	1	1,0%	0	0,0%
Sans information	24	23,3%	70	23,3%

<sup>1</sup> seulement les cas avec l'indication du sexe

Tableau 25  
**Cas confirmés de syphilis 2014 : nombre et proportion (en %) de cas avec un diagnostic précédent d'une infection sexuellement transmissible (IST), par voie d'infection**

	Hétérosexuels		HSH	
	Nombre de cas	Proportion (%)	Nombre de cas	Proportion (%)
Avec antécédents d'IST	11	10,7%	112	37,2%
Sans antécédents d'IST	55	53,4%	109	36,2%
Sans information	37	35,9%	80	26,6%

Tableau 26  
**Cas de gonorrhée en Suisse : classification de cas par année, avec la proportion de femmes et la proportion selon la voie d'infection parmi les cas confirmés**

Année de déclaration	2010	2011	2012	2013	2014
Total de cas déclarés	1222	1406	1552	1693	1590
– Cas non classifiables	53	61	35	70	39
– Cas rejetés	3	2	6	7	7
– Cas confirmés	1166	1343	1511	1616	1544
Proportion de femmes <sup>1</sup>	19,8%	21,0%	22,2%	23,9%	18,8%
Distribution selon la voie d'infection					
Proportion hétérosexuelle	57,4%	59,1%	55,5%	52,9%	43,9%
Proportion HSH	20,0%	19,5%	23,1%	24,5%	27,7%
Proportion « inconnue »	22,6%	21,4%	21,4%	22,7%	28,4%

<sup>1</sup> parmi les cas avec l'indication du sexe

## Tableaux (Gonorrhée)

Tabelle 27

**Cas confirmés de gonorrhée en Suisse: nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Nombre de diagnostics		Incidence / 100 000	
	2013	2014	2013	2014
Suisse	1616	1544	19,9	18,8
Berne	104	122	10,4	12,1
Bâle-Ville	55	61	29,0	32,1
Genève	210	138	44,7	29,2
Vaud	205	175	27,4	23,0
Zurich	477	431	33,5	29,8
Plateau suisse	159	185	13,5	15,6
Suisse orientale	95	94	10,6	10,3
Suisse romande	89	94	10,2	10,6
Tessin / Grison	66	81	12,2	14,9
Suisse centrale	156	163	19,2	19,8
Canton inconnu	0	0		

<sup>1</sup> Définitions:

Plateau suisse: AG, BL, SO

Suisse orientale: AI, AR, SG, SH, TG

Suisse romande: FR, JU, NE, VS

Suisse centrale: GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

<sup>2</sup> les déclarations des personnes avec domicile à l'étranger sont exclues

Tableau 28

**Cas confirmés de gonorrhée en Suisse 2014: proportion (en %) selon la voie d'infection par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Hétérosexuels	HSH	inconnu
Suisse	43,8%	27,7%	28,4%
Berne	41,0%	34,4%	24,6%
Bâle-Ville	39,3%	31,1%	29,5%
Genève	42,8%	27,5%	29,7%
Vaud	44,0%	38,9%	17,1%
Zurich	34,3%	32,5%	33,2%
Plateau suisse	57,3%	21,1%	21,6%
Suisse orientale	58,5%	10,6%	30,9%
Suisse romande	38,3%	25,5%	36,2%
Tessin / Grison	50,6%	23,5%	25,9%
Suisse centrale	49,7%	17,8%	32,5%

<sup>1,2</sup> Définitions et note cf. tableau 27

Tableau 29

**Cas confirmés de gonorrhée 2014 par nationalité et voie d'infection**

	Hétérosexuels		HSH	
Total de cas	677	100,0%	428	100,0%
Suisse	424	62,6%	309	72,2%
Europe	118	17,4%	50	11,7%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	12	1,8%	3	0,7%
Autre nationalité / inconnue	123	18,2%	66	15,4%

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 30  
**Cas confirmés de gonorrhée 2014 : proportion de femmes chez les personnes hétérosexuelles, par nationalité**

	Hétérosexuels
Suisse	30,4%
Europe	33,1%
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	25,0%
Autre nationalité / inconnue	24,4%
Tous les cas confirmés de gonorrhée	29,7%

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 31  
**Cas confirmés de gonorrhée dans la période 2010–2014: statistiques concernant l'âge, par voie d'infection**

	Hétérosexuels	HSH
Nombre de cas	3829	1668
Classe d'âge		
0–14	0,0%	0,0%
15–24	29,7%	16,4%
25–34	31,9%	35,9%
35–44	17,3%	27,6%
45–54	13,0%	16,7%
55–64	6,3%	2,9%
65 ou plus	1,6%	0,5%
Sans information	0,1%	0,0%
Total	100,0%	100,0%
Âge médian par voie d'infection	30,0	34,0
Âge médian par année		
2010	30,0	34,0
2011	30,0	34,0
2012	31,0	35,0
2013	30,0	34,0
2014	29,0	33,0
Âge médian par sexe		
Hommes	32,0	34,0
Femmes	26,0	
Âge médian par nationalité		
Suisse	31,0	35,0
Pays européens	30,0	33,0
Pays à haute prévalence du VIH <sup>1</sup>	28,0	37,5
Autre nationalité / inconnue	29,0	32,0

<sup>1</sup> principalement la région subsaharienne

Tableau 32  
**Cas confirmés de gonorrhée 2014: lieu présumé de l'infection par voie d'infection et nationalité**

Voie d'infection: Nationalité:	Hétérosexuels				HSH			
	Suisse		Étranger <sup>1</sup>		Suisse		Étranger <sup>1</sup>	
Nombre de cas	424	100,0%	253	100,0%	309	100,0%	119	100,0%
Lieu d'infection								
Suisse	291	68,6%	151	59,7%	199	64,4%	75	63,0%
Étranger	58	13,7%	45	17,8%	27	8,7%	15	12,6%
Inconnu	75	17,7%	57	22,5%	83	26,9%	29	24,4%

<sup>1</sup> ou nationalité inconnue

Tableau 33  
**Cas confirmés de gonorrhée 2014: type de relation avec le partenaire infectieux probable, par voie d'infection<sup>1</sup>**

	Hétérosexuels		HSH	
	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)
Nombre de cas	677	100,0%	428	100,0%
Partenaire stable	234	34,6%	91	21,3%
chez les hommes	112	23,5%		
chez les femmes	122	60,7%		
Partenaire occasionnel	305	45,1%	234	54,7%
chez les hommes	246	51,7%		
chez les femmes	59	29,4%		
Travailleur/-euse du sexe	69	10,2%	4	0,9%
Client	4	0,6%	0	0,0%
Sans information	65	9,6%	99	23,1%

<sup>1</sup> seulement les cas avec l'indication du sexe

Tableau 34  
**Cas confirmés de gonorrhée 2014 : nombre et proportion (%) de cas avec un diagnostic précédent d'une infection sexuellement transmissible (IST), par voie d'infection**

	Hétérosexuels		HSH	
	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)
Nombre de cas	677	100,0%	428	100,0%
Avec antécédents d'IST	76	11,2%	168	39,3%
Sans antécédents d'IST	353	52,1%	132	30,8%
Sans information	248	36,6%	128	29,9%

Tableau 35  
**Cas de chlamydirose en Suisse: classification de cas par année et proportion de femmes parmi les cas confirmés**

Année de déclaration	2010	2011	2012	2013	2014
Total de cas déclarés	6727	7300	8186	8607	9681
Dont cas confirmés	6612	7300	8184	8607	9680
Proportion de femmes <sup>1</sup>	72,0%	70,6%	69,9%	68,9%	68,3%

<sup>1</sup> parmi les cas avec l'indication du sexe

## Tableaux (Chlamydirose)

Tableau 36  
**Cas confirmés de chlamydie en Suisse : nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région<sup>1,2</sup>**

	Nombre de diagnostics		Incidence / 100 000	
	2013	2014	2013	2014
Suisse	8607	9680	105,7	117,7
Berne	792	870	79,1	86,3
Bâle-Ville	303	324	160,0	170,6
Genève	907	930	193,2	196,5
Vaud	912	1166	121,7	153,2
Zurich	1900	2202	133,3	152,5
Plateau suisse	1146	1251	97,4	105,2
Suisse orientale	778	782	86,4	86,0
Suisse romande	837	834	95,9	94,2
Tessin / Grison	377	592	69,6	108,6
Suisse centrale	651	724	80,0	88,0
Canton inconnu	4	5		

<sup>1</sup> Définitions :

Plateau suisse : AG, BL, SO

Suisse orientale : AI, AR, SG, SH, TG

Suisse romande : FR, JU, NE, VS

Suisse centrale : GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

<sup>2</sup> les déclarations des personnes avec domicile à l'étranger sont exclues

Tableau 37  
**Cas confirmés de chlamydie en Suisse 2014 : proportion de cas par sexe (en %) par canton/région<sup>1,2</sup>**

	féminin	masculin	inconnu
Suisse	67,9%	31,5%	0,6%
Berne	71,5%	28,0%	0,5%
Bâle-Ville	70,1%	29,9%	0,0%
Genève	69,9%	29,8%	0,3%
Vaud	64,4%	33,8%	1,8%
Zurich	61,5%	37,8%	0,6%
Plateau suisse	73,6%	26,2%	0,2%
Suisse orientale	64,3%	34,8%	0,9%
Suisse romande	74,2%	25,1%	0,7%
Tessin / Grison	69,6%	30,1%	0,3%
Suisse centrale	70,4%	29,1%	0,4%

<sup>1,2</sup> Définitions et note cf. tableau 36

Tableau 38  
**Cas confirmés de chlamydirose dans la période 2010–2014: statistiques concernant l'âge, par sexe**

	Femmes	Hommes
Nombre de cas	27941	12114
Classe d'âge		
0–14	0,6%	0,6%
15–24	54,0%	28,2%
25–34	33,0%	38,0%
35–44	8,7%	18,9%
45–54	2,3%	10,1%
55–64	0,6%	2,9%
65 ou plus	0,3%	0,8%
Sans information	0,6%	0,5%
Total	100,0%	100,0%
Âge médian par sexe	24,0	29,0
Âge médian par année		
2010	24,0	30,0
2011	24,0	29,0
2012	24,0	29,0
2013	24,0	29,0
2014	24,0	29,0

Maladies transmissibles : Directive de l'Office fédéral de la santé publique concernant le dépistage du VIH chez l'adulte dans les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les services d'urgences et les hôpitaux

## Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins

**P**rovider-initiated counselling and testing (PICT) désigne les situations dans lesquelles le prestataire de services (médecins, corps médical) prend l'initiative de prodiguer des conseils et de proposer, le cas échéant, un dépistage du VIH, lorsqu'il existe une probabilité d'infection par le virus en question. C'est le cas, d'une part, pour certaines pathologies (maladies indicatrices d'une infection à VIH) et, d'autre part, en présence de certains groupes de population, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (indication épidémiologique). A l'instar de 2013, la directive actualisée vise trois objectifs. Elle doit permettre au médecin :

1. de diagnostiquer à temps une primo-infection à VIH,
2. de penser à une infection VIH avancée face à des symptômes ou à un tableau clinique inexplicables et
3. de mener un entretien de conseil préventif, ainsi que de proposer un dépistage du VIH s'il suspecte des comportements sexuels à risque.

L'infection à VIH est souvent diagnostiquée trop tardivement. En présence de certaines pathologies, l'infection à VIH n'est pas évoquée comme cause potentielle ou maladie annexe : tableaux cliniques évoquant une mononucléose, les infections sexuellement transmissibles, leucopénie / thrombopénie et lymphadénopathie inexplicables, tuberculose, affections neurologiques, etc.

Dans ces situations, comme chez les femmes enceintes et les donneurs d'organes, le fait de ne pas conseiller ou de ne pas proposer de test VIH est une erreur. Le but que poursuit l'OFSP en édictant la présente directive est de préciser quand, pour quels sujets et à quel degré d'urgence un dépistage VIH est médicalement indiqué. On distingue à cet égard si le test VIH est :

- a) expressément recommandé ;
- b) recommandé ;
- c) proposé au patient.

Afin de faciliter l'obtention d'un consentement éclairé, le médecin peut se référer à la présente directive de l'OFSP. Celle-ci s'inspire pour une large part de la publication « HIV in Europe », adaptée pour la Suisse et approuvée par la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS).

L'OFSP l'a mise en vigueur en la publiant dans son bulletin, ainsi que dans le Bulletin des médecins suisses.

### Pourquoi a-t-on besoin d'une directive de l'OFSP concernant le dépistage du VIH ?

En Suisse, 30 % des infections à VIH sont diagnostiquées à un stade avancé de déficience immunitaire ( $CD4 < 200/\mu l$ ) et 45 % à un stade où un traitement antiviral serait déjà clairement indiqué ( $CD4 < 350/\mu l$ ) [1,2].

Le diagnostic tardif du VIH présente plusieurs risques : augmentation de la morbidité, de la mortalité, des coûts pour le système de santé, un taux plus élevé de transmission, et une moins bonne réaction au traitement. Le diagnostic précoce d'une infection à VIH apporte de ce fait de nombreux avantages en termes de prévention secondaire. C'est pourquoi la détection précoce doit constituer, outre la prévention primaire, une stratégie centrale de la santé publique. Le diagnostic précoce de VIH nécessite des approches novatrices permettant d'améliorer les offres de tests à l'intention des groupes qui présentent un risque élevé d'infection à VIH.

C'est dans ce contexte que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'ancienne commission Clinique et thérapie (CCT) ont publié, en mai 2007, des recommandations, régulièrement actualisées depuis, destinées à augmenter le nombre d'entretiens-conseils et de dépistages du VIH initiés par les médecins (provider-initiated counselling and testing (PICT)). PICT signifie la réalisation à titre volontaire d'entretiens-conseils et de tests VIH sur l'initiative du médecin lorsqu'il estime qu'un test VIH est indiqué. Dans les situations où le tableau clinique et/ou les résultats du laboratoire font supposer qu'une infection à VIH pourrait être la cause de la pathologie ou constituer une maladie associée, le médecin doit informer le patient de la nécessité de réaliser un dépistage du VIH. Cette démarche, qui permet de confirmer ou surtout d'exclure une infection à VIH, fait partie d'un examen médical rationnel. Elle s'applique également si les informations à disposition semblent indiquer un risque accru d'exposition au VIH.

Une mise à jour des recommandations a été publiée dans le bulletin de l'OFSP 47/2013, sous le titre « Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins » [3]. Celle-ci s'appuie fortement sur la publication « HIV in Europe ».

Cette publication a été rédigée par un comité comprenant des représentants de diverses associations de cliniciens européens et comporte des contributions provenant du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [4] et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Du point de vue scientifique, elle se fonde essentiellement sur l'étude HIDES (HIV Indicator Diseases Across Europe Study – étude européenne des maladies indicatrices du VIH) dont la méthode documente les maladies indicatrices dans lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est supérieure à 0,5 % [5,6].

La directive européenne a été adaptée pour la Suisse et approuvée par la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS, anciennement Commission fédérale pour les problèmes liés au sida, CFPS). L'OFSP l'a mise en vigueur en la publiant dans son bulletin, ainsi que dans le Bulletin des médecins suisses.

La directive actualisée renvoie également au Concept suisse de test VIH, toujours en vigueur, qui décrit la procédure de test de dépistage des enfants de mère séropositive.

La directive est valable pour tous les médecins (ou autre personnel médical mandaté par ceux-ci) en Suisse, aussi bien pour ceux qui exercent en cabinet que pour ceux qui sont employés par un hôpital, un service de soins ambulatoires ou un service d'urgences, et quelle que soit leur spécialité. Le seul élément déterminant est la symptomatologie ou le tableau clinique. ■

## But de la directive

Le dépistage du VIH sur l'initiative des médecins doit être envisagé systématiquement pour toutes les maladies indicatrices du VIH. Il doit aussi tenir compte de la différence de prévalence des infections à VIH en fonction des groupes de population lors du conseil au patient.

### Les maladies indicatrices du VIH peuvent être subdivisées en quatre catégories :

1. symptômes de **primo-infection à VIH** (tableau 1) ;
- 2a. **maladies indicatrices du sida** (tableau 2a) ;
- 2b. maladies liées à une prévalence d'infections à VIH non diagnostiquées > 0,5% (tableau 2b) ;
- 2c. maladies pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient (tableau 2c).

L'infection à VIH est particulièrement contagieuse durant et immédiatement après la **primo-infection** [7]. Ce n'est que lorsque celle-ci est reconnue que la personne concernée peut être conseillée sur la façon de protéger ses partenaires d'une infection. Les bénéfices possibles d'un changement de comportement (protection contre le VIH) sont donc maximaux durant cette phase ; plus le diagnostic est posé tardivement, plus ils sont limités.

Un traitement antirétroviral (TAR) peut être indiqué durant la phase de primo-infection. Cette procédure fait actuellement l'objet de travaux de recherche [8-13]. Les conditions doivent en être discutées avec le spécialiste VIH. Aussi longtemps que l'efficacité d'un traitement immédiat de la primo-infection ne sera pas prouvée scientifiquement, le médecin ne pourra administrer ce traitement qu'en incluant le patient dans une étude (Swiss HIV Cohort Study, SHCS, par exemple).

Des études randomisées contrôlées sur les conséquences de l'absence ou de l'administration tardive d'un traitement chez les personnes présentant une **maladie indicatrice du sida** ont apporté des preuves suffisantes. Ne pas recommander de test VIH dans ces circonstances constituerait une mauvaise pratique clinique.

En outre, il existe des maladies, pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient. **L'exclusion d'une infection à VIH est impérative notamment avant l'administration de médicaments immunosuppresseurs.**

Enfin, le test devrait être proposé au moins une fois par année à toute personne appartenant à un **groupe présentant une prévalence élevée d'infection à VIH** (indication épidémiologique). Tant qu'il n'est pas anonyme, le test sur ces personnes est pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire même si celles-ci ne présentent pas les maladies indicatrices susmentionnées.

### Recommandations

1. **Recommander expressément** de faire **immédiatement** un test VIH à toute personne présentant des symptômes d'une primo-infection selon le tableau 1.
2. **Recommander expressément** de faire un test VIH à toute personne (sans test VIH positif préalable dans son dossier) présentant une maladie potentiellement indicatrice du VIH figurant dans le tableau 2a.

3. **Recommander** de faire un test VIH à toute personne présentant l'une des maladies pour lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est > 0,5% et figurant dans le tableau 2b.
4. Dans le cas des maladies figurant dans le tableau 2c, pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée aurait des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient, **proposer** un test, afin d'éviter tout autre immunosuppression pouvant avoir des effets secondaires graves et d'optimiser la réponse potentielle au traitement de la maladie indicatrice.
5. Les médecins de famille et les spécialistes proposent également à leurs patients un entretien-conseil et un test VIH, lorsqu'ils présument un risque accru d'exposition au VIH (cf. tableau 3). Après avoir minutieusement retracé l'historique de ses rapports sexuels et obtenu un conseil approfondi, le patient informé approuve explicitement le dépistage du VIH et les autres tests nécessaires; autrement dit, aucun test n'est réalisé sans son consentement.
6. Consentement éclairé: dans toutes les situations décrites ci-dessus (et de manière générale dans la pratique médicale), l'information et le consentement du patient sont indispensables pour le test du VIH. La personne consultant pour des symptômes/douleurs fait une demande générale de diagnostic, il

Tableau 1:

#### Symptômes de primo-infection à VIH – Recommander le test expressément et immédiatement en présence d'au moins deux des symptômes suivants

- fièvre
- (suspicion de) méningite aseptique
- pathologie évoquant une mononucléose
- lymphadénopathie disséminée
- pharyngite érythémateuse
- éruption cutanée
- lymphocytes réactifs

Tableau 2a:  
**Maladies potentiellement indicatrices du sida (les plus fréquentes) – Recommander expressément le test**

<b>Tumeurs:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer du col de l’utérus</li> <li>• Lymphome non hodgkinien</li> <li>• Sarcome de Kaposi</li> </ul>
<b>Infections bactériennes:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycobacterium tuberculosis, pulmonaire ou extra-pulmonaire</li> <li>• Complexe Mycobacterium avium (MAC) ou Mycobacterium kansasii, disséminé ou extra-pulmonaire</li> <li>• Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, disséminées ou extra-pulmonaires</li> <li>• Pneumopathie récidivante ≥2/ an</li> <li>• Septicémie à Salmonella chez une personne de &lt; 60 ans</li> </ul>
<b>Infections virales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétinite à cytomégalovirus</li> <li>• Herpès simplex, ulcère(s) &gt; 1 mois / bronchite / pneumopathie</li> <li>• Leucoencéphalopathie multifocale progressive</li> </ul>
<b>Infections parasitaires:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmose cérébrale</li> <li>• Pneumonie à Pneumocystis jiroveci</li> <li>• Diarrhée associée à la cryptosporidiose, &gt; 1 mois</li> <li>• Isosporidiose, &gt; 1 mois</li> <li>• Leishmaniose disséminée</li> <li>• Mycoses</li> <li>• Candidose de l’œsophage</li> <li>• Candidose bronchique / trachéale / pulmonaire</li> <li>• Cryptococcose extra-pulmonaire</li> </ul>

suffit alors de lui dire que, dans sa situation, le dépistage du VIH est « expressément recommandé », « recommandé » ou « proposé » par la directive de l’OFSP. Le refus d’un patient de se soumettre à un test VIH doit être expressément mentionné dans le dossier médical. Dans les rares cas où un patient n’est pas informé, l’exception sera également mentionnée dans le dossier médical. Comme exceptions pourront être envisagées des situations dans lesquelles le médecin part du principe que la discussion au sujet d’une infection à VIH serait défavorable au patient dans des circonstances données ou que l’accord du patient ne peut pas être obtenu dans le délai escompté.

7. Le contenu de cette directive décrit la « bonne pratique clinique » du médecin. Le non-respect de la directive peut constituer une violation du devoir de diligence et conduire à une mise en cause

Tableau 2b:  
**Autres maladies pour lesquelles la prévalence des infections à VIH non diagnostiquées est probablement > 0,5% – Recommander le test**

• Leucoplasie orale chevelue de la langue	• Dermatite / exanthème séborrhéique
• Infections sexuellement transmissibles	• Maladie à pneumocoques invasive
• Hépatite B ou C (aiguë ou chronique)	• Candidémie
• Lymphadénopathie inexplicée	• Leishmaniose viscérale
• Leucocytopénie / thrombocytopénie inexplicée, persistant > 4 semaines	• Psoriasis grave ou atypique
• Neuropathie périphérique d’origine inconnue	• Syndrome de Guillain-Barré
• Lymphome malin	• Mononévrite
• Carcinome pulmonaire	• Démence sous-corticale
• Carcinome anal / dysplasie	• Maladie de type sclérose en plaques
• Dysplasie cervicale	• Perte de poids inexplicée
• Zona chez une personne de < 50 ans	• Candidose orale inexplicée
	• Diarrhée chronique inexplicée
	• Atteinte rénale chronique inexplicée

de la responsabilité juridique du médecin. Ainsi ne pas proposer un test VIH dans les situations indiquées ci-dessus – comme par exemple chez les femmes enceintes ou dans le contexte de dons d'organe – est une erreur.

8. A noter que d'autres tests sont à utiliser pour le dépistage du VIH chez les enfants de mère séropositive (cf. Concept suisse de test VIH). ■

**Contact**

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

**Bibliographie**

1. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9:397–405.
2. Buetikofer S, Wandeler G, Kouyos R, Weber R, Ledergerber B, and the Swiss HIV Cohort Study. Prevalence and risk factors of late presentation for HIV diagnosis and care in a tertiary referral centre in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2014; 144:w13961
3. Bundesamt für Gesundheit. HIV-Test und Beratung auf Initiative des Arztes, der Ärztin. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 2013; 47: 1–2.
4. WHO/UNAIDS. Guidance on provider initiated HIV testing and counselling in health facilities. 30. May 2007.
5. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, et al. (2013) Feasibility and Effectiveness of Indicator Condition-Guided Testing for HIV: Results from HIDES I (HIV Indicator Diseases across Europe Study). *PLoS ONE* 8(1): e52845
6. Kutsyna G on behalf of the HIDES Study Group. Which Conditions are Indicators for HIV testing across Europe? Results from the HIDES II Study. *HepHIV* 2014, Barcelona
7. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Inf Dis* 2007; 195, 951–959.
8. Pantazis N, Touloumi G, Vanhems P, et al. (CASCADE collaboration). The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS* 2008; 22: 2441–2450.
9. Seng R, Goujard C, Desquilbet L, et al. (ANRS PRIMO and SEROCO Study Groups). Rapid CD4+ Cell Decrease after Transient cART Initiated During Primary HIV Infection (ANRS PRIMO and SEROCO Cohorts). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 49: 251–258.
10. Hecht FM, Wang L, Collier A, et al. A multicenter observational study

Tableau 2c:

**Maladies pour lesquelles la présence d'une infection à VIH non diagnostiquée peut avoir des répercussions particulièrement graves sur la prise en charge clinique du patient – Proposer un test**

- *Maladies exigeant un traitement immunosuppresseur agressif*
  - Cancer
  - Greffe
- *Maladie auto-immune traitée par des immunosuppresseurs*
  - Lésion cérébrale primaire envahissante
  - Purpura idiopathique / thrombotique thrombocytopénique

Tableau 3:

**Indication épidémiologique – Proposer un test**

- Le patient appartient à un groupe présentant une prévalence élevée : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes s'injectant des drogues par voie intraveineuse, personnes issues d'un pays à forte prévalence de VIH (Afrique subsaharienne).
- Le patient évoque un comportement sexuel à risque avec une personne connue comme étant séropositive ou dans un entourage à forte prévalence de VIH.

of the potential benefits of initiating combination antiretroviral therapy during acute HIV infection. *J Inf Dis* 2006; 194:725–33.

11. Steingrover R, Jurriaans S, Grijzen M et al. Transient HAART during PHI prolongs total time of HAART in patients presenting with PHI: Data from the Dutch Primo SHM Cohort. 16th Conference on Retroviruses and opportunistic infections, Montreal February 8–11, 2009, Abstract 70bLB.
12. Fidler S, Fox J, Touloumi G, Pantazis N, et al. Slower CD4 cell decline following cessation of a 3 month course of HAART in primary HIV infection: findings from an observational cohort. *AIDS.* 2007 Jun 19; 21(10):1283–91.
13. Vernazza P. Le début du traitement – un sujet brûlant. *Swiss Aids News* 2015;1: 14–16

# Diagnostic et traitement de la syphilis : recommandations actualisées

## QUINTESENCE

- Après une infection par *Treponema pallidum*, la sérologie peut être négative au début ; elle doit alors être répétée 2 à 4 semaines plus tard.
- En cas de soupçon d'une syphilis primaire, il faut demander une recherche des IgM spécifiques (EIA). Ce test est parfois positif avant le RPR/VDRL durant la phase précoce de la syphilis primaire.
- Dans les situations cliniques douteuses (herpès génital ou ulcérations anales/orales), il peut être indiqué de pratiquer un prélèvement au niveau d'une lésion, de façon à pouvoir mettre en évidence une infection par *Treponema pallidum* par une PCR.
- Les manifestations atypiques sont plus fréquentes qu'auparavant – p. ex. une lésion constituée d'ulcérations multiples d'une syphilis primaire ou la perte subite d'audition ou de vision comme symptôme principal d'une syphilis secondaire.
- Le traitement dépend du stade de la maladie et de la présence (ou l'absence) d'une atteinte du SNC.
- Il est difficile de se procurer de la benzathine-pénicilline en Suisse (elle ne peut être qu'importée). Le traitement par ce médicament standard dans le monde n'est pas remboursé par les caisses maladie en Suisse.
- La division par 4 du titre du VDRL ou du RPR signe le succès du traitement. Ceci nécessite généralement 6 à 12 mois pour la syphilis primaire ou secondaire et 12 à 24 mois pour la syphilis latente tardive.
- En raison des lacunes de déclaration, les données épidémiologiques concernant la syphilis en Suisse sont insuffisantes. Le système de déclaration a donc été révisé ; le nouveau système est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

## ÉPIDÉMIOLOGIE : SITUATION ACTUELLE EN SUISSE ET SYSTÈME DE DÉCLARATION

Le nombre de diagnostics déclarés en Suisse augmente régulièrement depuis 2002. En 2013, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a reçu 1069 déclarations, dont seule la moitié a été comptée comme cas de syphilis en raison du manque de données ; pour la

### Abréviations:

CIA:	Chemiluminescent Immunoassay
CLIA:	Chemiluminescent Immunoassay
EIA:	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
HSH:	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
LCR:	liquide céphalo-rachidien
PL:	ponction lombaire
RPR:	Rapid Plasma Reagin
SNC:	Système nerveux central
TPPA:	<i>Treponema pallidum</i> Partikel Agglutination
VDRL:	Venereal Disease Research Laboratory

première fois depuis des années, le nombre de nouveaux diagnostics déclarés était resté relativement stable [1]. L'office a introduit en 2011 une nouveauté importante: le médecin peut désormais noter expressément une réinfection sur sa déclaration complémentaire. Ce changement était devenu nécessaire, car les indications fournies par les laboratoires ne permettent pas toujours de faire clairement la différence entre une réinfection et une syphilis mal traitée. Toujours depuis 2011, on peut également déclarer une lésion primaire confirmée par PCR à un moment où la mise en évidence par des tests sérologiques n'est pas encore possible. Malgré les améliorations apportées dans le relevé, l'ampleur de l'épidémie de syphilis en Suisse est sans doute sous-estimée en raison des lacunes de déclaration. 60 % des 538 cas confirmés en 2013 concernaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), dont un pourcentage non négligeable étaient positifs pour le VIH.

### QUI ET COMMENT DÉPISTER ?

En cas de suspicion de syphilis, le diagnostic repose principalement sur la clinique [2]. Dans la syphilis primaire, surtout dans la phase précoce, la mise en évidence de l'agent pathogène au niveau de la lésion (par PCR ou par examen au microscope à fond noir) est parfois décisive, parce que la sérologie peut être encore négative à ce moment-là. L'examen au microscope à fond noir doit être fait par une personne expérimentée tout de suite après le prélèvement de l'échantillon. Aux stades ultérieurs, c'est la sérologie qui est au premier plan. Le tableau 1 récapitule les différentes méthodes diagnostiques et la figure ci-dessous illustre leur évolution (figure 1).

En Suisse, on recherche systématiquement la syphilis chez les donneurs de sang, ainsi que chez les donneurs d'organes, les femmes enceintes et les personnes qui présentent un risque élevé d'exposition (p. ex. celles qui ont de nombreux partenaires sexuels et les HSH, surtout porteurs du VIH). Idéalement, le dépistage chez les femmes enceintes devrait avoir lieu au premier trimestre et être répété au troisième si le risque d'infection est élevé. Quand le dépistage s'avère positif, il faut demander l'avis d'un spécialiste des maladies infectieuses ou d'un dermatologue. Une recherche du VIH doit être pratiquée chez tous les patients atteints de syphilis et complétée, le cas échéant, par la recherche de l'hépatite B, de la gonorrhée, des chlamydias et des autres hépatites virales, après évaluation du profil de risque.

### PRÉSENTATION CLINIQUE ET CHEMINEMENT DIAGNOSTIQUE

Quand l'infection par *Treponema pallidum* remonte à moins d'un an, on parle, pour des raisons thérapeutiques, de **syphilis précoce**. En font partie la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis latente précoce (forme asymptomatique). Si l'infection remonte à plus d'un an, il s'agit d'une **syphilis tardive**, qui se manifeste sous la forme d'une syphilis latente tardive (forme asymptomatique) ou d'une syphilis tertiaire (tableau 2). Nous indiquons ci-dessous les caractéristiques de chaque stade.

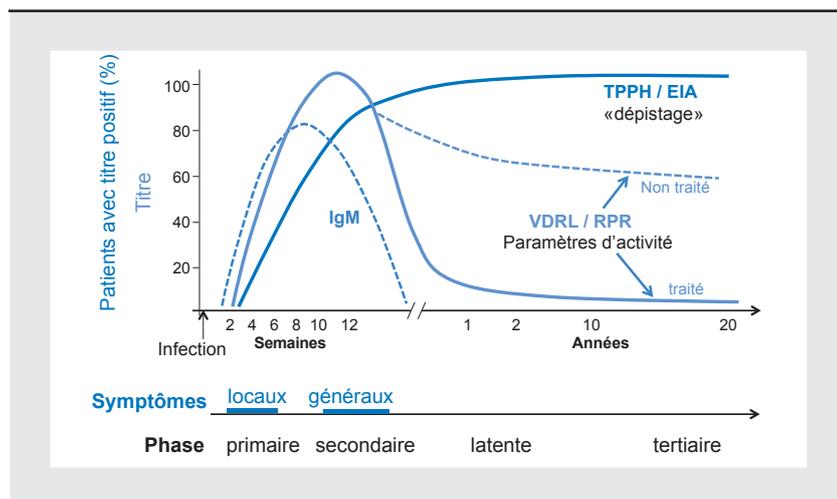
#### Syphilis primaire

A côté du chancre génital classique, induré et peu douloureux, associé à une adénopathie (lésion primaire), on trouve plus souvent aujourd'hui plu-

Tableau 1:  
**Diagnostic biologique**

Principe	Méthode	Remarques
<i>Détection de l'agent pathogène</i>		
	Microscopie à fond noir	L'examen doit être fait par une personne expérimentée aussitôt après le prélèvement de l'échantillon
	PCR	Convient particulièrement pour les lésions extragénitales, les lésions génitales douteuses (surtout pour le diagnostic différentiel avec un herpès génital, une lymphogranulomatose vénérienne et un chancre mou) et les lésions suintantes de la syphilis secondaire
	Mise en évidence dans les tissus par histochimie	
<i>Sérologie</i>		
	Dépistage	Recherche d'anticorps spécifiques : - TPPA - EIA - CLIA (ou CIA) Si suspicion de syphilis primaire, faire en plus un dosage des IgM spécifiques (nettement plus sensibles que le VDRL/RPR dans les infections récentes)  Si dépistage négatif et suspicion persistante, avec une situation à risque remontant à moins de 3 mois, répéter la sérologie après 2 semaines
	Test de confirmation	Comme avant, confirmer un test de dépistage positif par un second dosage des anticorps spécifiques. Confirmation nécessaire uniquement pour le primo-diagnostic.
	Test d'activité	Mettent en évidence la nécessité de traiter : - VDRL - RPR  Attention : le VDRL/RPR peut être encore négatif 4 à 6 semaines après l'infection  Alternative : dosage des IgM spécifiques Surtout si VDRL/RPR négatif ou faiblement positif, ou si augmentation TPPA, EIA ou CLIA.

Figure 1:  
**Sérodiagnostic de la syphilis, d'après : Peeling, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, vol. 82, juin 2004**



sieurs petites ulcérations douloureuses, aux contours irréguliers, qui peuvent évoquer un herpès génital, un chancre mou ou une lymphogra-

nulomatose vénérienne (figures 2 à 4)<sup>1</sup>. Dans les tableaux cliniques douteux, on peut demander une PCR multiplexe, qui met simultanément

en évidence les agents pathogènes de la syphilis, de l'herpès génital et du chancre mou [3]. Les réinfections se déroulent souvent sans lésion primaire reconnaissable. Les lésions primaires extragénitales ne sont pas rares ; elles peuvent passer inaperçues, p. ex. en cas de localisation anorectale. Dans la forme rectale, on trouve des adénopathies para-aortiques mais pas inguinales, de sorte que ce signe clinique manque. Dans la forme anale, le diagnostic différentiel avec les hémorroïdes et les fissures anales est difficile. Les lésions extragénitales peuvent toucher toutes les régions cutanées ou muqueuses, telles que doigts, mamelons, paupières, bras, orteils et région préster-nale [4]. Le sexe oral est l'une des étiologies possibles des localisations buccales et labiales. Deux tiers des lésions primaires concernent la tête et la gorge [4]. Dans ces cas, la PCR pratiquée au niveau de la lésion est nettement supérieure à la microscopie à fond noir et à la sérologie. Il est impor-

Tableau 2:  
**Stades de la syphilis (d'après Clement et al., revue de la littérature, JAMA)**

Stade	Apparition	Symptômes	Remarques
<i>Syphilis précoce</i>			
Primaire	2 à 4 semaines après l'infection, 12 au maximum (médiane 21 jours)	Chancre indolore, souvent génital, mais aussi rectal, anal ou oral	Le chancre guérit spontanément
Secondaire	0 à 8 semaines après la guérison du chancre	Grande variabilité des symptômes. Fréquents : exanthème maculo-papuleux, fièvre, céphalées, adénopathie ; rares : otosyphilis, uvéite syphilitique	Exanthème prédominant souvent sur le tronc, souvent aussi sur les paumes des mains et les plantes des pieds
Latente précoce	Infection < 1 an	Aucun	Diagnostic sérologique par séroconversion ou multiplication par ≥4 des anticorps non spécifiques du tréponème (RPR ou VDRL)
<i>Syphilis tardive</i>			
Latente tardive	Infection > 1 an ou de durée indéterminée	Aucun	Quand le moment de l'infection est inconnu, considérer, pour des raisons thérapeutiques, comme une syphilis latente tardive
Tertiaire	> 1 an à plusieurs dizaines d'années après l'infection	Anévrisme aortique (aortite syphilitique), syphilides	
<i>Neurosyphilis</i>			
Neurosyphilis précoce	< 1 an après l'infection	Perte de vision, surdité d'apparition brutale, méningite, grande variabilité des symptômes neurologiques	Peut se manifester en même temps que les symptômes de la syphilis primaire ou secondaire
Neurosyphilis tardive	> 1 an après l'infection	Tabès, paralysie progressive	Rare

tant de souligner que la diffusion croissante du sexe oral chez les hommes et les femmes hétérosexuels entraîne une multiplication des lésions primaires buccales [5], auxquelles il faut penser devant toute adénopathie sous-mandibulaire importante. Un chancre induré, associé à une adénopathie régionale, est souvent interprété à tort comme un cancer.

En cas de doute, la syphilis primaire est confirmée par :

- une sérologie de la syphilis positive ; si le premier résultat est négatif : refaire une sérologie 2 à 4 semaines plus tard ;

*et/ou*

- la microscopie à fond noir ou une PCR positive au niveau du chancre.

Remarque : dans la phase précoce de la syphilis primaire, la détection des IgM spécifiques (EIA) est parfois positive avant le RPR/VDRL [6,7].

### Syphilis secondaire

Si les tréponèmes sont disséminés dans le sang dans les 2 à 8 semaines

qui suivent la lésion primaire – et, dans 15% des cas, alors que celle-ci est encore présente –, il se développe une atteinte générale qui introduit la syphilis secondaire [8,9] (figures 5 à 7)<sup>1</sup>. Tous les organes peuvent être touchés, ce qui explique la diversité des tableaux cliniques. Outre les manifestations cutanées et muqueuses typiques, l'atteinte des organes internes est parfois la première manifestation clinique de la syphilis. Une perte de cheveux (alopécie syphilitique) est également possible. La fièvre et les symptômes généraux tels que l'asthénie et les douleurs articulaires, musculaires et osseuses, associés à un mal de gorge, à une hépatomégalie, à une hépatite ou à une gastrite sont susceptibles de compliquer le tableau. On trouve plus rarement une glomérulonéphrite, une iridocyclite ou une méningite. Les patients atteints de méningite syphilitique présentent des céphalées, des douleurs cervicales et parfois des nausées. A ce stade, les nerfs crâniens peuvent aussi être touchés,

principalement les II, III, VII et VIII. Ces dernières années, on a vu dans plusieurs hôpitaux suisses de nombreux patients qui présentaient, comme première manifestation d'une syphilis secondaire, une otosyphilis, un œdème rétinien syphilitique ou une uvéite syphilitique. Face à une perte d'audition ou de vision d'origine inconnue, d'une uvéite ou de troubles de la motricité pupillaire ou oculaire, il faut penser rapidement à une syphilis, et demander une sérologie et une ponction lombaire (cf. neurosyphilis).

En cas de doute, la syphilis secondaire est confirmée par :

- une sérologie de la syphilis positive : les tests sérologiques spécifiques (TPPA, CIA, EIA, etc.) et les non-spécifiques (VDRL, RPR) doivent être réactifs ;

*et/ou des résultats positifs de :*

- la microscopie à fond noir ou la mise en évidence par une PCR pratiquée au niveau des lésions suintantes et érosives ;
- et/ou*

– un examen neurologique, ophtalmologique ou otologique (en fonction du tableau clinique), associé à une ponction lombaire (PL). Remarque: dans l’otosyphilis, la PL est négative dans plus de 90% des cas.

### Syphilis tertiaire

Le stade tertiaire de la syphilis est atteint au plus tôt un an après l’infection primaire. Toutefois, les symptômes n’apparaissent généralement que plusieurs années, voire dizaines d’années, après l’infection. Ils peuvent toucher la peau, le système cardio-vasculaire ou le système nerveux central (SNC). Dans ce dernier cas, la syphilis est caractérisée par des modifications cellulaires irréversibles, qui peuvent atteindre le cerveau ou la moelle, donnant comme tableau clinique respectivement la paralysie progressive ou le tabès. L’atteinte osseuse est rare.

En cas de doute, la syphilis tertiaire est confirmée par :

- une sérologie de la syphilis positive: les tests spécifiques (TPPA, CIA, EIA, etc.) doivent être réactifs; les tests non spécifiques (VDRL, RPR) sont généralement positifs, mais restent parfois négatifs; *et des résultats positifs de :*
- l’examen neurologique (PL), ophtalmologique, cardiologique, le cas échéant à l’aide de l’imagerie ou de l’histologie, en fonction du tableau clinique.

### Neurosyphilis

La neurosyphilis peut se manifester aussi bien durant la phase précoce que durant la phase tardive (cf. tableau 2 pour plus de caractéristiques). Pour des raisons historiques, elle est souvent traitée dans le chapitre relatif à la syphilis tertiaire. Une neurosyphilis symptomatique se développe chez 5 à 10% des patients non traités [9]. Une sérologie sanguine négative est un critère qui permet d’éliminer avec certitude une atteinte du SNC.

Face à une suspicion clinique de neurosyphilis et à une sérologie sanguine positive, il faut faire une ponction lombaire pour déterminer le nombre de lymphocytes, les protéines totales et les lactates dans le liquide céphalo-rachidien (LCR). Un nombre de lymphocytes supérieur à

5/mm<sup>3</sup> et une augmentation des protéines totales sont typiques de la neurosyphilis. On analyse en outre simultanément le LCR et le sérum afin de calculer le quotient LCR/sérum pour l’albumine et les IgG totales, ainsi qu’un index pour les anticorps anti-tréponème (p. ex. index ITpA selon Müller et Prange ou index TPPA selon Luger) [10]. Pour le diagnostic différentiel, on peut s’aider dans certains cas de l’imagerie cérébrale. Il est nécessaire de demander l’avis d’un neurologue lorsque les résultats ne sont pas clairs.

#### Indications d’une ponction lombaire :

- signes cliniques de neurosyphilis;
- atteinte des yeux ou des oreilles;
- suspicion de syphilis tertiaire: aorte syphilitique, atteinte osseuse;
- échec thérapeutique, défini par l’absence de division par 4 du titre du VDRL ou du RPR à la fin du traitement (6 à 12 mois après celui-ci);
- syphilis asymptomatique associée à une infection VIH, si le VDRL > 1:32 et/ou le taux de CD4 < 350/mm<sup>3</sup>.

### Réinfection

Une réinfection ultérieure par le tréponème se présente cliniquement comme la syphilis primaire, avec les stades décrits plus haut, mais la lésion primaire peut manquer. La réponse immunitaire, comparable aux effets d’un rappel, entraîne une forte augmentation des IgG et du VDRL/RPR, alors que la cinétique des IgM spécifiques est très variable. La procédure recommandée pour le diagnostic biologique est la procédure habituelle: test de dépistage (TPPA, EIA ou CIA) et test d’activité (VDRL ou RPR) (tableau 1). Il faut une multiplication par 4 du titre du VDRL/RPR pour poser le diagnostic de réinfection. On observe parfois une forte augmentation du titre du TPPA. Le traitement et son suivi obéissent aux principes énoncés ci-dessus.

### TRAITEMENT

En cas de forte suspicion clinique de syphilis active, on commence le traitement dès que le matériel diagnostique est prélevé [8,11]. Pour la syphilis primaire et secondaire non compliquée, jusqu’à un an après l’infection, une injection IM unique de 2,4 millions UI de benzathine-pé-

nicilline (pénicilline à action prolongée ou « retard ») est suffisante; en revanche, 3 doses (jours 0, 7 et 14) de 2,4 millions UI en IM sont nécessaires pour la syphilis tardive (>1 an après l’infection) (tableau 3) [11]. On administre également trois doses quand la durée de la syphilis n’est pas connue. La même procédure est recommandée chez les personnes infectées par le VIH [11,12]. Signalons qu’il faut obligatoirement utiliser la pénicilline retard (benzathine-pénicilline) – qu’il est toujours difficile de se procurer en Suisse –, car les pénicillines d’action rapide sont inefficaces.

Les alternatives thérapeutiques, p. ex. en cas d’allergie à la pénicilline, doivent être discutées avec les spécialistes (en maladies infectieuses ou en dermato-vénérologie) (tableau 3).

Il faut indiquer aux patients que le traitement de la syphilis précoce par la pénicilline est susceptible de provoquer, très rarement, une réaction de Jarisch-Herxheimer. Certains spécialistes recommandent de donner de la prednisone (50 mg) ou du paracétamol (1 g, 2 à 3 doses) per os avant d’administrer la pénicilline. Il est conseillé de prévoir une réserve de paracétamol. Il n’existe pas de données démontrant l’efficacité à prévenir la réaction de Jarisch-Herxheimer.

Pour éviter le syndrome de Hoigné (réaction embolique toxique due à des micro-cristaux qui passent dans la circulation), la pénicilline retard est injectée lentement, en s’assurant régulièrement que l’aiguille IM n’est pas dans un vaisseau sanguin [11].

Il est possible de traiter sans problème la plupart des patients syphilitiques au cabinet médical si l’on peut se procurer rapidement la benzathine-pénicilline. Quand le cas est douteux ou que le patient est allergique à la pénicilline, il est préférable de l’adresser à un hôpital.

### Disponibilité de la benzathine-pénicilline

Depuis des années, diverses tentatives ont été faites, notamment par l’OFSP, pour inciter les entreprises pharmaceutiques installées en Suisse à déposer une demande d’autorisation pour la benzathine-pénicilline. Mais tant qu’aucune d’entre elles n’est disposée à le faire, la substance doit être importée depuis

Tableau 3:  
**Traitement de la syphilis (valable également pour les patients porteurs du VIH)**

Stade	Traitement de choix	Alternative Seulement après accord du spécialiste
Syphilis précoce	Benzathine-pénicilline 2,4 millions UI en IM. Une seule injection	Doxycycline 100 mg 2x/jour per os pendant 14 jours. L'équivalence avec la benzathine-pénicilline n'a pas été prouvée.
Syphilis tardive	Benzathine-pénicilline 2,4 millions UI en IM, les jours 0, 8 et 15	Doxycycline 100 mg 2x/jour per os pendant 28 jours. L'équivalence avec la benzathine-pénicilline n'a pas été prouvée.
Neurosyphilis	Pénicilline G (benzyl-pénicilline) 18 à 24 millions UI/jour en IV, soit 3 à 4 millions UI toutes les 4 heures pendant 14 jours  En cas d'allergie à la pénicilline, faire si possible une désensibilisation	Ceftriaxone 2 g 1x/jour en IV pendant 14 jours

l'étranger (Pendysin ou Tardocillin d'Allemagne, Sigmacilline d'Italie et Lentocillin du Portugal, Bicillin des Etats-Unis, Retardpen d'Autriche ou Benzetacil d'Espagne). D'autres pays connaissent également des difficultés d'approvisionnement. Le produit est à retirer auprès des pharmacies cantonales (cf. liste de Swissmedic). Une autorisation spéciale pour son emploi en Suisse n'est pas nécessaire.

### Traitement de la neurosyphilis

L'existence de la barrière hémato-encéphalique oblige à traiter la neurosyphilis par la pénicilline à fortes doses et sur une durée plus longue. Afin d'atteindre une concentration tréponémicide dans le LCR, on administre en IV 18 à 24 millions UI/jour de pénicilline G d'action rapide (benzyl-pénicilline), c'est-à-dire 3 à 4 millions UI toutes les 4 heures pendant 14 jours [11].

### Surveillance thérapeutique

Des contrôles sérologiques sanguins de l'effet du traitement sont nécessaires après 3, 6 et 12 mois, et éventuellement après 24 mois, ou jusqu'à ce que le titre du VDRL/RPR soit divisé par 4, ce qui signe la fin de la maladie. La guérison est obtenue généralement 6 à 12 mois après le traitement pour la syphilis primaire ou secondaire et 12 à 24 mois pour la syphilis latente tardive [2,6].

Après le traitement de la neurosyphilis, les contrôles du LCR se font tous les six mois, jusqu'à normalisation du nombre de cellules, mais les tests spécifiques (notamment le TPPA) restent parfois positifs pendant des années [9].

### CONDUITE À TENIR ENVERS LES PARTENAIRES SEXUELS

Les patients sont considérés comme très contagieux, surtout la première année de l'infection (syphilis précoce), mais des transmissions ont aussi été décrites aux stades suivants. En ce qui concerne les partenaires sexuels, nous recommandons, en nous référant aux directives du *Center for Disease Control and Prevention*, la procédure suivante [2]:

- test sérologique chez les partenaires avec qui le contact sexuel remonte à plus de 90 jours;
- traitement des partenaires des 90 derniers jours, car la sérologie est parfois encore négative dans cette situation et on ne peut donc pas s'appuyer sur elle pour la décision thérapeutique.

Les rapports sexuels non protégés sont possibles à nouveau après la guérison du chancre ou la disparition des syphilitides, à condition que le partenaire ait été traité en même temps. Dans les cas asymptomati-

ques, ils peuvent être repris sept jours après l'administration de la benzathine-pénicilline.

### NOUVELLE RÉGLEMENTATION DES DÉCLARATIONS DE SYPHILIS

La déclaration obligatoire de la syphilis a été réintroduite en 2006 après une interruption de sept ans. Les laboratoires et les médecins sont tenus de déclarer tous les nouveaux cas de syphilis confirmés ou diagnostiqués. Toutefois, la qualité et l'exhaustivité des données déclarées étant insuffisantes, la définition de cas ainsi que les critères et les formulaires de déclaration ont été révisés au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Pour améliorer la qualité des données, il a été décidé de simplifier le formulaire complémentaire du médecin et de ne plus obliger à déclarer les résultats des contrôles de suivi (c'est-à-dire les cicatrices sérologiques). Désormais, le médecin qui a posé le diagnostic peut indiquer que la syphilis a été attestée par la microscopie au cabinet. Les réinfections confirmées par les analyses biologiques doivent toujours être déclarées. Quelques méthodes de diagnostic de la syphilis active ont été ajoutées dans la déclaration du laboratoire. ■

### Contact

Prof. Peter Itin  
Dermatologie  
Hôpital universitaire de Bâle  
4031 Bâle  
peter.itin@usb.ch

### Bibliographie

1. Bundesamt für Gesundheit. HIV- und STI-Fallzahlen 2013: Berichterstattung, Analyse und Trends. Bulletin 2014;20:351-380.
2. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines, 2010. M M W R 2010;59:1-110.
3. Glatz M, Juricevic N, Altwegg M et al. A multicenter prospective trial to assess a new real-time polymerase chain reaction for detection of *Treponema pallidum*, *Herpes simplex-1/2* and *Haemophilus ducreyi* in genital, anal and oropharyngeal ulcers. Clin Microbiol Infect 2014;Epub ahead of print.
4. Lautenschlager S. Frühmanifestationen der Syphilis. Schweiz Med Forum 2009;9:142-146.
5. Mercer CH, Tanton C, Prah P et al. Changes in sexual attitudes and

lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet* 2013;382:1781–1794.

6. Fröhlich Knaute D, Graf N, Lautenschlager S, Weber R, Bosshard PP. Serological response to treatment of syphilis according to disease stage and HIV status. *Clin Infect Dis* 2012;55:1615–1622.
7. Bosshard PP. Usefulness of IgM-specific enzyme immunoassays for serodiagnosis of syphilis: Comparative evaluation of three different assays. *J Infect* 2013;67:35–42.
8. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA* 2014;312:1905–1917.
9. Schöfer H, Brockmeyer NH, Hagedorn HJ et al. Syphilis. Guideline of the German Sexually Transmitted Diseases Society for diagnosis and therapy of syphilis. *JDDG* 2006;4:160–177.
10. Luger AF, Schmidt BL, Kaulich M. Significance of laboratory findings for the diagnosis of neurosyphilis. *Int J STD AIDS* 2000;11:224–234.
11. Janier M, Hegyi V, Dupin N et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;Epub ahead of print.
12. Ganesan A, Mesner O, Okulicz JF et al. A Single Dose of Benzathine Penicillin G Is as Effective as Multiple Doses of Benzathine Penicillin G for the Treatment of HIV-Infected Persons With Early Syphilis. *Clin Infect Dis* 2014;Epub ahead of print.

#### Référence

1. Voir les visuels dans la publication nr. 2015/19 du Swiss Medical Forum: [medicalforum.ch/fr/n-actuel/article/syphilis-diagnostik-und-behandlung.html](http://medicalforum.ch/fr/n-actuel/article/syphilis-diagnostik-und-behandlung.html)

# Liste des spécialités

La Liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch)

## Valable à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015

{ } Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé.

### I. Nouvelles admissions des préparations

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.05.00 (L)G		<b>Quetiapin Mepha retard</b> (Quetiapinum)	Mepha Pharma AG		
		– Traitement de la schizophrénie (traitement aigu et prévention des récurrences). – Traitement des épisodes maniaques et dépressifs lors de troubles bipolaires (traitement aigu).			
	20212	Depotabs 50 mg 60 Stk Fr. 51.45 {30.51}		62649001	01.05.2015, B
(L)G		<b>Quetiapin Mepha retard</b> (Quetiapinum)	Mepha Pharma AG		
	20212	Depotabs 200 mg 60 Stk Fr. 99.30 {72.22}		62649002	01.05.2015, B
	20212	Depotabs 200 mg 100 Stk Fr. 152.50 {118.57}		62649003	01.05.2015, B
(L)G		<b>Quetiapin Mepha retard</b> (Quetiapinum)	Mepha Pharma AG		
	20212	Depotabs 300 mg 60 Stk Fr. 133.55 {102.06}		62649004	01.05.2015, B
	20212	Depotabs 300 mg 100 Stk Fr. 208.50 {167.35}		62649005	01.05.2015, B
(L)G		<b>Quetiapin Mepha retard</b> (Quetiapinum)	Mepha Pharma AG		
	20212	Depotabs 400 mg 60 Stk Fr. 179.05 {141.66}		62649006	01.05.2015, B
	20212	Depotabs 400 mg 100 Stk Fr. 287.45 {236.10}		62649007	01.05.2015, B
01.06.00 G		<b>Escitalopram Mepha</b> (Escitalopramum)	Mepha Pharma AG		
	20365	Tropfen 20 mg/ml 15 ml Fr. 18.90 {9.34}		65460001	01.05.2015, B
01.99.00 (L)		<b>Lemtrada</b> (Alemtuzumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
		En monothérapie comme traitement des formes actives de sclérose en plaques rémittente-récurrente (SEP-RR) malgré un traitement par au moins un traitement de base ou après accord préalable de prise en charge des coûts par le médecin-conseil chez les patients non préalablement traités, souffrant d'une forme primaire hautement active. Posologie : 5 perfusions au cours de la 1 <sup>re</sup> année et 3 perfusions au cours de la 2 <sup>e</sup> année. Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.			
	20217	Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml Fr. 9'672.90 {9'197.00}		63025001	01.05.2015, A
06.03.40		<b>Lixiana</b> (Edoxabanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	20333	Filmtabl 15 mg 10 Stk Fr. 48.30 {27.77}		65149001	01.05.2015, B
		<b>Lixiana</b> (Edoxabanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	20333	Filmtabl 30 mg 28 Stk Fr. 105.70 {77.70}		65149003	01.05.2015, B
	20333	Filmtabl 30 mg 98 Stk Fr. 328.85 {272.18}		65149004	01.05.2015, B
		<b>Lixiana</b> (Edoxabanum)	Daiichi Sankyo (Schweiz) AG		
	20333	Filmtabl 60 mg 28 Stk Fr. 105.70 {77.70}		65149008	01.05.2015, B
	20333	Filmtabl 60 mg 98 Stk Fr. 328.85 {272.18}		65149009	01.05.2015, B
07.06.20 G		<b>Gliclazid Mepha retard</b> (Gliclazidum)	Mepha Pharma AG		
	20363	Depotabs 60 mg 30 Stk Fr. 18.70 {9.15}		65571001	01.05.2015, B
	20363	Depotabs 60 mg 90 Stk Fr. 42.20 {22.47}		65571002	01.05.2015, B
07.16.10 (L)		<b>Imbruvica</b> (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		

Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de lymphome à cellules du manteau (LCM), caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)					
– à partir de la première ligne chez les patients présentant une délétion 17p ou une mutation TP53					
– à partir de la deuxième ligne dans le cas de récurrences précoces (récidive correspondant au traitement antérieur conformément aux lignes directrices jusqu'à 3 ans maximum) ou chez les patients ne se prêtant pas à une chimio-immunothérapie.					
	20330	Kaps 140 mg 90 Stk Fr. 7'853.55 {7'422.00}		65173002	01.05.2015, A
	20330	Kaps 140 mg 120 Stk Fr. 10'389.40 {9'896.00}		65173001	01.05.2015, A

(L) **Zydelig** (Idelalisibum) Gilead Sciences Switzerland Sàrl

Le traitement exige une garantie de prise en charge de la caisse-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.  
En association au rituximab pour le traitement de patients atteints de LLC symptomatique progressive et comorbidité (neutropénie ou thrombocytopenie sévère due à la myélotoxicité cumulée de chimiothérapies antérieures ou une clairance de la créatinine < 60 ml/min. ou un score de cumulative illness rating scale (CIRS) > 6 ou une valeur comparable d'un autre système d'évaluation reconnu).  
– dès la première ligne chez les patients présentant une délétion 17p ou une mutation TP53 qui ne se prêtent pas à une chimio-immunothérapie.  
– dès la deuxième ligne dans le cas de récurrences précoces (récidive correspondant au traitement antérieur selon les directives jusqu'à 3 ans maximum) ou chez les patients ne se prêtant pas à une chimio-immunothérapie.

En monothérapie pour le traitement de patients atteints de lymphome folliculaire (LF) récidivant et ayant reçu deux lignes de traitement antérieures.

	20331	Filmtabl 100 mg 60 Stk Fr. 5'307.10 {4'937.66}		65291001	01.05.2015, A
--	-------	--	--	----------	---------------

(L) **Zydelig** (Idelalisibum) Gilead Sciences Switzerland Sàrl

	20331	Filmtabl 150 mg 60 Stk Fr. 5'307.10 {4'937.66}		65291002	01.05.2015, A
--	-------	--	--	----------	---------------

08.06.00 **Noxafil** (Posaconazolum) MSD Merck Sharp & Dohme AG

(L)

La prophylaxie chez des patients à risque élevé (voir 1a et 1b) peut être prescrit seulement par des centres qualifiés.

- 1a. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients neutropéniques avec leucémie myéloïde aiguë ou syndrome myélodysplasique, qui ont déjà reçus une chimiothérapie cytotoxique.
- 1b. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients avec Graft Versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte).
2. Fusariose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B ou présentant une intolérance à l'amphotéricine B (2nd line).
3. Chromoblastomycose et mycétome chez des patients résistants au traitement par l'itraconazole ou présentant une intolérance à l'itraconazole (2nd line).
4. Coccidioïdomycose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B, l'itraconazole ou le fluconazole ou présentant une intolérance à ces substances (2nd line).

	20341	Tabl magensaftres 100 mg 24 Stk Fr. 1'146.50 {989.28}		63240001	01.05.2015, B
	20341	Tabl magensaftres 100 mg 96 Stk Fr. 4'302.05 {3'957.12}		63240002	01.05.2015, B

10.99.00 **Mirvaso** (Brimonidinum) Galderma SA

(L)

Prescription initiale par un spécialiste en dermatologie et vénéréologie uniquement.

MIRVASO est remboursé uniquement à un dosage maximal de 1g par jour chez les patients présentant un érythème facial persistant modéré à sévère dû à une rosacée.

	20314	Gel 3.3000 mg/g 30 g Fr. 69.50 {46.27}		65180002	01.05.2015, B
--	-------	--	--	----------	---------------

{ } Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé.

## II. Autres emballages et dosages

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.07.10		<b>Lyrice</b> (Pregabalinum)	Pfizer AG		
	18130	Kaps 25 mg 56 Stk Fr. 51.85 {30.90}		57057001	01.05.2015, B
	18130	Kaps 50 mg 14 Stk Fr. 27.15 {12.95}		57057003	01.05.2015, B
07.03.10		<b>Omnitrope 15 Patrone</b> (Somatotropinum ADNr)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
(L)					
Application seulement en cas de manque de somatotropine prouvé. Chez les adultes les coûts de traitement sont pris en charge après accord préalable du médecin-conseil de l'assureur.					

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
Par ailleurs, en cas de traitement à long terme des troubles de la croissance chez les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin (Small for Gestational Age, SGA) même sans manque de somatotropine prouvé, selon les 8 critères suivants :					
– Poids/taille de naissance <= -2 SDS					
– Pas de rattrapage de la croissance jusqu'à l'âge de 4 ans					
– Taille actuelle <= -2.5 SDS 					
– Vitesse de croissance au cours de l'an dernier <= 0 SDS					
– Ajustement à la taille cible parenterale < -1 SDS					
– Un déficit en hormone de croissance et/ou une hypothyroïdie doivent être exclus au préalable					
– Les autres causes médicales ou traitements pouvant expliquer un trouble de croissance doivent être exclus avant d'initier un traitement par Omnitrope.					
– Réévaluation du traitement après un an : si le SDS de la vitesse de croissance au bout d'un an est au moins de +1, le traitement par Omnitrope est poursuivi.					
	19296	Inj Lös 15 mg/1.5ml 5 Stk Fr. 3'291.75 {2'971.44}		61306006	01.05.2015, A

07.03.10 **Omnitrope Patr SurePal** Sandoz Pharmaceuticals AG  
(L) (Somatotropinum ADNr)

Application seulement en cas de manque de somatotropine prouvé.  
Chez les adultes les coûts de traitement sont pris en charge après accord préalable du médecin-conseil de l'assureur.

Par ailleurs, en cas de traitement à long terme des troubles de la croissance chez les enfants présentant un retard de croissance intra-utérin (Small for Gestational Age, SGA) même sans manque de somatotropine prouvé, selon les 8 critères suivants :

- Poids/taille de naissance <= -2 SDS
- Pas de rattrapage de la croissance jusqu'à l'âge de 4 ans<br>
- Taille actuelle <= -2.5 SDS<br>
- Vitesse de croissance au cours de l'an dernier <= 0 SDS<br>
- Ajustement à la taille cible parenterale < -1 SDS<br>
- Un déficit en hormone de croissance et/ou une hypothyroïdie doivent être exclus au préalable<br>
- Les autres causes médicales ou traitements pouvant expliquer un trouble de croissance doivent être exclus avant d'initier un traitement par Omnitrope.
- Réévaluation du traitement après un an : si le SDS de la vitesse de croissance au bout d'un an est au moins de +1, le traitement par Omnitrope est poursuivi.

	19296	Inj Lös 5 mg/1.5ml 5 Stk Fr. 1'147.80 {990.48}		61306007	01.05.2015, A
--	-------	--	--	----------	---------------

(L)		<b>Omnitrope Patr SurePal</b> Sandoz Pharmaceuticals AG (Somatotropinum ADNr)			
	19296	Inj Lös 10 mg/1.5ml 5 Stk Fr. 2'234.10 {1'980.94}		61306009	01.05.2015, A

Conformément à l'art. 68, al. 2, de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) la radiation d'un médicament de la LS prend effet trois mois après avoir été publiée dans le bulletin de l'OFSP.

{ } Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé.

### III. Préparations/emballages radiés

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.07.10 G	19508	<b>Levetiracetam Mepha</b> (Levetiracetamum) Lactabs 250 mg 30 Stk Fr. 26.10 {12.02}	Mepha Pharma AG	61531001	01.05.2015, B
G	19508	<b>Levetiracetam Mepha</b> (Levetiracetamum) Lactabs 500 mg 20 Stk Fr. 28.40 {14.00}	Mepha Pharma AG	61531002	01.05.2015, B
	19508	Lactabs 500 mg 100 Stk Fr. 90.30 {64.35}		61531003	01.05.2015, B
	19508	Lactabs 500 mg 200 Stk Fr. 162.20 {126.99}		61531004	01.05.2015, B
G	19508	<b>Levetiracetam Mepha</b> (Levetiracetamum) Lactabs 1000 mg 30 Stk Fr. 61.70 {39.46}	Mepha Pharma AG	61531005	01.05.2015, B
	19508	Lactabs 1000 mg 100 Stk Fr. 160.95 {125.93}		61531006	01.05.2015, B
	19508	Lactabs 1000 mg 200 Stk Fr. 299.90 {246.97}		61531007	01.05.2015, B
01.09.00 (L)G	18878	<b>Ondansetron Teva</b> (Ondansetronum) Schmelztabl 4 mg 10 Stk Fr. 61.35 {39.19}	Teva Pharma AG	57984002	01.05.2015, B
(L)G	18878	<b>Ondansetron Teva</b> (Ondansetronum) Schmelztabl 8 mg 6 Stk Fr. 61.55 {39.33}	Teva Pharma AG	57984001	01.05.2015, B

▶▶▶▶▶ Assurance maladie et accidents

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
01.12.00		<b>Mydocalm Mite</b> (Tolperisoni hydrochloridum)	Labatec Pharma SA		
	10757	Drag 50 mg 30 Stk Fr. 15.35 {6.26}		32665012	01.05.2015, B
02.08.10		<b>Venoruton</b> (O-(beta-hydroxyethyl)rutosidea (Oxerutina))	Novartis Consumer Health Schweiz AG		
	9374	Kaps 300 mg 50 Stk Fr. 20.20 {10.95}		33037023	01.05.2015, D
	9374	Kaps 300 mg 100 Stk Fr. 36.60 {19.83}		33037031	01.05.2015, D
03.01.20		<b>Sinecod</b> (Butamirati dihydrogenocitras)	Novartis Consumer Health Schweiz AG		
	10495	Sirup 200 ml Fr. 9.75 {5.29}		31215072	01.05.2015, D
		<b>Sinecod</b> (Butamirati dihydrogenocitras)	Novartis Consumer Health Schweiz AG		
	10494	Tropfen 20 ml Fr. 6.80 {3.69}		31214041	01.05.2015, D
03.04.40		<b>Asmanex Twisthaler</b> (Mometasoni-17 furoas)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	18007	Inh Plv 400 mcg/Dosis 30 Dos Fr. 51.05 {30.19}		55231004	01.05.2015, B
	18007	Inh Plv 400 mcg/Dosis 60 Dos Fr. 77.35 {53.10}		55231002	01.05.2015, B
04.99.00 G		<b>Omezol Mepha</b> (Omeprazolom)	Mepha Pharma AG		
	18289	Trockensub 40 mg Durchstf 5 Stk Fr. 38.90 {19.63}		57351002	01.05.2015, B
05.01.00		<b>Lasix</b> (Furosemidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	11273	Inf Lös 250 mg/25ml i.v. 5 Amp 25 ml Fr. 25.70 {11.70}		36442018	01.05.2015, B
06.02.00		<b>Dicynone</b> (Etamsylatum)	OM Pharma SA		
	10995	Tabl 250 mg 20 Stk Fr. 20.40 {10.65}		27047017	01.05.2015, B
06.07.12 (L)		<b>Rienso</b> (Ferrum(III) ionisatum)	Takeda Pharma AG		
	19841	Inj Lös 510 mg/17ml Durchstf 17 ml Fr. 177.40 {140.25}		62033001	01.05.2015, B
	19841	Inj Lös 510 mg/17ml 2 Durchstf 17 ml Fr. 338.40 {280.50}		62033002	01.05.2015, B
07.06.20 (L)		<b>Duoglyze</b> (Metformini hydrochloridum, Saxagliptinum)	AstraZeneca AG		
	19768	Filmtabl 2.5mg/500mg 56 Stk Fr. 67.05 {44.13}		62040010	01.05.2015, B
	19768	Filmtabl 2.5mg/500mg 196 Stk Fr. 193.70 {154.46}		62040011	01.05.2015, B
(L)		<b>Duoglyze</b> (Metformini hydrochloridum, Saxagliptinum)	AstraZeneca AG		
	19768	Filmtabl 2.5mg/850mg 56 Stk Fr. 67.05 {44.13}		62040012	01.05.2015, B
	19768	Filmtabl 2.5mg/850mg 196 Stk Fr. 193.70 {154.46}		62040013	01.05.2015, B
(L)		<b>Duoglyze</b> (Metformini hydrochloridum, Saxagliptinum)	AstraZeneca AG		
	19768	Filmtabl 2.5mg/1000mg 56 Stk Fr. 67.05 {44.13}		62040014	01.05.2015, B
	19768	Filmtabl 2.5mg/1000mg 196 Stk Fr. 193.70 {154.46}		62040015	01.05.2015, B
07.08.10 (L)		<b>Gonal F</b> (Follitropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	16546	Trockensub 75 IE (5.5 mcg) Inj kit 10 Stk Fr. 496.45 {418.15}		52971020	01.05.2015, A
07.13.10		<b>Feniallerg</b> (Dimetindeni maleas)	Novartis Consumer Health Schweiz AG		
	9336	Tropfen 1 mg/ml 50 ml Fr. 13.20 {7.16}		27528076	01.05.2015, C
08.01.94 G		<b>Cotrim</b> (Sulfamethoxazolom, Trimethoprimum)	Spirig HealthCare AG		
	13651	Sirup 200/40mg zuckerfrei 100 ml Fr. 5.80 {1.49}		43114018	01.05.2015, A
G		<b>Cotrim forte</b> (Sulfamethoxazolom, Trimethoprimum)	Spirig Pharma AG		
	13372	Tabl 800/160mg 10 Stk Fr. 5.80 {1.47}		41987022	01.05.2015, A
	13372	Tabl 800/160mg 20 Stk Fr. 6.65 {2.23}		41987030	01.05.2015, A

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.03.00		<b>Telzir</b> (Fosamprenavirum) Susp 50 mg/ml 225 ml Fr. 165.40 {129.81}	ViiV Healthcare GmbH		
	18201			56706001	01.05.2015, A
08.06.00 G		<b>Onymax</b> (Terbinafinum) Tabl 125 mg 14 Stk Fr. 33.60 {15.00}	Galderma SA		
	18309			57322001	01.05.2015, B
G		<b>Onymax</b> (Terbinafinum) Tabl 250 mg 14 Stk Fr. 45.15 {25.06}	Galderma SA		
	18309			57322003	01.05.2015, B
	18309	Tabl 250 mg 28 Stk Fr. 77.35 {53.08}		57322005	01.05.2015, B
08.08.00 (L)		<b>HBVAXPRO 5</b> (Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg) Inj Lös 5 mcg Kind Amp 0.500 ml Fr. 42.10 {22.42}	Sanofi Pasteur MSD AG		
	17958			00662001	01.05.2015, B
09.01.10		<b>Methergin</b> (Methylethylergometrine maleas) Lös 0.250 mg/ml 10 ml Fr. 6.85 {2.40}	Novartis Pharma Schweiz AG		
	893			12731019	01.05.2015, B
09.99.00		<b>Colpotrophine</b> (Promestrienum) Vag Kaps 10 mg 20 Stk Fr. 9.35 {4.59}	Vifor SA		
	14188			44372029	01.05.2015, B
10.02.00 G		<b>Clindamycin Spirig</b> (Clindamycinum) Lös 1% 30 ml Fr. 9.80 {4.99}	Spirig Pharma AG		
	18392			56916001	01.05.2015, B
	18392	Lös 1% 100 ml Fr. 28.50 {14.12}		56916003	01.05.2015, B
10.05.10		<b>Topsym F</b> (Fluocinonidum) Salbe Tb 15 g Fr. 8.20 {3.59}	Farmaceutica Teofarma Suisse SA c/o Bernasconi Peter Gaggini		
	11847			37783064	01.05.2015, B
10.06.00		<b>Fibrolan</b> (Fibrinolysinum, Desoxyribonucleasum) Salbe 30 g Fr. 26.05 {11.97}	Pfizer AG		
	12244			28557027	01.05.2015, B
11.02.00		<b>Phenylephrine Blache</b> (Phenylephrini hydrochloridum) Gtt Opht 5 % 10 ml Fr. 8.85 {4.13}	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma		
	11128			30300017	01.05.2015, B
14.01.22		<b>Polibar ACB Ritter</b> (Barii sulfas) Plv 400 g Fr. 28.20 {13.85}	Bracco Suisse SA		
	15903			43804073	01.05.2015, B
	15903	Plv 10x 400 g Fr. 175.15 {138.28}		43804057	01.05.2015, B
	15903	Plv 570 g Fr. 34.35 {15.64}		43804081	01.05.2015, B
	15903	Plv 10x 570 g Fr. 195.75 {156.24}		43804065	01.05.2015, B

#### IV. Réductions de prix volontaires

Préparations/substances actives/emballages	Maison responsable	Groupe thérapeut.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact
<b>Amiodar</b> Tabl 200 mg 20 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	020200	18002	19.05	9.46
<b>Cefuroxim Sandoz</b> Filmtabl 250 mg 14 Stk	Sandoz Pharmaceuticals AG	080130	18161	19.60	9.93
<b>Malarone</b> Tabl 250/100 mg 12 Stk	GlaxoSmithKline AG	080410	16994	42.70	22.90
<b>Mometason Mepha</b> Nasenspray 50 mcg 140 Dos	Mepha Pharma AG	120230	20227	17.70	8.27

▶▶▶▶▶ Assurance maladie et accidents

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission	
<b>Mycolog N</b> Salbe 15 g Salbe 30 g		Sanofi-Aventis (Suisse) SA	100520	18026	17.55	8.13
				18026	34.00	15.31
<b>Mycolog N</b> Crème 15 g Crème 30 g		Sanofi-Aventis (Suisse) SA	100520	18027	17.50	8.12
				18027	33.70	15.06
<b>Risperidon Sandoz</b> Filmtabl 4 mg 20 Stk		Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	18924	38.60	19.32

**IVa. Réductions de prix après échéance du brevet**

Préparations/substances actives/emballages	Maison responsable	Groupe thérapeut.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact
<b>Emla Patch</b> Pfl 2 Stk	AstraZeneca AG	100100	18268	14.40	5.40
<b>Lyrica</b> Kaps 25 mg 14 Stk	Pfizer AG	010710	18130	20.75	10.92
<b>Lyrica</b> Kaps 50 mg 84 Stk	Pfizer AG	010710	18130	94.95	68.44
<b>Lyrica</b> Kaps 75 mg 14 Stk Kaps 75 mg 56 Stk	Pfizer AG	010710	18130	33.70	15.09
			18130	85.55	60.23
<b>Lyrica</b> Kaps 100 mg 84 Stk	Pfizer AG	010710	18130	105.80	77.89
<b>Lyrica</b> Kaps 150 mg 56 Stk Kaps 150 mg 168 Stk	Pfizer AG	010710	18130	105.80	77.89
			18130	279.30	229.00
<b>Lyrica</b> Kaps 200 mg 84 Stk	Pfizer AG	010710	18130	133.15	101.70
<b>Lyrica</b> Kaps 300 mg 56 Stk Kaps 300 mg 168 Stk	Pfizer AG	010710	18130	133.15	101.70
			18130	359.65	299.00

**IVb. Réductions de prix après 18 mois depuis l'admission sur la LS**

Préparations/substances actives/emballages	Maison responsable	Groupe thérapeut.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact
<b>Seebri Breezhaler</b> Inh Kaps 50 mcg 30 Stk Inh Kaps 50 mcg 3 x 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	030430	20035	62.15	39.87
			20035	153.70	119.61
<b>Stribild</b> Filmtabs 150/150/200/245 mg 30 Stk	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20116	1'423.05	1'241.43

**V. Réductions de prix après élargissement de la limitation/de l'indication**

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
06.03.40 (L)		<b>Eliquis</b> (Apixabanum)	BRISTOL-MYERS SQUIBB SA		
	19459	Filmtabl 20 Stk 2,5 mg Fr. 50.55 {29.75}		61549002	01.10.2011, B
	19459	Filmtabl 60 Stk 2,5 mg Fr. 118.85 {89.26}		61549003	01.10.2011, B
	19459	Filmtabl 56 Stk 5 mg Fr. 112.05 {83.31}		61549006	01.11.2013, B
	19459	Filmtabl 168 Stk 5 mg Fr. 303.30 {249.93}		61549007	01.11.2013, B
08.03.00	19993	<b>Eviplera</b> (Emtricitabinum, Rilpivirinum, Tenofovirum disoproxilum) Filmtabl 30 Stk (200+25+245 mg) Fr. 1198.30 {1036.50}	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	62155001	01.04.2013, A

**VI. Réductions de prix après admission définitive**

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.15.00 (L)		<b>Benlysta</b> (Belimumabum)	GLAXOSMITHKLINE AG		
	19903	Trockensub 1 Stk 120 mg Fr. 240.- {194.80}		61532001	01.08.2012, A
	19903	Trockensub 1 Stk 400 mg Fr. 761.85 {649.33}		61532002	01.08.2012, A

**VII. Augmentations de prix**

Préparations/substances actives/emballages	Maison responsable	Groupe thérapeut.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact
<b>Bactrim</b> Inf Konz 400/80mg i.v. 10 Amp 5 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	080194	16700	25.40	11.41

**VIII. Modifications de la limitation/de l'indication**

Groupe thérapeutique	N° du dossier	Préparation/ substances actives/emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
06.03.40 (L)		<b>Eliquis</b> (Apixabanum)	BRISTOL-MYERS SQUIBB SA		
	19459	Filmtabl 20 Stk 2,5 mg Fr. 50.55 {29.75}		61549002	01.10.2011, B
	19459	Filmtabl 60 stk 2,5 mg Fr. 118.85 {89.26}		61549003	01.10.2011, B
	19459	Filmtabl 56 Stk 5 mg Fr. 112.05 {83.31}		61549006	01.11.2013, B
	19459	Filmtabl 168 Stk 5 mg Fr. 303.30 {249.93}		61549007	01.11.2013, B

**Vieille limitation:**

Pour la prévention d'événements thromboemboliques (ETE) chez les patients adultes après remplacement électif de la hanche, du genou respectivement durant 32 à 38 jours après remplacement de la hanche et 10 à 14 jours après remplacement du genou.  
Pour la prévention des attaques cérébrales et embolies systémiques chez les patients adultes atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire.

La limitation actuellement en vigueur est supprimée.

07.15.00 (L)		<b>Benlysta</b> (Belimumabum)	GLAXOSMITHKLINE AG		
	19903	Trockensub 1 Stk 120 mg Fr. 240.- {194.80}		61532001	01.08.2012, A
	19903	Trockensub 1 Stk 400 mg Fr. 761.85 {649.33}		61532002	01.08.2012, A

**Vieille limitation:**

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil. Seul(e) un(e) spécialiste en immunologie clinique ou en rhumatologie peut faire la première prescription.  
Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb >=30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl et C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).  
L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

La limitation est formulée différemment:

**Nouvelle limitation:**

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie.  
Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation du médecin conseil.  
Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AcAN >1,80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 UI/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb >=30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl, C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).  
L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

08.03.00		<b>Eviplera</b> (Emtricitabinum, Rilpivirinum, Tenofovirum disoproxilum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	19993	Filmtabl 30 Stk (200+25+245 mg) Fr. 1198.30 {1036.50}		62155001	01.04.2013, A
Nouvelle indication					

---

Stupéfiants

# Vol d'ordonnances

---

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

---

Canton	N <sup>os</sup> de bloc	Ordonnances n <sup>os</sup>
Genève	162728F	4068176–4068200

---

Swissmedic  
Division stupéfiants

Campagne de communication  
**SmokeFree**

Programmes nationaux de prévention



+ Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'OFSP, des cantons et des ONG,  
financée par le fonds de prévention du tabagisme.

**JULIE ARRÊTE DE FUMER.  
VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ LE FAIRE.**  
La ligne stop-tabac vous aide à arrêter :  
**0848 000 181\***

\* 8 ct./min. depuis une ligne fixe



**Je suis plus forte.**

**S M O K E  
FREE**

smokefree.ch

**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 21/15