

Bulletin 4/16

Office fédéral de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Editeur

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

Rédaction

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

Impression

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

Abonnements, changements d'adresse

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

ISSN 1420-4274

Sommaire	
Maladies transmissibles	
Déclarations des maladies infectieuses	72
Statistique Sentinella	74
Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) en Suisse	77
Maladies transmissibles: Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant	80
Santé publique	
Prévenir les ruptures d'approvisionnement en médicaments et en vaccins	82
Stupéfiants	
Vol d'ordonnances	83

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 2^e semaine (19.01.2016)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Pas de données actuelles.

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

	Semaine 02			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	5 <i>3.10</i>	3 <i>1.90</i>		13 <i>2.00</i>	7 <i>1.10</i>	7 <i>1.10</i>	105 <i>1.30</i>	101 <i>1.20</i>	80 <i>1.00</i>	7 <i>2.20</i>	5 <i>1.60</i>	4 <i>1.30</i>
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b	66 <i>41.50</i>	102 <i>64.10</i>	54 <i>33.90</i>	203 <i>31.90</i>	190 <i>29.80</i>	99 <i>15.60</i>	5725 <i>69.20</i>	1642 <i>19.80</i>	2769 <i>33.50</i>	150 <i>47.10</i>	153 <i>48.10</i>	90 <i>28.30</i>
Légionellose	7 <i>4.40</i>	7 <i>4.40</i>	5 <i>3.10</i>	29 <i>4.60</i>	17 <i>2.70</i>	20 <i>3.10</i>	396 <i>4.80</i>	297 <i>3.60</i>	281 <i>3.40</i>	16 <i>5.00</i>	13 <i>4.10</i>	10 <i>3.10</i>
Méningocoques: maladie invasive	2 <i>1.30</i>	1 <i>0.60</i>		6 <i>0.90</i>	4 <i>0.60</i>	3 <i>0.50</i>	43 <i>0.50</i>	39 <i>0.50</i>	48 <i>0.60</i>	6 <i>1.90</i>	2 <i>0.60</i>	
Pneumocoques: maladie invasive	20 <i>12.60</i>	28 <i>17.60</i>	29 <i>18.20</i>	124 <i>19.50</i>	91 <i>14.30</i>	103 <i>16.20</i>	883 <i>10.70</i>	790 <i>9.60</i>	900 <i>10.90</i>	65 <i>20.40</i>	53 <i>16.60</i>	55 <i>17.30</i>
Rougeole		3 <i>1.90</i>	2 <i>1.30</i>	1 <i>0.20</i>	3 <i>0.50</i>	3 <i>0.50</i>	34 <i>0.40</i>	23 <i>0.30</i>	176 <i>2.10</i>		3 <i>0.90</i>	2 <i>0.60</i>
Rubéole ^c							3 <i>0.04</i>	3 <i>0.04</i>	6 <i>0.07</i>			
Rubéole, materno-fœtale ^d												
Tuberculose	8 <i>5.00</i>	18 <i>11.30</i>	8 <i>5.00</i>	30 <i>4.70</i>	38 <i>6.00</i>	22 <i>3.50</i>	534 <i>6.40</i>	485 <i>5.90</i>	536 <i>6.50</i>	14 <i>4.40</i>	24 <i>7.50</i>	12 <i>3.80</i>
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	129 <i>81.10</i>	222 <i>139.50</i>	298 <i>187.30</i>	965 <i>151.60</i>	598 <i>94.00</i>	849 <i>133.40</i>	6975 <i>84.30</i>	7507 <i>90.70</i>	7444 <i>90.00</i>	592 <i>186.00</i>	378 <i>118.80</i>	518 <i>162.80</i>
Hépatite A	2 <i>1.30</i>			7 <i>1.10</i>	2 <i>0.30</i>	4 <i>0.60</i>	46 <i>0.60</i>	57 <i>0.70</i>	55 <i>0.70</i>	5 <i>1.60</i>		
Infection à E. coli entérohémorragique	5 <i>3.10</i>		2 <i>1.30</i>	26 <i>4.10</i>	5 <i>0.80</i>	6 <i>0.90</i>	309 <i>3.70</i>	122 <i>1.50</i>	83 <i>1.00</i>	14 <i>4.40</i>	1 <i>0.30</i>	4 <i>1.30</i>
Listériose	2 <i>1.30</i>	2 <i>1.30</i>	5 <i>3.10</i>	4 <i>0.60</i>	7 <i>1.10</i>	16 <i>2.50</i>	52 <i>0.60</i>	96 <i>1.20</i>	69 <i>0.80</i>	4 <i>1.30</i>	5 <i>1.60</i>	9 <i>2.80</i>
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				2 <i>0.30</i>	2 <i>0.30</i>		16 <i>0.20</i>	24 <i>0.30</i>	23 <i>0.30</i>		1 <i>0.30</i>	
Salmonellose, autres	24 <i>15.10</i>	19 <i>11.90</i>	17 <i>10.70</i>	64 <i>10.00</i>	52 <i>8.20</i>	47 <i>7.40</i>	1373 <i>16.60</i>	1234 <i>14.90</i>	1267 <i>15.30</i>	42 <i>13.20</i>	27 <i>8.50</i>	29 <i>9.10</i>
Shigellose	6 <i>3.80</i>	2 <i>1.30</i>	1 <i>0.60</i>	18 <i>2.80</i>	6 <i>0.90</i>	10 <i>1.60</i>	192 <i>2.30</i>	143 <i>1.70</i>	145 <i>1.80</i>	14 <i>4.40</i>	3 <i>0.90</i>	4 <i>1.30</i>

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

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

	Semaine 02			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014	2016	2015	2014
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	167 105.00	148 93.00	145 91.10	649 102.00	535 84.00	505 79.30	10166 122.90	9737 117.70	8635 104.40	339 106.50	246 77.30	202 63.50
Gonorrhée	53 33.30	41 25.80	28 17.60	190 29.80	111 17.40	92 14.40	1966 23.80	1603 19.40	1677 20.30	105 33.00	62 19.50	46 14.40
Hépatite B, aiguë		1 0.60	2 1.30	1 0.20	3 0.50	3 0.50	29 0.40	48 0.60	67 0.80		2 0.60	2 0.60
Hépatite B, total déclarations	25	19	17	119	59	80	1398	1401	1440	56	27	20
Hépatite C, aiguë					1 0.20	3 0.50	43 0.50	54 0.60	49 0.60			
Hépatite C, total déclarations	23	22	13	101	91	71	1450	1675	1723	46	29	17
Infection à VIH*		3 1.90	36 22.60		34 5.30	36 5.70	514 6.20	520 6.30	580 7.00		28 8.80	36 11.30
Sida*		1 0.60			7 1.10	3 0.50	77 0.90	90 1.10	125 1.50		1 0.30	
Syphilis	34 21.40	19 11.90	23 14.40	86 13.50	55 8.60	61 9.60	1076 13.00	1058 12.80	1121 13.60	42 13.20	27 8.50	29 9.10
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							1 0.01	3 0.04	4 0.05			
Chikungunya		2 1.30	1 0.60	3 0.50	6 0.90	2 0.30	41 0.50	87 1.00	6 0.07	1 0.30	3 0.90	2 0.60
Dengue	6 3.80	1 0.60	4 2.50	18 2.80	5 0.80	9 1.40	208 2.50	124 1.50	176 2.10	11 3.50	1 0.30	5 1.60
Encéphalite à tiques				1 0.20	1 0.20		121 1.50	113 1.40	202 2.40			
Fièvre du Nil occidental									1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q	2 1.30			5 0.80	1 0.20		40 0.50	40 0.50	26 0.30	2 0.60		
Infection à Hantavirus							2 0.02	1 0.01				
Paludisme	6 3.80	8 5.00	3 1.90	23 3.60	14 2.20	7 1.10	421 5.10	308 3.70	158 1.90	9 2.80	9 2.80	4 1.30
Trichinellose				1 0.20			3 0.04		1 0.01			
Tularémie				2 0.30	4 0.60	2 0.30	46 0.60	37 0.40	29 0.40			1 0.30
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01			
Diptérie ^f							10 0.10	1 0.01	1 0.01			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60			1 0.20	1 0.20	16 0.20	17 0.20	21 0.20		1 0.30	
Tétanos							1 0.01					

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 15.1.2016 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

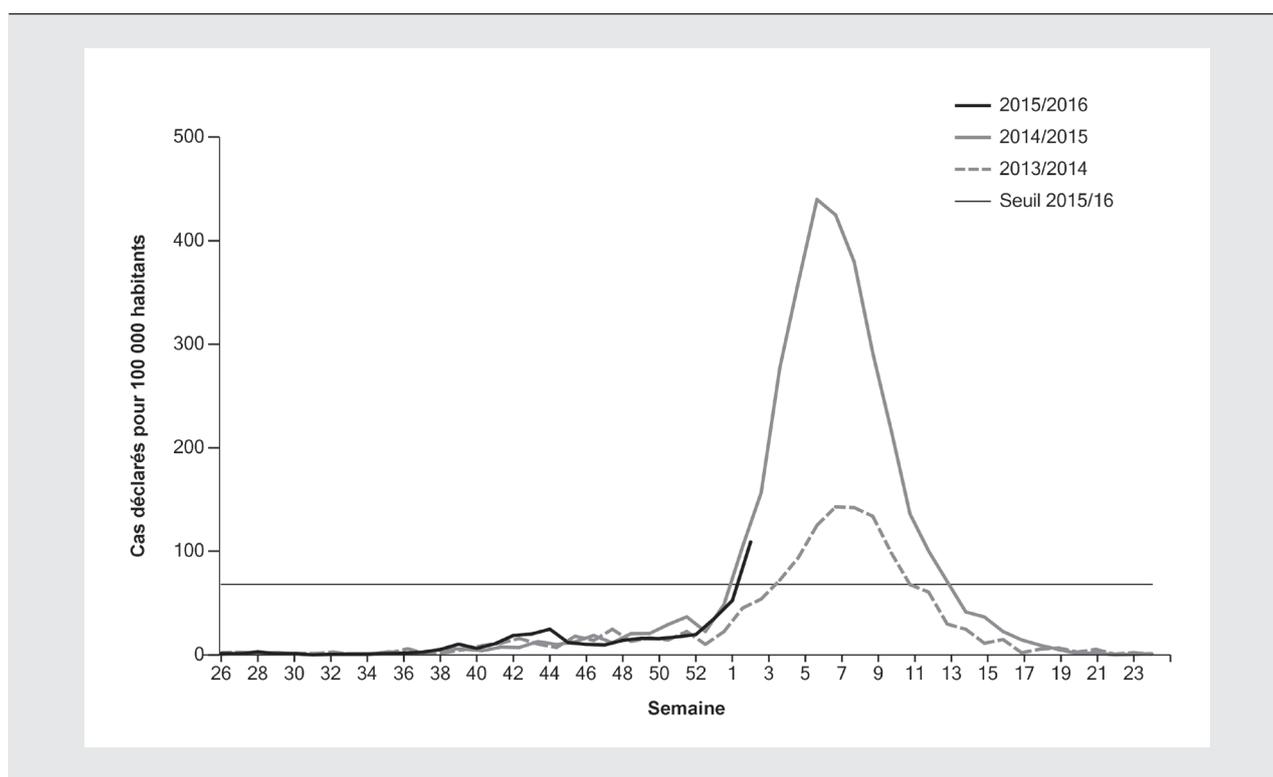
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	52		53		1		2		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Thème										
Suspicion d'influenza	29	3.3	44	9.2	114	10.1	119	12.9	76.5	8.9
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Pneumonie	6	0.7	13	2.7	27	2.4	20	2.2	16.5	2.0
Coqueluche	4	0.5	8	1.7	4	0.4	9	1.0	6.3	0.9
Piqûre de tiques	0	0	1	0.2	0	0	0	0	0.3	0.1
Borréliose de Lyme	1	0.1	1	0.2	0	0	0	0	0.5	0.1
Médecins déclarants	140		93		140		104		119.3	

Données provisoires

Déclarations de suspicion d'influenza dans le système Sentinella
Grippe saisonnière

Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants



Déclarations de suspicion d'influenza (état au 19.1.2016)

Activité et virologie en Suisse durant la semaine 2/2016

Durant la semaine 2, 104 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 12,9 cas de suspicion d'influenza pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la popula-

tion, ce taux correspond à une incidence de 109 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. L'incidence a doublé par rapport à celle de la semaine précédente (53 cas pour 100 000 habitants) et se situe pour la première fois durant cette saison au-dessus du seuil épidémique national¹. L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des

0 à 4 ans (Tableau 1). Par rapport à la semaine précédente, elle a particulièrement augmenté chez les personnes de cet âge.

¹ Le seuil épidémique national a été calculé à l'aide des déclarations des 10 dernières saisons (sans pandémie 2009/10) en Suisse et se situe à 68 cas de suspicion d'influenza pour 100 000 habitants pour la saison 2015/16.

Les trois régions Sentinella «BE, FR, JU», «AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH» et «GR, TI» ont enregistré une activité grippale largement répandue avec une tendance ascendante, deux régions une activité répandue et la région «GE, NE, VD, VS», une activité sporadique (Tableau 1, Encadré).

Durant la semaine 2, le Centre National de Référence de l'Influenza a mis en évidence des virus Influenza dans 26 % des 47 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella, soit à peu près aussi fréquemment que pendant la semaine précédente (24 %). Les virus détectés étaient dans 33 % des échantillons positifs des Influenza B et dans 67 % des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09 (Tableau 2). Les cinq virus Influenza A génétiquement caractérisés depuis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin contre la grippe saisonnière [1].

Activité et virologie en Europe et dans le monde durant la semaine 1/2016

Selon le bureau régional de l'OMS pour l'Europe et selon le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) [2,3], 35 des 43 pays qui ont fourni des données ont enregistré une intensité de l'activité grippale basse et huit pays une activité moyenne. Par rapport à la semaine précédente, 20 de ces pays ont enregistré une tendance à la hausse. Quant à la répartition géographique, 7 des 42 pays qui ont fourni des données n'ont observé aucune activité grippale, 19 pays ont observé une activité sporadique (dont l'Allemagne, la France et l'Italie), sept pays une activité locale et neuf une activité largement répandue.

En Europe, des virus Influenza ont été mis en évidence dans 37 % des 1157 échantillons sentinelles testés, soit plus fréquemment que durant la semaine précédente (30 %). 23 % des virus détectés étaient des Influenza B et 77 % des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09 (Tableau 2). 84 % des 316 virus Influenza antigéniquement ou génétiquement caractérisés depuis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin trivalent et 100 % par le vaccin quadrivalent contre la grippe saisonnière [1]; les virus non couverts étaient des virus Influenza B. Un des

Tableau 1
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge et de la région pour 100 000 habitants durant la semaine 2/2016

Incidence	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Activité grippale Classification, (tendance)
Incidence par âge		
0-4 ans	144	(ascendante)
5-14 ans	106	(ascendante)
15-29 ans	98	(ascendante)
30-64 ans	120	(ascendante)
≥ 65 ans	81	(ascendante)
Incidence par région Sentinella		
Région 1 (GE, NE, VD, VS)	30	sporadique, (constante)
Région 2 (BE, FR, JU)	87	largement répandue, (ascendante)
Région 3 (AG, BL, BS, SO)	51	répandue, (ascendante)
Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)	60	répandue, (constante)
Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH)	102	largement répandue, (ascendante)
Région 6 (GR, TI)	337	largement répandue, (ascendante)
Suisse	109	répandue, (ascendante)

Tableau 2
Virus Influenza circulant en Suisse et en Europe
Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées depuis la semaine 40/2015

	Semaine actuelle	Semaines cumulées
Suisse durant la semaine 2/2016		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés)	26 % (47)	17 % (226)
B	33 %	39 %
A(H3N2)	0 %	13 %
A(H1N1)pdm09	33 %	37 %
A non sous-typé	34 %	11 %
Europe durant la semaine 1/2016		
Part d'échantillons positifs (Nombre d'échantillons testés)	37 % (1157)	10 % (12 082)
B	23 %	26 %
A(H3N2)	13 %	12 %
A(H1N1)pdm09	59 %	56 %
A non sous-typé	5 %	6 %

136 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés présentait une résistance à l'Oseltamivir. Aucun des 31 virus Influenza A(H3N2) et aucun des neuf virus Influenza B testés ne présentait de résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase.

Durant la semaine 1 aux Etats-Unis [4], la plupart des Etats ont enregistré une activité grippale sporadique et d'une intensité basse mais avec une légère tendance à la hausse. 32 % des virus grippaux détectés étaient des Influenza B et 68 % des Influenza A, qui appartenaient majoritairement au sous-type A(H1N1)pdm09. Aux Etats-Unis, 97 % des 209 virus Influenza antigéniquement ou génétiquement ca-

ractérisés depuis la semaine 40/2015 sont couverts par le vaccin trivalent et 100 % par le vaccin quadrivalent contre la grippe saisonnière [1]. Un des 75 virus Influenza A(H1N1)pdm09 testés présentait une résistance à l'Oseltamivir et au Peramivir, mais pas au Zanamivir. Aucun des 166 virus Influenza A(H3N2) et aucun des 64 virus Influenza B testés ne présentait de résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase. ■

Contact

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

LA SURVEILLANCE SENTINELLA DE LA GRIPPE EN SUISSE

L'évaluation épidémiologique de l'activité grippale saisonnière est basée (1) sur les déclarations hebdomadaires de suspicion d'influenza transmises par les médecins Sentinella, (2) sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève et (3) sur tous les sous-types d'Influenza confirmés par les laboratoires soumis à la déclaration obligatoire.

Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

CLASSIFICATION DE L'ACTIVITÉ GRIPPALE

La classification de l'activité grippale se base (1) sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et (2) sur la mise en évidence des virus Influenza au CNRI :

- Pas d'activité : moins de 30% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Aucun virus Influenza n'a été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle et précédente.*
- Sporadique : moins de 30% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.*
- Répandue : 30 à 49% des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.*
- Largement répandue : 50% et plus des médecins Sentinella déclarants ont diagnostiqué des cas d'affections grippales. Des virus Influenza ont été mis en évidence au cours de la semaine de déclaration actuelle ou précédente.*

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Cette dernière est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella!

Références

1. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015-16 northern hemisphere influenza season, http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/
2. World Health Organisation Regional office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Flu News Europe, <http://www.flunewseurope.org/>
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data (accessed on 18.01.2016), http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/seasonal_influenza/epidemiological_data/Pages/Latest_surveillance_data.aspx
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FluView, <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>

Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) en Suisse

INTRODUCTION

La prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) est une chimioprophylaxie par voie orale. Elle permet aux hommes et aux femmes exposés de manière temporaire à un risque élevé d'infection par le VIH, de se protéger en prenant systématiquement leurs médicaments contre le VIH. La prise doit être quotidienne ou avoir lieu tout au moins suffisamment longtemps avant et après un rapport sexuel à risque. Cette intervention pharmacologique offre une protection élevée mais toutefois pas totale contre le VIH. Elle ne protège pas non plus contre d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) ou contre les hépatites virales. Aussi doit-elle être associée autant que possible à d'autres mesures préventives (préservatif, p. ex.).

Une chimioprophylaxie contre le VIH doit être prescrite et surveillée par un médecin ayant de l'expérience tant dans le conseil en matière de santé sexuelle que dans les traitements antirétroviraux.

Les médicaments contre le VIH ne sont pas autorisés en Suisse comme traitement préventif. Les médecins qui prescrivent une chimioprophylaxie orale contre le VIH le font en dehors de l'utilisation prévue (off-label-use) et peuvent donc être tenus pour responsables des effets secondaires éventuels qu'elle pourrait entraîner. Ces médicaments ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire des soins.

Recommandation

La chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) offre une protection comparable – du point de vue du VIH mais pas des autres IST – à celle du préservatif, à cela près que son prix est nettement plus élevé et ses effets secondaires à long terme en partie inconnus. La CFSS la recommande par conséquent uniquement à titre temporaire et pour un petit groupe de personnes sérieusement exposées au risque d'infection par le VIH, dans l'incapacité d'utiliser le préservatif de manière systématique, et auxquelles la prise régulière de médicaments contre le VIH de manière préventive permet de renouer avec une vie sexuelle dénuée de toute crainte.

Groupe cible

En Suisse, la prescription d'une chimioprophylaxie contre le VIH peut être envisagée chez les personnes séronégatives exposées à un risque important de contamination par le VIH. Ce risque dépend de facteurs comportementaux (nombreux partenaires occasionnels, difficulté d'utiliser systématiquement le préservatif lors d'un rapport sexuel anal ou vaginal) et de la prévalence du VIH dans le groupe de personnes en question. Une IST comme la syphilis ou le lymphogranulome vénérien (Lymphogranuloma venereum), la pratique de ce que l'on appelle le « chemsex » ou une prescription répétée de prophylaxie post-exposition contre le VIH peuvent indiquer un risque important de contamination par le VIH. Le risque peut aussi être temporairement accru, justifiant une PrEP limitée dans le temps (tourisme sexuel/parties fines dans des pays/villes où la prévalence du VIH est élevée, etc.). La CFSS part du principe que le rapport coût-efficacité de ce traitement n'est favorable que chez une minorité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), autrement dit lorsque le risque de transmission du VIH est substantiellement accru.

Les personnes séronégatives ayant des rapports sexuels avec un partenaire dont ils connaissent la séropositivité et qui est sous traitement antirétroviral (ARV) efficace n'ont pas besoin de PrEP. En effet, selon les recommandations suisses de 2008, les personnes séropositives suivant un traitement ARV efficace (dont la charge virale est en dessous du seuil de détection depuis plus de six mois) ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle [1].

Médicaments dont l'efficacité prophylactique est prouvée

Actuellement, l'efficacité d'une chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) est prouvée uniquement pour l'utilisation combinée de tenofovir 245 mg et d'emtricitabine 200 mg (TDF/FTC). En Suisse, cette préparation est disponible sous le nom de Truvada® au prix de 900 francs la boîte de 30 comprimés (conditionnement mensuel). La plupart des études ont montré l'efficacité du traitement en cas de prise quotidi-

enne [2, 3]. Chez les HSH exposés à un risque substantiellement accru d'infection par le VIH, la PrEP a donné des résultats satisfaisants même en cas de prise intermittente (deux comprimés TDF/FTC entre 24 et deux heures avant le rapport sexuel planifié ainsi que 24 et 48 heures après la première prise). Toutefois la fréquence d'utilisation de la PrEP était très élevée, soit une quinzaine de comprimés par mois en moyenne, de sorte que l'efficacité d'un traitement limité à 2 comprimés avant et après un rapport isolé ne peut être établie avec certitude. Les auteurs de l'étude indiquent eux-mêmes que les résultats favorables de l'étude ne peuvent pas s'appliquer aux personnes qui, selon le schéma susmentionné, prennent moins de quatre doses par mois [4]. À l'inverse, pour un traitement intermittent, la dose hebdomadaire ne doit pas dépasser sept comprimés. L'efficacité d'une chimioprophylaxie orale contre le VIH à raison de 245 mg de tenofovir sans emtricitabine a été scientifiquement prouvée uniquement chez les hétérosexuels. Comme la plupart des médicaments – et des préservatifs – la chimioprophylaxie contre le VIH n'est efficace qu'à condition d'être correctement utilisée.

Prescription

En cas de prescription d'une chimioprophylaxie contre le VIH en dehors de l'utilisation prévue, plusieurs points sont à respecter. Il est essentiel que le patient soit documenté et reste séronégatif. Le prescripteur doit être conscient qu'en cas de prise prolongée, le tenofovir peut s'avérer toxique pour les reins et les os, et agir comme inhibiteur de la télomérase [5–8]. Précautions à prendre : restreindre l'indication de la PrEP aux personnes n'ayant pas de problèmes rénaux, ne pas administrer simultanément des médicaments néphrotoxiques, contrôler la fonction rénale chaque trimestre ou semestre et prescrire une supplémentation optimale en vitamine D. Limiter la prescription à une durée maximale de trois mois afin de garantir des contrôles réguliers. En cas de suspicion clinique de séroconversion VIH, ou de séroconversion VIH documentée sous TDF/FTC remis à titre préventif, interrompre immédiatement le traitement.

Pratique

Information des patients:

- Coût et effets secondaires possibles de la PrEP (os, reins, cf. texte)
- En cas de suspicion clinique de primo-infection par le VIH, poser immédiatement le diagnostic de VIH (test de dépistage du VIH de 4e génération) et interrompre provisoirement la PrEP

Avant de prescrire une PrEP

- Vérifier et discuter l'indication. Le patient doit présenter un risque substantiellement accru d'infection par le VIH
- Sérologie VIH négative documentée depuis au moins six semaines à compter de la dernière situation à risque
- Fonction rénale normale (la sécurité de l'association TDF/FTC n'a pas été établie pour un DFG_e < 50 ml/min)
- Exclusion de l'infection par hépatite B au moyen des marqueurs virologiques Ag HBs et ALT: en cas d'infection active par l'hépatite B, envisager la poursuite d'un traitement de l'hépatite B après interruption de la PrEP
- Analyses de laboratoire complémentaires : sérologies pour les hépatites A, B, C et la syphilis
- Vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B si le patient n'est pas immunisé
- Frottis anal, oral et urétral (vaginal) visant à détecter une éventuelle infection à *C. trachomatis* ou à gonocoque (*N. gonorrhoeae*).
- Optimisation de la supplémentation en vitamine D

Tous les trois mois

- Vérification et discussion du maintien de l'indication
- Sérologie pour le VIH (test de dépistage du VIH de 4e génération)
- Sérologie pour la syphilis
- Recherche de symptômes de maladies vénériennes (examens anal et génital)
- Frottis anal, oral et urétral (vaginal) visant à détecter une éventuelle infection à *C. trachomatis* ou à gonocoque (*N. gonorrhoeae*).
- Evaluation et encouragement concernant l'observance du traitement médicamenteux
- Evaluation des effets secondaires provoqués par les médicaments et des interactions éventuelles

Tous les six mois

- Sérologie pour l'hépatite C, transaminases
- Examen de la fonction rénale (si le patient n'a pas de problème rénal et ne prend pas de comédication néphrotoxique ainsi qu'en l'absence d'autres facteurs de risque néphrologiques ; sinon, tous les trois mois)

Efficacité

Une diminution relative de 44% de l'incidence du VIH chez les HSH traités par PrEP sur la base d'un schéma de prise quotidienne régulière de TDF/FTC a été démontrée dès 2010 (intervalle de confiance à 95% compris entre 15% et 63%). Autrement dit, il a fallu traiter 100 personnes pendant un an pour empêcher une infection par le VIH (essai clinique iPrEx, [9]). Cette efficacité modérée s'explique principalement par une prise irrégulière des comprimés. Lorsque le traitement a été suivi correctement, son efficacité a dépassé les 90%. Il est donc essentiel de discuter régulièrement avec les patients avant la première prescription, pour garantir l'observance du traitement médicamenteux.

Deux nouvelles études menées en Angleterre (PROUD, [2]) et en France (IperGay, [4]) pendant 12 et

13 mois ont montré que le traitement avait un effet protecteur respectivement de 86% (intervalle de confiance à 90% compris entre 58% et 96%) et de 82% (analyse en intention de traiter, intervalle de confiance à 95% compris entre 36% et 97%). La principale différence de ces études par rapport à l'essai clinique iPrEx était la sélection très poussée des sujets (les participants à l'étude IperGay avaient déjà été sous prophylaxie post-exposition (PEP) pour un tiers d'entre eux, ont eu plus de huit partenaires sexuels en moyenne en deux mois et pratiquaient le chemsex pour près de la moitié d'entre eux; les participants à l'étude PROUD avaient un profil similaire). Dans le cadre de l'étude IperGay, il a fallu traiter 18 HSH pour empêcher une infection par le VIH (nombre de sujets à traiter NNT) contre seule-

ment 13 dans le cadre de l'étude PROUD. L'étude IperGay a mis en évidence un effet protecteur du TDF/TFC comparable à celui observé dans le cadre de l'étude PROUD mais – d'où l'intérêt particulier de ce résultat – pour une prise seulement intermittente (cf. ci-dessus). Des études pharmacocinétiques suggèrent toutefois que les HSH devraient commencer leur PrEP environ une semaine avant d'en avoir besoin [10].

À la lumière de ces études, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de proposer une chimioprophylaxie contre le VIH avec prise de TDF par voie orale aux personnes exposées à un risque substantiel de contamination par le VIH [11]. L'OMS préconise expressément la PrEP non pas pour tous les HSH mais comme stratégie de prévention supplémentaire pouvant

être utilisée en cas d'exposition individuelle temporaire à un risque d'infection très élevé [12]. La Société européenne de recherche clinique sur le sida (EACS) recommande la PrEP [13] pour les adultes présentant un risque accru de contamination par le VIH, en premier lieu les HSH et les personnes transsexuelles qui n'utilisent pas systématiquement de préservatif. Les deux organisations soulignent la nécessité de surveiller chaque chimioprophylaxie contre le VIH dans un cadre clinique.

L'OMS parle de risque substantiel de contamination pour une incidence du VIH supérieure à 3 pour 100 personnes-années [14]. En Suisse, le taux annuel de diagnostics d'infection par le VIH est actuellement de 0,3 pour 100 personnes-années chez les HSH (OFSP). Cette comparaison montre qu'en Suisse, une chimioprophylaxie contre le VIH par voie orale n'est pas indiquée pour tous les HSH.

Rentabilité

En Europe, les calculs de rentabilité de la PrEP ne sont disponibles que pour la Grande-Bretagne. Ils montrent que le Truvada® est rentable lorsqu'il est spécifiquement prescrit à des HSH qui pratiquent le sexe anal sans préservatif avec cinq partenaires occasionnels ou plus en trois mois, ou à un prix inférieur de 80% à son prix actuel (le Truvada® est légèrement moins cher en Grande-Bretagne) [15].

Selon les critères susmentionnés, moins de 1000 personnes pourraient prétendre à une chimioprophylaxie par voie orale dans toute la Suisse, ce qui, pour une prise quotidienne, représenterait un coût d'environ 10 millions de francs en médicaments [16].

Conclusion

La CFSS est d'avis qu'en matière de prévention du VIH, les moyens financiers doivent être consacrés en priorité à faire baisser efficacement le nombre d'individus infectieux – par le respect scrupuleux des règles du safer sex, un diagnostic et un traitement précoces ainsi que l'interruption des chaînes de transmission à un stade précoce de l'infection par le VIH [17, 18]. La prescription d'une PrEP peut être tout à fait indiquée dans certains cas. La CFSS propose

d'observer, de documenter et d'évaluer avec un système approprié les expériences réalisées avec les traitements médicamenteux préventifs contre l'infection par le VIH en Suisse.

Literatur:

- Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2008; 89(5): p. 165-9.
- McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2015.
- Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2587-99.
- Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(23):2237-46.
- Bollmann FM. Telomerase inhibition may contribute to accelerated mitochondrial aging induced by anti-retroviral HIV treatment. *Med Hypotheses*. 2013;81(2):285-7.
- Leeansyah E, Cameron PU, Solomon A, Tennakoon S, Velayudham P, Gouillou M, et al. Inhibition of telomerase activity by human immunodeficiency virus (HIV) nucleos(t)ide reverse transcriptase inhibitors: a potential factor contributing to HIV-associated accelerated aging. *J Infect Dis*. 2013;207(7):1157-65.
- Sahin E, Colla S, Liesa M, Moslehi J, Muller FL, Guo M, et al. Telomere dysfunction induces metabolic and mitochondrial compromise. *Nature*. 2011;470(7334):359-65.
- Torres RA, Lewis W. Aging and HIV/AIDS: pathogenetic role of therapeutic side effects. *Lab Invest*. 2014;94(2):120-8.
- Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(9):820-9.
- Seifert SM, Glidden DV, Meditz AL, Castillo-Mancilla JR, Gardner EM, Predhomme JA, et al. Dose response for starting and stopping HIV preexposure prophylaxis for men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2015;60(5):804-10.
- (WHO) WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations 2014. Téléchargeable à l'adresse suivante: www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en.
- (WHO) WHO. Questions and answers on Pre-exposure Prophylaxis for men who have sex with men 2014. Téléchargeable à l'adresse suivante: www.who.int/hiv/pub/guidelines/qa-prep-msm/en/.
- European AIDS Clinical Society (EACS). EACS Guidelines. Version 8.0 2015. Téléchargeable à l'adresse suivante: [www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines.html](http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html).
- (WHO) WHO. Policy brief on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection (PrEP) 2015. Téléchargeable à l'adresse suivante: www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en.
- Cambiano V, Miners A, Dunn D T, McCormack S, Gill O N, Nardone A, et al. Is pre-exposure prophylaxis for HIV prevention cost-effective in men who have sex with men who engage in condomless sex in the UK? *Sex Transm Infect* 2015;91:O1.
- The EMIS network. EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013.
- Kohler P, Schmidt AJ, Cavassini M, Furrer H, Calmy A, Battegay M, et al. The HIV care cascade in Switzerland: reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV. *AIDS*. 2015;29(18):2509-15.
- Marzel A, Shilahi M, Yang WL, Boni J, Yerly S, Klimkait T, et al. HIV-1 Transmission During Recent Infection and During Treatment Interruptions as Major Drivers of New Infections in the Swiss HIV Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2015.

Contact:

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

Maladies transmissibles: Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prévention contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant

SITUATION DE DÉPART

La dernière actualisation des recommandations suisses en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) ont été publiées en 2009 par la Commission clinique et thérapie VIH/ sida [1]. Entre-temps, de nouveaux éléments ont vu le jour et ces recommandations doivent faire l'objet d'une nouvelle évaluation.

Un groupe de travail ad hoc (voir annexe 1) s'est penché sur les 4 grands domaines thématiques des recommandations TME pour le compte du Groupe de travail clinique et thérapie de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS)* :

1. Thérapie antirétrovirale suivie par la femme enceinte
2. Type d'accouchement
3. Prophylaxie post-exposition (PEP) néonatale, et
4. Allaitement

Sur la base des données actuelles, le groupe de travail conclut qu'il n'existe pas de risque majeur de transmission verticale du VIH chez les mères séropositives qui ont suivi au long de la grossesse un traitement ayant permis la suppression complète de la charge virale du VIH.

Des nouvelles recommandations ont pu être finalisées par le groupe d'experts pour les trois premiers domaines thématiques. Les recommandations pour le quatrième domaine suivront en 2016.

Sur le point de l'allaitement, après consultation au sein de la CFSS, une étude approfondie de la littérature spécialisée et de plus amples vérifications seront encore nécessaires afin d'aboutir à une recommandation finale. Ce processus devrait prendre quelques mois.

En raison d'une forte demande pour des recommandations concernant la conduite à adopter en post-partum pour les femmes enceintes séropositives sous thérapie antirétrovirale suppressive, la CFSS a décidé de publier une recommandation intérimaire pour les questions concernant les domaines 1 à 3.

La publication d'une recommandation détaillée s'appliquant à toutes les femmes enceintes et à la question de l'allaitement est prévue pour 2016.

RECOMMANDATION INTÉrimAIRE ACTUELLE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION CONTRE LA TME

Prémisse

Les présentes recommandations se limitent aux femmes enceintes ayant correctement suivi une thérapie antirétrovirale au cours de leur grossesse et dont la charge virale a été totalement supprimée de façon stable en fin de grossesse (au moins à partir de la 34^e-36^e semaine).

1. Thérapie antirétrovirale pendant la grossesse

La thérapie antirétrovirale doit être mise en œuvre dès que possible, dans l'idéal avant le début de la grossesse. Si la patiente n'a suivi aucun traitement antiviral au cours du 1^{er} trimestre, le traitement pourrait être repoussé au 2^e trimestre en fonction de la situation clinique.

Il n'existe pas de limitations majeures dans le choix des substances antirétrovirales dès le 2^{ème} trimestre, voir à ce sujet les lignes directrices de l'EACS [2], version 8.0, octobre 2015, version en ligne page 12 (lien).

2. Type d'accouchement

Dans le cas d'une antirétrovirale suppressive stable, (charge virale indétectable) sous traitement (voir au-dessus), rien ne s'oppose du point de vue infectiologique à une tentative d'accouchement par voie basse. A priori, il n'a pas de contre-indication aux procédures obstétricales durant l'accouchement. Pendant l'accouchement, et en cas de charge virale indétectable, l'administration d'un traitement supplémentaire de zidovudine intraveineuse n'est ni nécessaire, ni indiquée. Depuis peu, une coinfection au VHC-VIH n'est plus un argument pour une césarienne.

3. Prophylaxie post-exposition néonatale (PEP néonatale)

Dans le cas d'une thérapie antirétrovirale suppressive stable chez la femme enceinte (virémie indétectable), (voir ci-dessus), une PEP néonatale (thérapie VIH pour l'enfant) n'est pas nécessaire et n'est plus recommandée. Cette recommandation ne concerne pas les femmes enceintes présentant une

virémie détectable peu avant l'accouchement. La marche à suivre devra alors absolument faire l'objet d'une discussion entre les spécialistes en maladies infectieuses, en gynécologie et les pédiatres. Selon la situation, une prophylaxie post-exposition du nouveau-né accompagnée d'une triple thérapie (inhibiteur de protéase et 2 NRTI) sera alors recommandée. Cette recommandation se distingue radicalement de celles qui ont été émises par les autres pays. Par conséquent, les arguments de celle-ci ont fait l'objet d'une discussion distincte au sein du GT 1 (voir annexe 2).

4. Allaitement – pas de recommandation à l'heure actuelle

En principe, le risque d'une transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant l'allaitement est également jugé très faible si la mère a une charge virale indétectable et continue de suivre une thérapie antirétrovirale suppressive stable et efficace. Cependant, il y a d'autres aspects qui doivent être examinés avec soin, tels que la traversée ou non des médicaments dans le lait maternel qui pourraient affecter l'enfant, la réactivation du VIH latent dans les cellules dans le lait maternel ou des épisodes de mastites. Néanmoins, le groupe de travail souhaiterait encore procéder à d'autres analyses de la littérature spécialisée avant de pouvoir émettre une recommandation définitive à ce sujet.

Groupe de travail (voir annexe 1)

Annexe 1: Groupe de travail ad hoc MoCHiV

Karoline Aebi-Popp (Berne), Enos Bernasconi (Lugano), Christian Kahlert (St. Gall), Begoña Martínez de Tejada (Genf/Genève), David Nadal (Zurich), Christoph Rudin (Bâle), Cornelia Stähelin (Berne), Noémie Wagner (Genève), Pietro Vernazza (St. Gall)

Annexe 2: Argumentaire en faveur de l'abandon de la PEP néonatale

Selon les recommandations actuelles, une prophylaxie post-exposition avec zidovudine (AZT) de 2 à 6 semaines est indiquée pour les nouveau-nés de mères séropositives (PEP néonatale). Cette recom-

mandation s'appuie sur les résultats de l'étude PACTG-076 [3] et a été introduite au milieu des années 1990. Depuis, le domaine des thérapies antirétrovirales (TAR) pour la mère a connu une véritable révolution. Désormais, des TAR plus efficaces et mieux tolérées sont disponibles. Il existe également des options thérapeutiques plus efficaces pour la PEP néonatale. Ainsi, l'étude PACTG-1043 [4] a montré que la prophylaxie combinée (AZT plus nevirapine) chez les femmes enceintes non traitées et les enfants non allaités était par exemple deux fois plus efficace que la prophylaxie simple avec AZT, actuellement recommandée, pour éviter une transmission verticale (PTME). *Ainsi, l'AZT n'est clairement pas le meilleur choix de traitement préventif de la transmission VIH de la mère à l'enfant. Dans tous les cas, s'il existe un risque majeur de transmission, il convient d'appliquer la prophylaxie la plus efficace.*

Les données extraites de l'étude PHPT-1 [5] portant sur les femmes enceintes suivant la monothérapie AZT et les enfants non allaités montrent que la PEP néonatale avec AZT réduite à 3 jours n'est pas inférieure à une PTME de 6 semaines. *Cependant, en cas de risque majeur de transmission, l'efficacité d'une prophylaxie AZT de plus de 3 jours doit être discutée.*

Dans une étude complémentaire (PHPT-2) [6], l'effet supplémentaire d'une prise unique de névirapine (sdNVP) par la mère et l'enfant a été comparé à celui d'un placebo. Dans ce cas, une sdNVP par la mère entraînait clairement une réduction de la transmission verticale. En revanche, une prise par l'enfant complétée par de l'AZT pendant une semaine n'avait aucun effet supplémentaire. Il convient de ne pas perdre de vue que, dans les deux études, la suppression de la charge virale du VIH par thérapie AZT était insuffisante chez la mère. Ceci est sans commune mesure avec la situation que connaît la Suisse depuis quelques années déjà. *Pour résumer, si les femmes enceintes ne suivent pas de TAR, une prise de névirapine, en plus de la PEP néonatale, a un effet bénéfique. Cependant, chez les femmes enceintes traitées par monothérapie d'AZT (thé-*

rapie par ailleurs insuffisante selon recommandations actuelles), cet effet n'est plus détectable.

Malgré l'absence d'indices plaçant en faveur de l'efficacité de la PEP néonatale avec AZT dans le cas d'une suppression totale de la charge virale du VIH chez les femmes enceintes, la recommandation est restée inchangée jusqu'à présent. Il est fort probable que cela soit dû au fait qu'aucune étude contrôlée et randomisée n'a été menée sur ce cas précis.

La PEP présente une toxicité non négligeable. Par conséquent, une évaluation du rapport bénéfice - risque est nécessaire. Dans les situations suivantes, les mesures de prévention efficaces ont été abandonnées parce que le risque de transmission a été évalué comme négligeable avec une charge virale indétectable VIH.

- pas de césarienne primaire si la mère est infectée par le VIH
- pas de préservatif lors de rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH
- aucune PEP en cas de piqûre d'aiguille dont la source est VIH-positive
- aucune PEP lors des rapports sexuels avec personne infectée par le VIH

Dans le cas d'une suppression totale de la source, les nouvelles lignes directrices de l'EACS [2], ainsi que celles du CFSS [7] ne recommandent pas non plus de PEP. *Pour toutes ces raisons, le GT 1 est ainsi d'avis d'abandonner la recommandation de la PEP néonatale en tant que mesure de PTME.*

Bibliographie:

1. BAG Bulletin 5/09. 2009 [cited 2015 Dec 14]; Available from: www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/04412/05934/
2. EACS Guidelines 8.0 [Internet]. [cited 2015 Nov 23]. Available from: www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html
3. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N. Engl. J. Med. 1994;331:1173–80.
4. Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson YJ, Joao EC, Pilotto JH, et al. Three postpartum antiretro-

viral regimens to prevent intrapartum HIV infection. N. Engl. J. Med. 2012;366:2368–79.

5. Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Kim S, Koetsawang S, Comeau AM, et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Perinatal HIV Prevention Trial (Thailand) Investigators. N. Engl. J. Med. 2000;343:982–91.
6. Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, Mary JY, Ngo-Giang-Huong N, Koetsawang S, et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. N. Engl. J. Med. 2004;351:217–28.
7. El Amari EB, Schmid P, Bernasconi E, Cavassini M, Furrer H, Kahlert C, et al. Postexpositionelle Prophylaxe (PEP) von HIV ausserhalb des Medizinalbereichs. [cited 2016 Jan 4]; Available from: www.medicalforum.ch/docs/smf/2014/08/de/smf_01805.pdf

Contact:

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

Prévenir les ruptures d'approvisionnement en médicaments et en vaccins

En Suisse, la sécurité de l'approvisionnement en médicaments est bonne malgré les quelques incidents observés ces dernières années. Telles sont les conclusions d'un rapport du Conseil fédéral dans lequel il formule plusieurs recommandations concernant le stockage, la production, l'accès au marché, la formation des prix et le remboursement.

Les épisodes de pénurie, en médicaments oncologiques ou en vaccins par exemple, sont principalement dûs à la centralisation croissante de la production et de la distribution. En effet, le nombre d'entreprises de fabrication diminue, le stockage et la distribution se concentrent sur quelques sites, et les structures d'approvisionnement décentralisées se raréfient.

Afin d'augmenter la disponibilité des médicaments à long terme, le Conseil fédéral propose entre autres d'étendre la capacité de stockage à tous les niveaux, des fabricants aux médecins, en passant par les hôpitaux. Il examine également la possibilité d'obliger la branche à stocker en permanence certains médicaments très importants (stockage obligatoire). L'approvisionnement de certains produits de niche (par exemple, formes galéniques et préparations spéciales) qui peuvent être fabriqués sans autorisation pourrait être assuré via un réseau composé de pharmacies publiques, de pharmacies d'hôpital et de la pharmacie de l'armée.

Dans le but de faciliter l'accès au marché, la Confédération recommande de simplifier les exigences spécifiques de la Suisse en matière d'information destinée aux patients pour certains médicaments (par exemple, les vaccins) afin d'en accélérer l'importation. Il convient également de simplifier l'admission de médicaments provenant de l'UE et de l'AELE et dont l'usage est traditionnel. Par ailleurs, la Confédération doit encourager les fabricants à remettre leurs licences à des tiers s'ils retirent leurs produits du marché suisse.

Le rapport du Conseil fédéral répond au postulat Heim (12.3426). Les mesures proposées en complètent d'autres déjà existantes, tel le bureau de notification pour les médicaments vitaux à usage hu-

main, ouvert par l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays début octobre. Elles sont intégrées dans le plan directeur visant à développer la recherche et la technologie biomédicales. Différentes recommandations sont en outre reprises dans les dispositions d'exécution de la loi révisée sur les produits thérapeutiques. ■

Berne, 20.01.2016

Renseignements :

– Office fédéral de la santé publique
OFSP, Communication, 058 462 95 05
ou media@bag.admin.ch

Département responsable :

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Liens :

www.bag.admin.ch > Thèmes >
Maladies et médecine > Produits thérapeutiques > Thèmes > La sécurité de l'approvisionnement en médicaments

Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Zurich	191175D 193949D	4779351–4779375 4848719

Swissmedic
Division stupéfiants

P.P. A

CH-3003 Berne
Post CH AG

Indiquer les changements
d'adresse :

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

Bulletin 4/16