



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

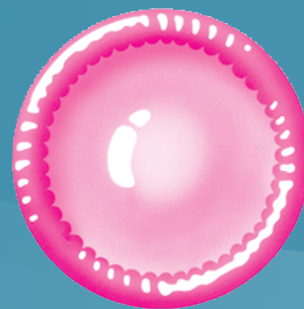
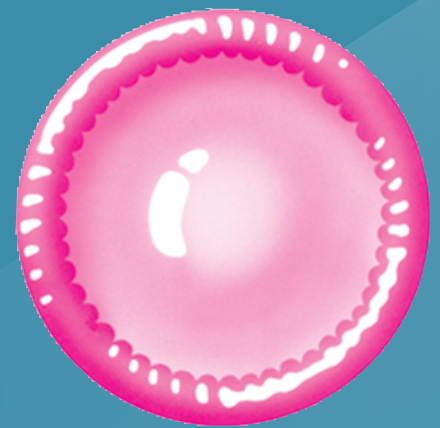
Édition du 23 octobre 2017

Semaine

OFSP-Bulletin 43/2017

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

Nouveau : votre
safer sex check
personnel sur
lovelife.ch



Rapport annuel VIH/STI , p. 10

Des règles de « safer sex » actualisées, un test « safer sex check »
individuel à votre disposition , p. 34

Impressum

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 46
CH-8840 Einsiedeln
Téléphone 055 418 82 82

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2016 : survol épidémiologique	10
VIH et sida en Suisse, situation en 2016	12
La syphilis en Suisse, situation en 2016	20
La gonorrhée en Suisse, situation en 2016	25
La chlamydie en Suisse, situation en 2016	30
Surveillance des tests	32
Des règles de « safer sex » actualisées, un test « safer sex check » individuel à votre disposition	35
Matériel d'information concernant le « safer sex check »	38
C'est le moment de se faire vacciner contre la grippe : pour se protéger et protéger les autres	40
Tarif médical TARMED : le Conseil fédéral adopte la modification d'ordonnance au 1 ^{er} janvier 2018	41
Vol d'ordonnances	43
Les personnes qui fument sous-estiment le risque de maladie	44
Loi sur la transplantation : Une meilleure protection financière des donneurs vivants	45

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 41^e semaine (17.10.2017)^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 gris 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 La déclaration obligatoire d'infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2016.

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

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 41^e semaine (17.10.2017)^a

	Semaine 41			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	2 1.20	3 1.90	8 1.20	8 1.20	6 0.90	113 1.30	108 1.30	105 1.30	86 1.30	90 1.40	85 1.30
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	4 2.50	1 0.60	1 0.60	13 2.00	12 1.80	3 0.50	9478 112.10	3696 43.70	5798 69.30	7739 116.10	3570 53.50	5741 87.10
Légionellose	14 8.60	5 3.10	8 5.00	61 9.40	47 7.20	42 6.50	469 5.60	375 4.40	373 4.50	403 6.00	300 4.50	312 4.70
Méningocoques: maladie invasive		1 0.60		2 0.30	4 0.60	2 0.30	55 0.60	50 0.60	46 0.60	49 0.70	44 0.70	37 0.60
Pneumocoques: maladie invasive	15 9.20	17 10.40	10 6.20	54 8.30	54 8.30	41 6.40	960 11.40	835 9.90	808 9.70	735 11.00	614 9.20	658 10.00
Rougeole	2 1.20			9 1.40	2 0.30	1 0.20	117 1.40	47 0.60	36 0.40	99 1.50	47 0.70	36 0.60
Rubéole^c									4 0.05			4 0.06
Rubéole, materno-foetale^d												
Tuberculose	5 3.10	21 12.90		40 6.20	53 8.20	37 5.80	564 6.70	591 7.00	515 6.20	437 6.60	487 7.30	414 6.30
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	82 50.40	123 75.60	156 97.00	534 82.10	611 93.90	600 93.30	6937 82.00	7861 93.00	6842 81.80	5541 83.10	6368 95.50	5337 81.00
Hépatite A	6 3.70	1 0.60		14 2.20	5 0.80	2 0.30	105 1.20	41 0.50	48 0.60	97 1.40	33 0.50	34 0.50
Infection à E. coli entérohémorragique	15 9.20	2 1.20	9 5.60	82 12.60	42 6.50	34 5.30	674 8.00	451 5.30	258 3.10	588 8.80	385 5.80	221 3.40
Listériose			2 1.20		2 0.30	6 0.90	45 0.50	56 0.70	57 0.70	39 0.60	46 0.70	41 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	22 0.30	25 0.30	14 0.20	18 0.30	19 0.30	11 0.20
Salmonellose, autres	45 27.70	31 19.10	17 10.60	207 31.80	181 27.80	136 21.10	1839 21.70	1504 17.80	1273 15.20	1528 22.90	1196 17.90	1016 15.40
Shigellose	5 3.10	2 1.20	3 1.90	19 2.90	10 1.50	13 2.00	155 1.80	199 2.40	161 1.90	112 1.70	140 2.10	123 1.90

	Semaine 41			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	163 100.20	181 111.30	209 130.00	892 137.10	859 132.00	821 127.60	11042 130.60	10962 129.60	9919 118.60	8748 131.20	8695 130.40	7842 118.90
Gonorrhée	38 23.40	44 27.00	41 25.50	207 31.80	177 27.20	153 23.80	2465 29.20	2377 28.10	1823 21.80	1987 29.80	1935 29.00	1499 22.70
Hépatite B, aiguë		2 1.20	1 0.60		4 0.60	1 0.20	25 0.30	38 0.40	36 0.40	13 0.20	32 0.50	26 0.40
Hépatite B, total déclarations	3	38	34	108	132	112	1227	1480	1379	936	1162	1044
Hépatite C, aiguë		1 0.60			1 0.20	1 0.20	30 0.40	50 0.60	46 0.60	24 0.40	37 0.60	37 0.60
Hépatite C, total déclarations	14	26	34	92	115	113	1414	1517	1537	1112	1217	1119
Infection à VIH	11 6.80	34 20.90		41 6.30	52 8.00	18 2.80	493 5.80	518 6.10	533 6.40	385 5.80	444 6.70	434 6.60
Sida		1 0.60		5 0.80	2 0.30	6 0.90	86 1.00	69 0.80	83 1.00	71 1.10	55 0.80	66 1.00
Syphilis	22 13.50	17 10.40	24 14.90	122 18.80	73 11.20	98 15.20	1296 15.30	983 11.60	1082 12.90	1036 15.50	792 11.90	856 13.00
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.60			2 0.30		9 0.10	6 0.07	2 0.02	8 0.10	6 0.09	1 0.02
Chikungunya	1 0.60	1 0.60	1 0.60	2 0.30	4 0.60	1 0.20	18 0.20	37 0.40	53 0.60	16 0.20	31 0.50	32 0.50
Dengue		4 2.50	4 2.50	2 0.30	13 2.00	19 3.00	146 1.70	202 2.40	178 2.10	107 1.60	162 2.40	154 2.30
Encéphalite à tiques	5 3.10	2 1.20	2 1.20	21 3.20	16 2.50	5 0.80	246 2.90	210 2.50	110 1.30	230 3.40	186 2.80	96 1.50
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q					4 0.60	2 0.30	33 0.40	49 0.60	38 0.40	28 0.40	43 0.60	30 0.50
Infection à Hantavirus				1 0.20		1 0.20	3 0.04	1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03
Infection à virus Zika ^e					3 0.50		11 0.10	51 0.60		8 0.10	51 0.80	
Paludisme	6 3.70	7 4.30	3 1.90	20 3.10	25 3.80	29 4.50	345 4.10	364 4.30	372 4.40	298 4.50	268 4.00	314 4.80
Trichinellose									1 0.01			1 0.02
Tularémie			3 1.90	5 0.80	8 1.20	7 1.10	89 1.00	59 0.70	44 0.50	76 1.10	44 0.70	33 0.50
Autres déclarations												
Botulisme						1 0.20	3 0.04	1 0.01	2 0.02	2 0.03	1 0.01	2 0.03
Diphthérie ^f							3 0.04	5 0.06	9 0.10	1 0.01	4 0.06	9 0.10
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					2 0.30		14 0.20	18 0.20	16 0.20	12 0.20	12 0.20	13 0.20
Tétanos									1 0.01			1 0.02

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 13.10.2017 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	38		39		40		41		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Suspicion d'influenza	7	0.6	14	1.1	11	1.0	16	2.1	12	1.2
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	9	0.7	2	0.2	10	0.9	2	0.3	5.8	0.5
Piqûre de tiques	8	0.7	6	0.5	3	0.3	7	0.9	6	0.6
Borréliose de Lyme	7	0.6	7	0.6	3	0.3	5	0.7	5.5	0.6
Herpès Zoster	10	0.8	4	0.3	8	0.8	3	0.4	6.3	0.6
Néuralgie post-zostérienne	4	0.3	2	0.2	0	0	2	0.3	2	0.2
Médecins déclarants	145		142		122		95		126	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

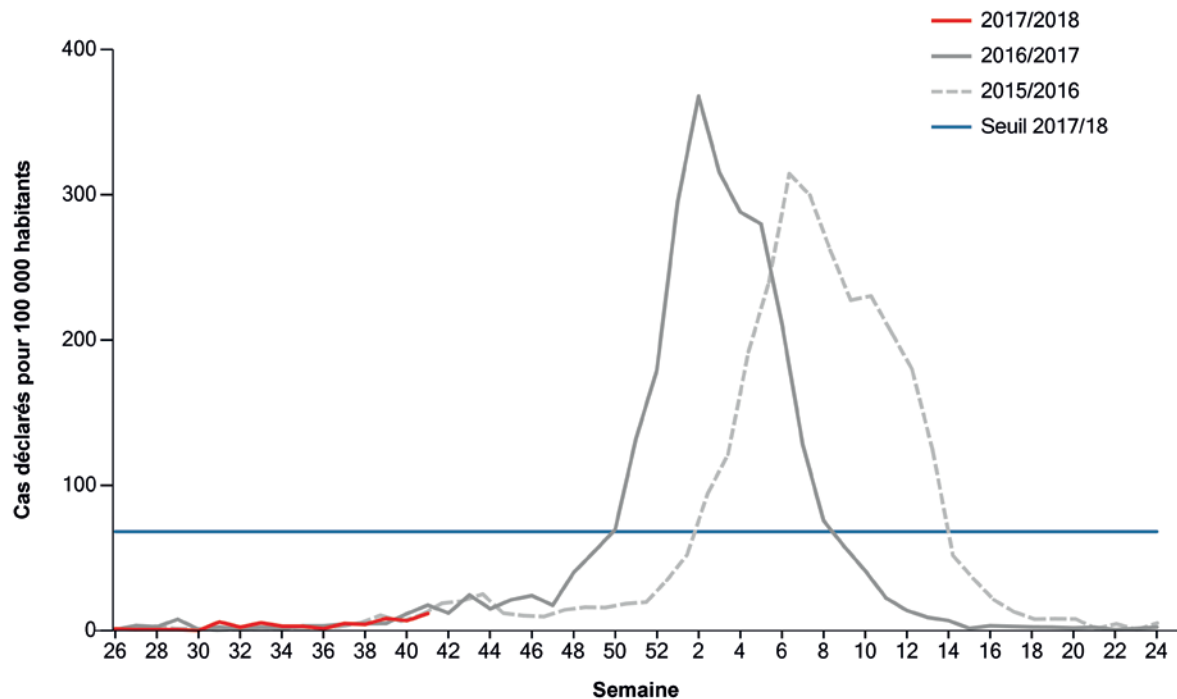
Sous nos latitudes, les affections grippales surviennent de façon saisonnière. Jusqu'à présent, une vague de grippe est observée chaque hiver. D'une année à l'autre, l'intensité, la durée, les souches virales et les répercussions sur la population varient. Afin d'informer la population et les médecins en temps voulu de la vague de la grippe et de la couverture de la grippe par le vaccin, l'OFSP publie d'octobre à avril un rapport hebdomadaire avec une évaluation des risques.

Semaine 41/2017

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement sporadique. Durant la semaine 41, 95 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 2,1 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 12 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Le seuil épidémique saisonnier de 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants n'a pas été atteint (Figure 1).

Figure 1
Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants



L'incidence était basse dans l'ensemble des classes d'âge (Tableau 1). La propagation de la grippe est sporadique dans la région 2 (BE, FR, JU) (Figure 2, Encadré).

Durant la semaine 41, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence des virus Influenza A dans l'un des 6 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella.

Tableau 1:
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 41/2017

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	9	-
5-14 ans	0	-
15-29 ans	26	-
30-64 ans	12	-
≥65 ans	9	-
Suisse	12	-

Tableau 2:

Virus Influenza circulant en Suisse

Fréquence des types, sous-types et lignages d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées, et couverture par les vaccins 2017/18

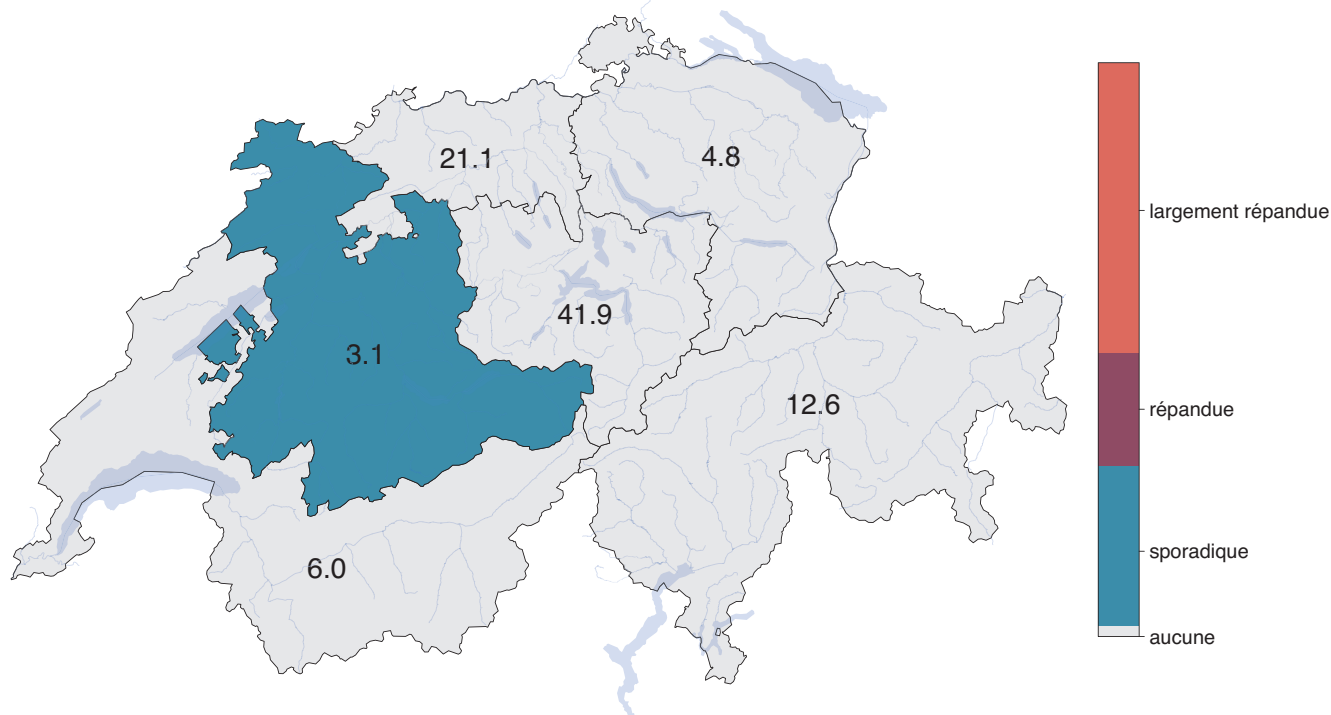
	Semaine 41/2017*	Semaines cumulées 2017/18	Couverture par les vaccins*	
			▲	■
Part d'échantillons positifs	17 %	9 %	-	-
Nombre d'échantillons testés	6	11	-	-
B Victoria	0 %	0 %	-	-
B Yamagata	0 %	0 %	-	-
B non sous-typé	0 %	0 %	-	-
A(H3N2)	0 %	0 %	-	-
A(H1N1)pdm09	0 %	0 %	-	-
A non sous-typé	100 %	100 %	-	-

▲ Couvert par le vaccin trivalent 2017/18

■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2017/18

* Données provisoires

Figure 2
Incidence des consultations pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 40/2017



Région 1 (GE, NE, VD, VS), Région 2 (BE, FR, JU), Région 3 (AG, BL, BS, SO), Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Région 6 (GR, TI). Gris : aucune propagation, bleu : propagation sporadique, violet : propagation répandue, rouge : propagation largement répandue.

Situation internationale

En Europe, on a généralement observé une activité grippale basse [1]. De même, l'Amérique du Nord et l'Asie ont enregistré une activité basse, au niveau intersaisonnier [2–5].

Dans les régions tempérées de l'hémisphère sud, différents virus Influenza ont circulé simultanément pendant la saison grippale 2017. En Afrique du Sud, Australie et en Nouvelle-Zélande, les virus Influenza A(H3N2) et Influenza B prédominaient. En Amérique du Sud, les Influenza A(H3N2) prédominaient [6]. La majorité des virus Influenza A(H3N2) et Influenza B Victoria auraient été couverts par le vaccin trivalent contre la grippe saisonnière 2017/18 recommandé pour l'hémisphère nord. De même, les virus Influenza B Yamagata auraient été couverts par le vaccin tétravalent contre la grippe saisonnière 2017/18 [7]. Par contre, la majorité des virus Influenza A(H3N2) ont évolué antigéniquement, montrant une couverture réduite par les vaccins contre la grippe 2017 de l'hémisphère sud. Pour cette raison, le virus *Influenza A/Hong Kong/4801/2014* a été remplacé par *Influenza A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016* dans la recommandation de l'OMS pour la composition du vaccin de l'hémisphère sud 2018 [8].

La surveillance sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

- sur les déclarations hebdomadaires des affections grippales transmises par les médecins Sentinella ;
- sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève ;
- sur tous les sous-types d'Influenza soumis à la déclaration obligatoire, confirmés par les laboratoires.

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.

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Elle 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 !

GLOSSAIRE

- Incidence :** Nombre de consultations pour affections grippales pour 100 000 habitants par semaine.
- Intensité :** Comparaison de l'incidence actuelle avec l'incidence historique. L'intensité est fournie seulement pendant l'épidémie. Elle se subdivise en quatre catégories : basse, moyenne, élevée et très élevée.
- Propagation :** La propagation se base :
- sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et
 - sur la mise en évidence de virus Influenza au CNRI dans les échantillons prélevés par les médecins Sentinella.
- Elle est classée dans les catégories suivantes: aucune, sporadique, répandue, largement répandue
- Seuil épidémique :** Niveau de l'incidence à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique. Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2017/18.
- Tendance :** Comparaison du niveau d'intensité de la semaine actuelle à celui des deux semaines précédentes. La tendance n'est fournie qu'après le dépassement du seuil épidémique et se subdivise en trois catégories: ascendante, descendante et constante.

Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 17.10.2017).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report. <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 17.10.2017).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 17.10.2017).
4. Japan NIID Surveillance report of influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 17.10.2017).
5. Chinas National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (last accessed on 3.10.2017; not accessible on 17.10.2017).
6. Australian Influenza Surveillance Report and Activity Updates – 2016. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-ozflu-2017.htm> (accessed on 17.10.2017).
7. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017–18 northern hemisphere influenza season. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2017_18_north/en/ (accessed on 17.10.2017).
8. World Health Organisation (WHO). Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018 southern hemisphere influenza season. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2018_south/en/ (accessed on 17.10.2017).

VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2016 : survol épidémiologique

En 2016, le nombre de cas déclarés pour ces quatre infections sexuellement transmissibles a dépassé celui de l'année précédente. La hausse a été de 20 % pour la gonorrhée (2270 cas), de 15 % pour la syphilis (733 cas), de 8 % pour la chlamydie (11 013 cas) et de 1 % pour le VIH (542 cas). L'augmentation du nombre de cas observée pour la gonorrhée et la chlamydie depuis 2000 et pour la syphilis depuis 2006 s'est donc poursuivie, tandis que le nombre de cas de VIH est resté à un niveau comparable pour la deuxième année consécutive, après une tendance à la baisse enregistrée entre 2008 et 2014.

Les chiffres relatifs aux infections bactériennes – gonorrhée, syphilis et chlamydie – ont augmenté à la fois dans l'absolu et par rapport à l'ensemble de la population. En 2016, pour 100 000 habitants, le nombre de nouveaux cas est passé de 23 à 27 pour la gonorrhée, de 8 à 9 pour la syphilis, de 122 à 131 pour la chlamydie, tandis que l'incidence du VIH restait inchangée, à 6,4 pour 100 000 habitants. Les chiffres les plus élevés pour ces quatre maladies sexuellement transmissibles (IST) ont été enregistrés dans la grande région de Zurich et dans la région lémanique, qui possèdent une population urbaine importante ; ils ont été nettement inférieurs dans les régions rurales.

La chlamydie, dont 67 % des cas concernaient des femmes, se distingue nettement des trois autres IST qui, elles, ont touché majoritairement des hommes (syphilis 89 %, gonorrhée 79 % et VIH 78 %). En 2016 comme les années précédentes (pour les cas avec voie d'infection connue), le pourcentage des hommes infectés lors de relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) a été plus élevé que celui des hommes infectés par voie hétérosexuelle, et cela aussi bien pour la syphilis (82 %) que le VIH (69 %). Pour la gonorrhée par contre, le pourcentage de HSH n'augmente fortement que depuis 2010 ; il s'élevait en 2016 à près de 50 % des hommes infectés.

La gonorrhée et la syphilis ont été majoritairement contractées en Suisse. Pour la syphilis, le pourcentage variait légèrement selon la voie d'infection et la nationalité : les HSH se sont infectés en Suisse plus souvent que les personnes qui ont été contaminées par voie hétérosexuelle, et les ressortissants suisses un peu plus souvent que les étrangers. Pour les cas de VIH chez les HSH, on constate également que les Suisses se sont plus souvent infectés en Suisse que les personnes d'origine étrangère. En revanche, pour les personnes ayant contracté le VIH par voie hétérosexuelle, les chiffres différaient fortement selon la nationalité : plus de la moitié des ressortissants suisses ont été infectés en Suisse, contre seulement un quart des étrangers.

Parmi les cas de gonorrhée, la plupart des femmes (88 %) ont été infectées par un partenaire connu ; le pourcentage était de 88 % pour la syphilis et de 73 % pour le VIH. Les partenaires anonymes et les relations sexuelles tarifées constituaient chez elles une source d'infection d'importance négligeable pour les trois infections. Chez les hommes par contre, les partenaires anonymes ont joué un rôle important aussi bien chez les HSH (gonorrhée 45 %, syphilis 36 % et VIH 59 %) que chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle.

Les déclarations envoyées par les centres VCT suisses qui sont parvenues à l'OFSP entre juin et décembre 2016 n'ont pas été prises en compte pour les analyses destinées au présent rapport annuel¹. De ce fait, le nombre d'infections sexuellement transmissibles est sous-estimé, en particulier chez les HSH et les travailleuses du sexe (female sex worker = FSW), car ces deux groupes de personnes passent plus souvent des tests anonymes que les autres. Il faut donc ajouter, pour compléter le tableau, 46 cas de syphilis (42 chez les HSH, 4 chez les FSW ; cas considérés comme « actifs » seulement par le thérapeute), 138 cas de gonorrhée (131 chez les HSH, 7 chez les FSW), ainsi que 144 cas de chlamydie (112 chez les HSH, 11 chez les FSW, 21 chez d'autres hommes ou femmes).

SYNTHESE

L'augmentation du nombre de cas de gonorrhée, de syphilis et de chlamydie en 2016 montre que des mesures de prévention restent nécessaires dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles. Ces trois maladies peuvent certes être traitées au moyen d'antibiotiques, mais des limites existent, notamment la résistance aux antibiotiques dans le

1. Les déclarations anonymes proviennent des centres VCT suivants : Aidshilfe des deux Bâle, Checkpoint Bâle, Checkpoint Berne, Checkpoint Genève, Checkpoint Vaud, Checkpoint Zurich, Consultation de santé sexuelle (Profa, Vaud), Hôpital de l'île Berne, Isla Victoria (Zurich), hôpital cantonal de Saint-Gall, PMU Lausanne.

traitement de la gonorrhée et les cas à évolution asymptomatique ou bénigne qui peuvent entraîner des séquelles tardives, ainsi que, chez les femmes, des complications pendant la grossesse et des maladies graves chez le nouveau-né. Il est donc fondamental de connaître les directives actuelles et de faire le meilleur usage possible des antibiotiques, ainsi que la large annonce du Safer-Sex-check, c'est à dire les règles actualisées du safer sex. D'autres axes tout aussi importants de la prévention des IST sont le diagnostic rapide et le traitement simultané de la personne infectée et de ses partenaires sexuels afin d'éviter des réinfections mutuelles.

Le VIH reste lui aussi un grand défi pour la santé publique. L'interprétation du nombre d'infections récentes résultant d'un essai réalisé par les laboratoires déclarants du VIH est délicate. On entend par infection récente une contamination remontant à moins d'une année avant le diagnostic. Ce chiffre a beaucoup varié ces dernières années, en particulier chez les HSH. L'OFSP en conclut que, chez ces derniers, le nombre de nouvelles infections s'est au moins stabilisé, car

la fréquence avec laquelle ils réalisent des tests a augmenté régulièrement, comme le montrent les données du système BerDa (BerDa = **B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem, voir article sur la surveillance des tests dans ce cahier). Un autre défi consiste à diagnostiquer le plus précocement possible une infection par le VIH chez les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, en particulier chez celles provenant de pays à haute prévalence du VIH (à savoir, pour la Suisse, principalement les pays d'Afrique subsaharienne et certains pays des Caraïbes). En proposant plus fréquemment à leurs patients un dépistage du VIH en cas d'anamnèse permettant de soupçonner un risque accru de transmission du VIH (PICT = Provider Initiated Counselling and Testing), le corps médical pourrait contribuer dans une large mesure à relever ce défi.

Contact :

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

VIH et sida en Suisse, situation en 2016

En 2016, les laboratoires habilités selon le concept de test VIH [1] à diagnostiquer et à déclarer le VIH ont déclaré 542 nouveaux cas, soit à peine 1 % de plus que l'année précédente.

ETAT DES DONNEES

Le VIH fait l'objet d'une surveillance permanente en Suisse depuis 1985. Depuis, les laboratoires habilités à confirmer un diagnostic du VIH sur la base du concept de test VIH [1] déclarent à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au médecin cantonal l'âge, le sexe et le canton de domicile des personnes avec un diagnostic de VIH. En plus du diagnostic, l'OFSP demande aux médecins traitants des informations complémentaires, comme la voie d'infection ou la nationalité. Un formulaire spécial a été créé à cet effet (remarque n° 1).

542 cas confirmés de VIH ont été déclarés pour 2016, soit à peine 1 % de

plus qu'en 2015 ; on peut donc parler de stabilité (déclarations au 30 juin 2016). De 2008 à 2014, les cas de VIH avaient reculé d'année en année pratiquement sans exception (figure 1). Cette tendance à la baisse ne s'est donc pas poursuivie, et ce pour la deuxième année consécutive.

SEXE

La majorité des cas déclarés de VIH concernait des hommes ; en 2016, ils représentaient 78 % des cas, soit 1 % de plus que l'année précédente. L'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, était quasiment identique à celle des années précédentes, avec 2,7 pour les femmes et 10,1 pour les hommes.

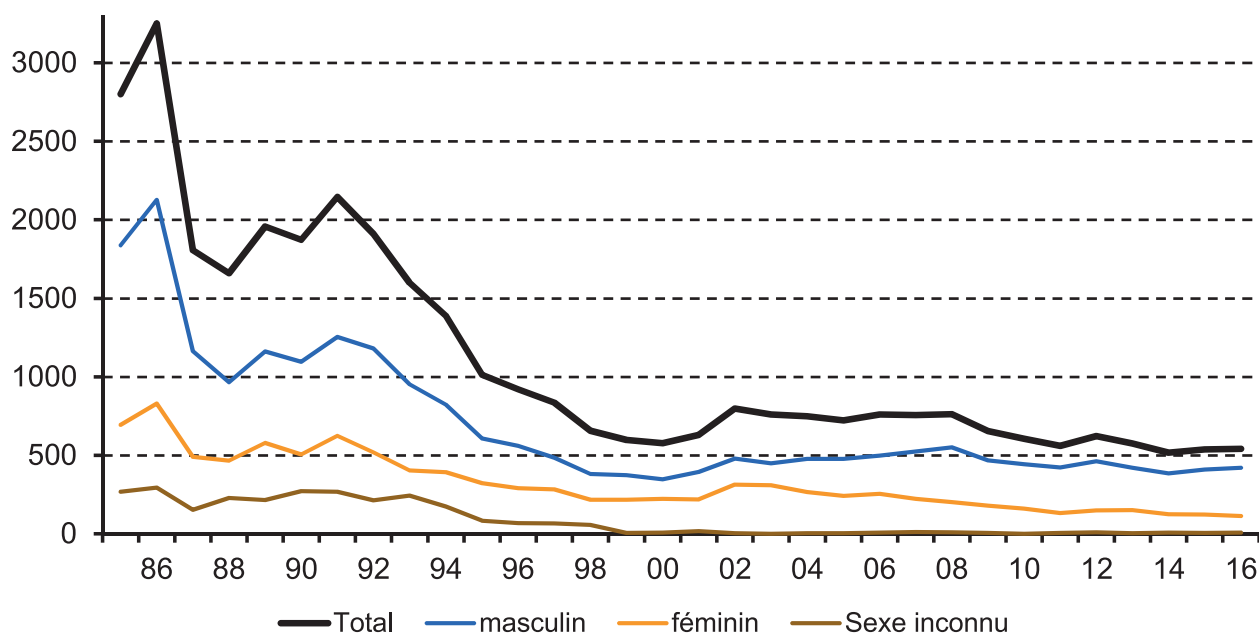
REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes, l'incidence s'élevait à 6,4 pour 100 000 habitants en 2016. Avec une fourchette allant de 2,5 à près de 11 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient toutefois marquées (tableau 1). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse, tandis que les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

REPARTITION PAR AGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH

Figure 1
Déclarations VIH de laboratoire, par sexe et par année du test, depuis le début des tests, 1985–2016



était de 38 ans pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle ; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient moins de 38 ans et l'autre moitié plus de 38 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés ; chez eux, l'âge médian était de 42 ans, contre 36 ans dans les cas d'infection par voie homosexuelle (HSH). La répartition par âge (figure 2) montre que parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle (FSH), la tranche des 25 à 34 ans a été la plus touchée (32 %), suivie de celle des 35 à 44 ans (29 %). La fourchette des âges était plus large chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle (HSF), avec le maximum de cas entre 35 et 44 ans (26 %). Pour les HSH, la répartition par âge rejoignait celle des femmes hétérosexuelles, avec également le maximum de cas entre 25 et 34 ans (33 %). Le nombre de jeunes touchés était plus important aussi parmi les HSH que dans les deux autres groupes (10 %). Dans l'ensemble, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient donc plus âgés que les HSH et les femmes au moment du diagnostic.

VOIE D'INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2016 pour les hommes avec un diagnostic de VIH a été celle des relations sexuelles avec d'autres hommes (61,4 %), suivie des relations hétérosexuelles (24,8 %). La consommation de drogues par injection (IDU) a été citée dans 2,6 % des diagnostics de VIH chez les hommes. Enfin, une transfusion sanguine (à l'étranger) a été mentionnée comme voie d'infection pour un homme, et un enfant a été infecté à la naissance par sa mère séropositive (pays d'origine : Russie). La voie d'infection est inconnue pour 11,2 % des diagnostics de VIH chez les hommes.

Comme les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (73,0 %). Pour les autres cas, les voies d'infection sont les mêmes que chez les hommes : IDU (3,5 %), transfusions de sang à l'étranger (2 cas) et transmission de la mère à l'enfant à la naissance (3 filles originaires d'Afrique). La voie d'infection n'a pas

Tableau 1 :

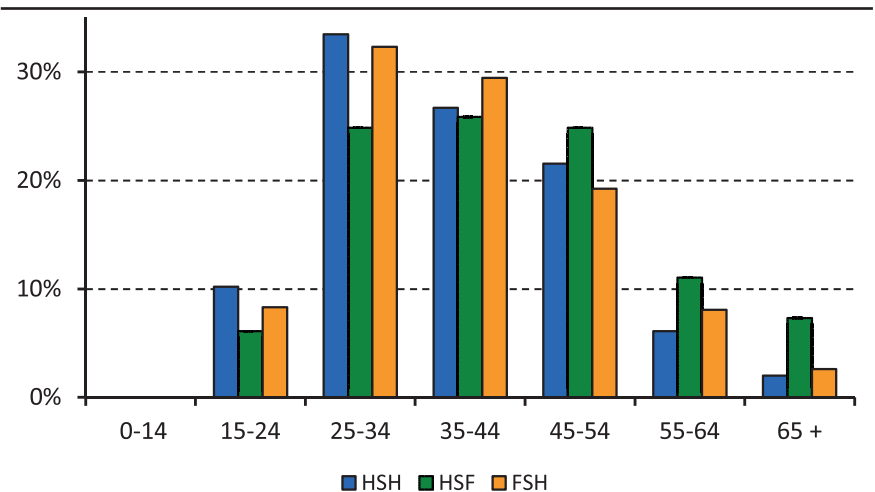
Incidence du VIH pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2011–2016

Année de diagnostic	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Suisse	6,9	7,6	7,1	6,2	6,4	6,4
Région lémanique	9,2	12,0	10,2	8,4	9,7	9,9
Espace Mittelland	5,5	5,4	5,9	5,5	6,1	3,7
Suisse du Nord-Ouest	5,2	5,4	5,8	5,5	4,3	5,8
Zurich	11,9	11,7	10,9	9,1	9,9	10,8
Suisse orientale	4,4	4,7	3,3	3,1	2,9	2,5
Suisse centrale	3,8	3,3	4,0	3,7	2,7	3,4
Tessin	5,0	8,2	6,6	5,4	4,8	8,2

¹ Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

Figure 2

Distribution par classe d'âge chez les personnes avec diagnostic du VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe (diagnostics des années 2012 à 2016 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; HSF : rapports sexuels d'hommes avec des femmes ; FSH : rapports sexuels de femmes avec des hommes

pu être déterminée dans 24,3 % des cas.

La fréquence des cas de transmission de la mère à l'enfant correspondait, en 2016, à ce que l'on connaît depuis longtemps en Suisse. Aucune tendance n'est décelable.

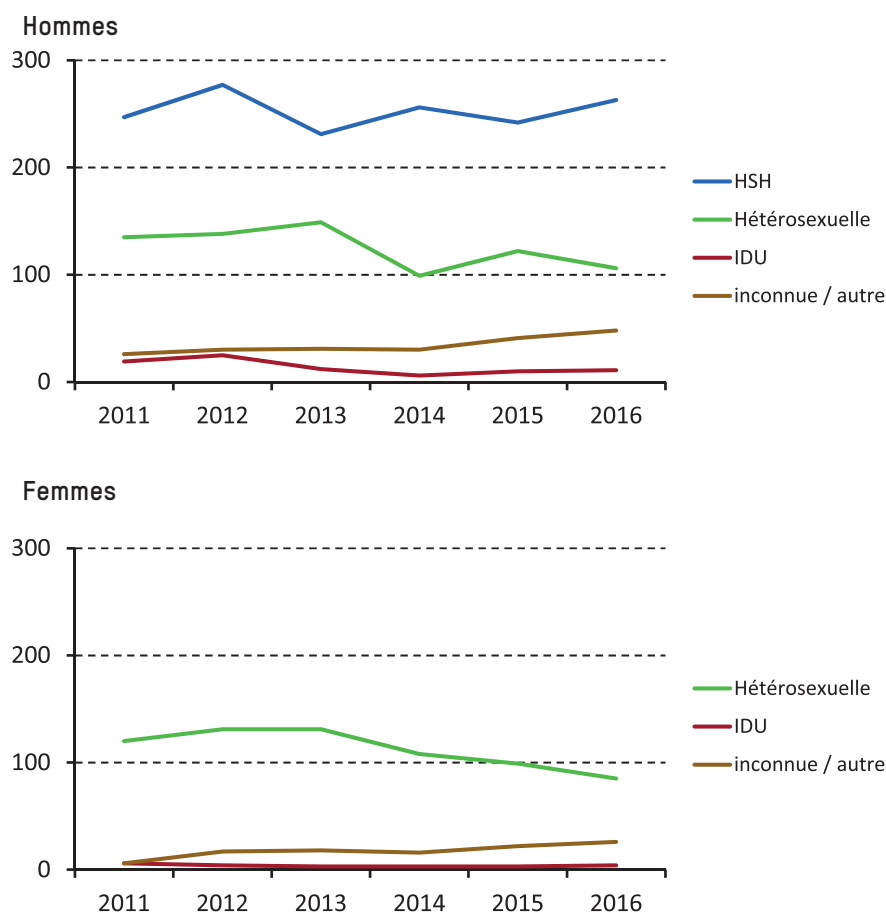
Sur les six dernières années, le nombre de diagnostics de VIH chez les HSH ne dessine pas de tendance nette, car il a connu des variations importantes d'une année sur l'autre (figure 3). Chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a d'abord augmenté pendant cette période, pour reculer ensuite abruptement en 2014 ;

au final, en 2016, il y a eu 30 cas de moins que 6 ans plus tôt (2011 : 135 cas).

Pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle, on a enregistré pendant cette période une diminution quasi régulière du nombre de cas, qui est passé de 120 à 84. Principalement dans ce groupe, l'évolution indiquée à la figure 3 pourrait être en rapport avec l'immigration et l'émigration de personnes de nationalité étrangère (voir paragraphe sur la nationalité).

L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande

Figure 3
Diagnostiques de VIH chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2011–2016



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; IDU : consommation de drogues par injection

Tableau 2 :
Déclarations de VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFS, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH		inconnue / autre	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	154	34,4 %	221	49,3 %	73	16,3 %
Région lémanique	54	42,5 %	44	34,6 %	29	22,8 %
Espace Mittelland	24	40,7 %	27	45,8 %	8	13,6 %
Suisse du Nord-Ouest	18	32,1 %	26	46,4 %	12	21,4 %
Zurich	34	25,8 %	91	68,9 %	7	5,3 %
Suisse orientale	7	24,1 %	13	44,8 %	9	31,0 %
Suisse centrale	8	36,4 %	10	45,5 %	4	18,2 %
Tessin	9	21,4 %	10	43,5 %	4	17,4 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; autres : consommation de drogues par injection, transfusion, transmission de la mère à l'enfant

² Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

région de Zurich, 69 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, ce qui représentait 20 % de plus que la moyenne nationale (49 %, tableau 2). La comparaison des voies d'infection entre les cantons et les régions donne le même résultat depuis déjà plusieurs années.

NATIONALITE

En 2016 comme les années précédentes, un peu moins de la moitié des diagnostics de VIH pour lesquels la nationalité des personnes infectées était connue concernait des ressortissants suisses (45 %), avec toutefois des variations selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). 34 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle étaient de nationalité suisse, contre 49 % des hommes ; parmi ces femmes, 27 % étaient des ressortissantes de pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque n° 2). Avec 17 %, les PHP étaient plus rarement représentés chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle que chez les femmes avec 26 % (tableau 3).

En 2016, la moitié des HSH ayant un diagnostic de VIH étaient des Suisses, tandis que 31 % provenaient de pays européens. Dans ce groupe, le pourcentage de Suisses a diminué progressivement ces dernières années ; en 2014, il était encore nettement supérieur à la moitié (57 %), de même qu'en 2015 (55 %). Un seul HSH venait d'un PHP. Cependant, il est probable que ce chiffre soit trop faible car le sexe entre hommes est fortement stigmatisé dans les pays africains et la plupart des HSH peuvent dissimuler leur orientation sexuelle ([2]).

Entre 2011 et 2016, la voie d'infection hétérosexuelle prédominait chez les personnes issues d'un PHP (figure 4). Le nombre de cas a diminué pour les deux sexes. Bien que l'on ne dispose pas de données directes à ce sujet, il est vraisemblable que, souvent, les personnes concernées étaient déjà infectées par le VIH au moment de leur arrivée en Suisse. Cette hypothèse se trouve corroborée, entre autres, par les données déclarées par les médecins traitants quant au lieu supposé d'infection (voir paragraphe suivant, tableau 4). Par ailleurs, des analyses effectuées par

Tableau 3 :
Déclarations de VIH par les médecins, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
Sexe :	N	%	N	%		
Suisse	21	32,3 %	41	46,1 %	101	45,7 %
Europe	7	10,8 %	17	19,1 %	61	27,6 %
Pays à haute prévalence du VIH	17	26,2 %	14	15,7 %	1	0,5 %
Autre pays	17	26,2 %	12	13,5 %	36	16,3 %
Nationalité inconnue	3	4,6 %	5	5,6 %	22	10,0 %
Total déclarations par les médecins	65	100,0 %	89	100,0 %	221	100,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 4 :
Lieu présumé de l'infection à VIH, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	suisse		étrangère		suisse		étrangère	
Nationalité :	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de déclarations par les médecins	62	100,0 %	92	100,0 %	101	100,0 %	120	100,0 %
Lieu de l'infection								
Suisse	26	41,9 %	19	20,7 %	55	54,5 %	48	40,0 %
étranger	23	37,1 %	51	55,4 %	20	19,8 %	27	22,5 %
inconnu	13	21,0 %	22	23,9 %	26	25,7 %	45	37,5 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

les laboratoires déclarants du VIH ont montré que parmi les personnes originaires d'un PHP, pratiquement toutes les infections par le VIH remontaient à plus d'une année avant le diagnostic (remarque n° 3).

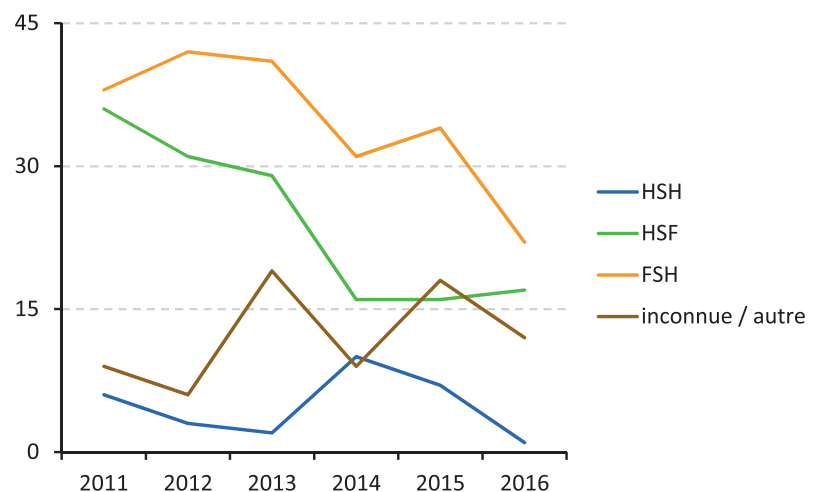
LIEU D'INFECTION

D'après les indications des médecins, les Suisses et les Suissesses infectés par voie hétérosexuelle ont nettement plus souvent contracté le VIH en Suisse qu'à l'étranger et les ressortissants étrangers beaucoup plus souvent à l'étranger (tableau 4). Il semblerait que ces derniers fassent souvent référence à leur pays d'origine quand ils parlent de pays étranger. On retrouve le même tableau pour les HSH, bien que moins marqué : si les Suisses ont été nettement plus souvent infectés en Suisse que les étrangers, les deux groupes l'ont été plus fréquemment en Suisse qu'à l'étranger.

SOURCE D'INFECTION

Les femmes infectées par voie hétérosexuelle ont été plus de trois fois plus nombreuses à l'être par un partenaire

Figure 4
Diagnostic du VIH chez les personnes issues d'un pays à haute prévalence du VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2011-2016



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; HSF : rapports sexuels d'hommes avec des femmes ; FSH : rapports sexuels de femmes avec des hommes

connu que par un partenaire anonyme, et rarement lors de relations sexuelles tarifées (tableau 5). Chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, les sources d'infection indiquées étaient, à

parts égales, les partenaires connues et les partenaires anonymes. Si, dans ce groupe, on ne prend en compte que les cas où la source d'infection est indiquée, on s'aperçoit qu'un quart de ces

Tableau 5 :

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec diagnostic du VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin			
Nombre de déclarations par les médecins	65	100,0%	89	100,0%	221	100,0%
Partenaire connu	24	36,9%	14	15,7%	51	23,1%
Partenaire anonyme	7	10,8%	14	15,7%	77	34,8%
Sexe tarifé	2	3,1%	10	11,2%	2	0,9%
Pas identifiable	10	15,4%	23	25,8%	28	12,7%
Pas d'indication	22	33,8%	28	31,5%	63	28,5%

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

cas concernaient les relations sexuelles tarifées. Si l'on procède de même pour le HSH, on voit que la majorité a été infectée par un partenaire anonyme (60 %), les relations sexuelles tarifées constituant l'exception. À noter que l'information sur la source d'infection manquait parfois dans près de la moitié des cas selon les groupes, ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

MOMENT DE L'INFECTION

Le moment où la personne a été infectée par le VIH n'est généralement pas connu. En Suisse, les infections qui remontent à moins d'une année avant le diagnostic peuvent être établies à l'aide d'une technique spéciale de laboratoire (infection récente, remarque n° 3). En outre, le diagnostic clinique d'une infection aiguë (appelée également primo-infection) permet de situer le moment de l'infection dans les quelques semaines qui précèdent le diagnostic (remarque n° 4). Les diagnostics tardifs d'infection par le VIH renvoient à des infections à un stade déjà avancé, de sorte que les premiers symptômes du sida sont attendus ou déjà perceptibles. On parle ici de diagnostic tardif du VIH lorsque des symptômes du sida sont constatés au moment du diagnostic du VIH ou au plus tard trois mois après.

En 2016, une infection récente a été constatée chez moins d'un dixième des femmes et chez un tiers des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Le pourcentage était plus faible que l'année précédente chez les femmes, ce que l'on ne peut toutefois

pas considérer comme une diminution, car ce chiffre, qui ne repose que sur 65 déclarations, n'est pas suffisamment précis. Chez les HSH, la moitié des infections étaient considérées comme récentes ; depuis des années, le pourcentage de ces infections est supérieur à celui constaté chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, ce qui pourrait indiquer un taux d'infection plus élevé. Il faut cependant tenir compte du fait que les HSH pratiquent plus souvent des tests VIH que les autres groupes et que, par conséquent, la probabilité est plus grande pour que les infections soient détectées précocement et considérées comme récentes (voir le commentaire concernant la figure 5).

La fréquence avec laquelle les infections VIH aiguës ont été diagnostiquées était elle aussi différente pour les HSH et les personnes infectées par voie hétérosexuelle (tableau 6). Ce diagnostic a été posé chez un sixième des personnes infectées par voie hétérosexuelle des deux sexes et deux fois plus souvent chez les HSH, ce qui constitue un argument de plus en faveur de la précocité du diagnostic de VIH dans ce groupe.

L'analyse des raisons indiquées ces trois dernières années sur les formulaires de déclaration pour justifier la réalisation d'un test VIH montre que les symptômes constituent le motif le plus fréquent (un tiers des cas). Dans deux tiers de ces cas, il s'est avéré que ces symptômes étaient dus à une infection VIH aiguë (résultats non présentés). Lorsqu'un test avait été pratiqué pour une autre raison (exposi-

tion au risque ou dépistage, autres raisons), aucune infection aiguë n'était généralement constatée. Les symptômes liés à l'infection aiguë étaient donc dans de nombreux cas le motif pour lequel le test VIH avait été effectué.

Lorsque cette analyse est effectuée séparément par voie d'infection, on observe que les symptômes d'une infection VIH aiguë conduisent plus fréquemment à un test de dépistage du VIH chez les HSH que chez les personnes avec voie d'infection hétérosexuelle. Cela correspond au résultat mentionné dans la section précédente, à savoir que les infections VIH aiguës sont plus fréquemment diagnostiquées chez les HSH que chez les personnes ayant une voie d'infection hétérosexuelle.

En 2016, un diagnostic VIH tardif a été posé chez un cinquième des HSH et en moyenne des deux sexes chez un quart des cas chez les personnes avec voie d'infection hétérosexuelle. Cette proportion était plus élevée pour les deux groupes que l'année précédente, soit en 2015 6 % chez les HSH et 17 % chez les personnes avec voie d'infection hétérosexuelle. Il reste donc à voir si, ces prochaines années, cette évolution se confirme ou si elle constitue un phénomène passager.

L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection (cf. tableau 6) amènent à penser que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le diagnostic du VIH est plus rarement posé très vite après l'infection que dans la population des HSH, ce qui s'explique vraisemblablement par la plus

Tableau 6 :

Indicateurs pour le moment de l'infection dans les déclarations du VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin			
Nombre de déclarations par les médecins	65	*	89	*	221	*
Infection récente ²	5	7,7 %	29	32,6 %	107	48,4 %
Infection aiguë ³	8	12,3 %	13	14,6 %	62	28,1 %
Test VIH tardif ⁴	21	32,3 %	20	22,5 %	44	19,9 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

² Infection par le VIH moins d'une année avant le diagnostic (avec Inno-Lia-Laborassay, remarque 3)

³ Stade précoce symptomatique (souvent semblable à une grippe), quelques semaines après l'infection

⁴ Indication de stade CDC C sur la déclaration VIH ou diagnostic du VIH et sida en l'espace de 3 mois

* Le total des pourcentages n'atteint pas 100 % parce qu'il s'agit d'indicateurs différents et non de catégories distinguables.

grande fréquence avec laquelle ces derniers se soumettent à des tests de dépistage. Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le fait qu'elles proviennent à 26,2 %, donc plus fréquemment que dans les autres groupes, de pays à haute prévalence du VIH (voir paragraphe sur la nationalité) et qu'elles sont souvent déjà infectées au moment de leur arrivée en Suisse joue certainement aussi un rôle. On peut en conclure que, même en l'absence de suspicion d'infection par le VIH, les médecins devraient plus souvent proposer un test de dépistage à leurs patients afin d'augmenter les chances de poser le diagnostic le plus rapidement possible (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins, « PICT » [3]).

Durant la période 2011–2016, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes de personnes : il était d'une petite moitié chez les HSH, d'un quart pour les hommes infectés par voie hétérosexuelle et d'un huitième pour les femmes. Il a toutefois évolué avec les années : chez les HSH, il est passé de 39 % à 64 %, pour retomber à 48 % en 2016 (figure 5 haut). Chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, le nombre d'infections anciennes a diminué brutalement en 2014, raison pour laquelle le pourcentage d'infections récentes a augmenté, passant de 20 % à 30 % (figure 5 milieu). Le recul manifeste du nombre de diagnostics de VIH dans ce groupe (figure 3) résultait donc en grande partie d'une baisse de celui des infections anciennes. On ne connaît pas

les facteurs qui ont provoqué ce recul. Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage d'infections récentes variait entre 5 % et 20 %. Mais en raison du faible nombre de cas, il s'agit surtout de variations aléatoires. De manière générale, on peut toutefois affirmer que les infections récentes sont nettement plus rares chez les femmes que dans les autres groupes.

Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre d'infections VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Cependant, les données fournies par les centres de conseil et de tests en Suisse (centres VCT), qui, selon les années, établissent jusqu'à un quart des diagnostics du VIH chez les HSH, montrent que, dans ces centres, le nombre de tests effectués a effectivement augmenté dans le groupe des HSH (voir article « Surveillance des tests » dans le même cahier). Cette augmentation explique probablement, au moins en partie, l'augmentation des infections récentes observée chez les HSH en 2013 et 2014. En 2016, le nombre d'infections récentes dans ce groupe a toutefois diminué à nouveau (figure 5), contrairement au nombre de tests effectués dans les centres VCT, ce qui pourrait signifier que le nombre de nouvelles contaminations s'est stabilisé en 2016. Cette conclusion est toutefois prématurée en raison des variations statistiques d'une année sur l'autre.

Contrairement aux infections récentes, les infections anciennes sont davantage

fonction de la prévalence du VIH que de l'incidence dans le groupe considéré : le pourcentage d'infections anciennes augmente parallèlement à la prévalence. Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de personnes issues de la migration est nettement plus élevé que parmi les HSH (tableau 3) ; le nombre de diagnostics du VIH pourrait par conséquent aussi être influencé par l'immigration, d'autant plus que la prévalence du VIH est élevée dans les pays d'origine. Les personnes établies en Suisse et originaires de pays à forte prévalence du VIH représentent donc un groupe cible important pour les consultations VIH, notamment si l'on veut que les personnes infectées dans ce groupe de population puissent commencer un traitement le plus rapidement possible.

CAS DE SIDA

Les cas de sida diminuent depuis des années (tableau 6), comme il ressort d'extrapolations statistiques tenant compte du fait qu'ils sont parfois déclarés plusieurs années seulement après le diagnostic (remarque n° 5). Pour 2016, cette extrapolation aboutit à un total de 92 cas, dont 41 déjà déclarés. S'écartant de la tendance générale, l'estimation pour 2016 donne des chiffres bien plus élevés que pour l'année précédente (64). Mais, en raison de l'incertitude statistique liée aux estimations, cette augmentation ne doit pas être considérée comme une hausse réelle.

En 2016, les cas de sida avec voie d'infection connue (85 % des cas) se

répartissaient comme suit : 51 % parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 42 % parmi les HSH et 6 % parmi les consommateurs de drogue par injection (IDU). Cette répartition se différençait nettement de celle ob-

servée pour les voies d'infection par le VIH : 39 % pour les infections par voie hétérosexuelle, 56 % pour les HSH et 3 % pour les IDU. Pour les cas de sida, la part plus élevée de contaminations par voie hétérosexuelle s'explique vrai-

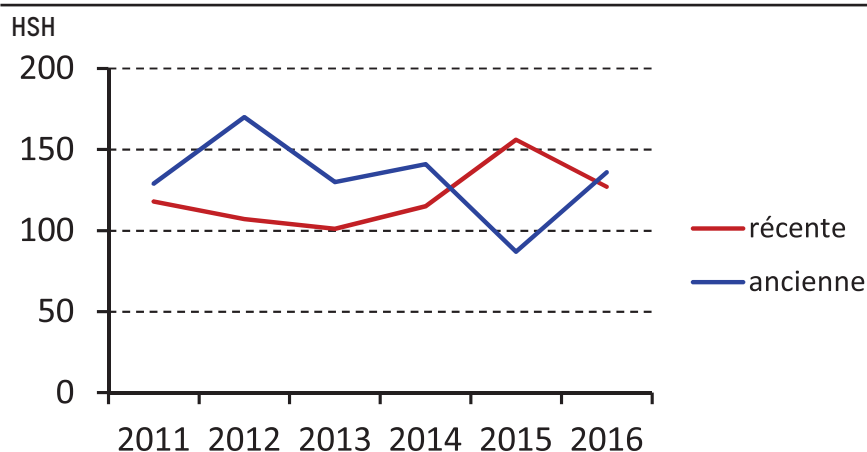
semblablement par le fait qu'en Suisse, le sida est avant tout diagnostiqué chez des personnes qui n'ont pas reçu à temps un traitement efficace contre le VIH, ce qui est vraisemblablement plus souvent le cas pour les personnes provenant de pays à haute prévalence du VIH que pour les Suissesses et les Suisses. Le nombre d'IDU également était plus élevé parmi les cas de sida que parmi les cas de VIH. C'est là un signe que les interruptions de traitement sont depuis des années plus fréquentes dans ce groupe que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle ou les HSH. Ces derniers étaient moins représentés parmi les cas de sida que parmi les cas de VIH. Cela vient confirmer le fait que dans le groupe des HSH, les infections par le VIH sont, comparativement, diagnostiquées à un stade précoce et traitées avec succès (voir tableau 6), parce que ce groupe se soumet beaucoup plus souvent à des tests VIH que les autres.

Ce rapport annuel se limite à l'analyse des informations les plus importantes demandées aux médecins dans le formulaire de déclaration. L'évaluation des autres variables fera l'objet d'articles distincts, à condition que les données ne soient pas trop incomplètes. Les variables pour lesquelles de futures analyses sont prévues concernent : Motif du test actuel, Anamnèse de tests antérieurs, Grossesse, Participation à la cohorte VIH suisse, Mesure des lymphocytes CD4-T, Virémie, Réalisation et résultats des tests de résistance, Information des partenaires sexuels, Maladies indicatives du sida. La question directe portant sur la date supposée de l'infection n'a jusqu'à présent pas pu être exploitée.

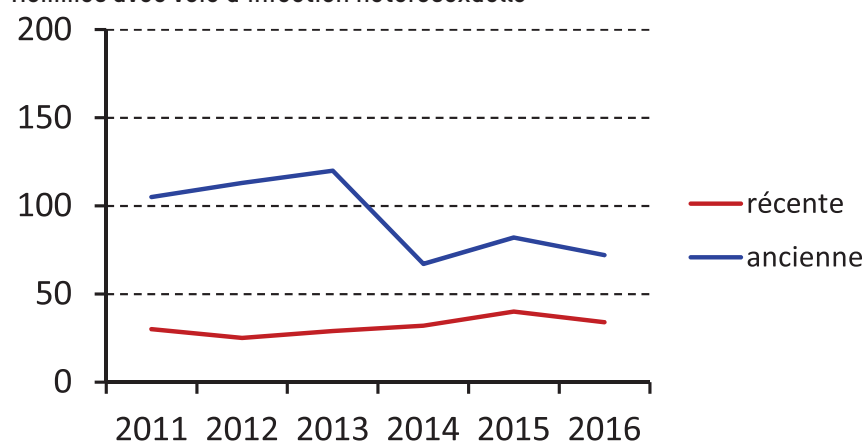
SYNTHÈSE

Le nombre total de diagnostics du VIH et, partant, son incidence, sont demeurés pratiquement inchangés en 2016 par rapport à l'année précédente. Plus de trois quarts des diagnostics concernaient des hommes, chez lesquels l'incidence était près de quatre fois plus élevée que chez les femmes. La voie d'infection de loin la plus fréquente chez les hommes était toujours celle des relations sexuelles entre hommes et, chez les femmes, celle des relations hétérosexuelles. Depuis quelques années, les

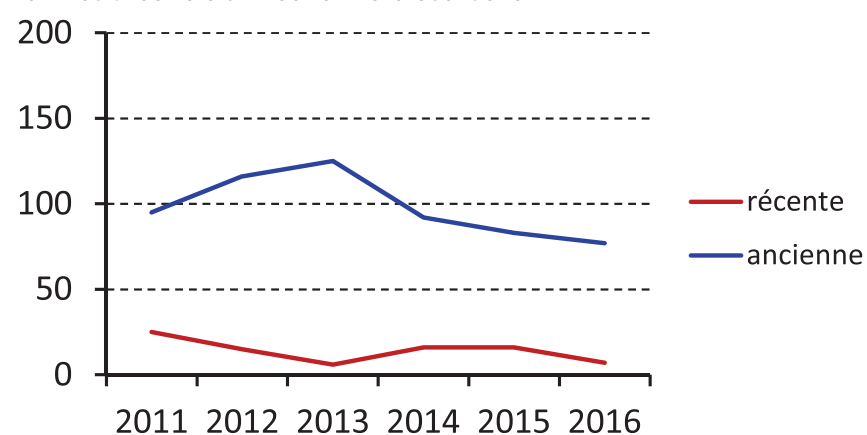
Figure 5
Infections à VIH récentes et anciennes, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2011–2016



Hommes avec voie d'infection hétérosexuelle



Femmes avec voie d'infection hétérosexuelle



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 7 :

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2011–2016 (corrégés en raison de retards de déclaration)

Voie d'infection	Sexe	Année de diagnostic					
		2010	2011	2012	2013	2014	2015
hétérosexuelle	masculin	36	28	31	20	27	13
	féminin	33	22	25	13	11	18
HSH	masculin	36	33	33	26	21	39
IDU	masculin	14	3	5	3	2	3
	féminin	3	3	4	0	0	0
Autres	masculin	8	3	4	14	1	15
	féminin	2	3	3	3	2	4
Total		132	95	105	79	64	92
dont déjà déclarés :		132	94	101	75	58	41

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; IDU : consommation de drogues par injection

infections en lien avec la consommation de drogue n'occupent plus qu'une petite place dans le tableau général. Parmi les HSH, le VIH a principalement été diagnostiqué chez des Suisses et des ressortissants de pays européens. Les infections ont majoritairement été contractées en Suisse. Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de celles d'origine étrangère était plus élevé que parmi les HSH, en particulier chez les femmes, parmi lesquelles celles issues d'un pays à haute prévalence du VIH étaient presque aussi nombreuses que les Suissesses. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été contaminées à l'étranger, pour la plupart d'entre elles vraisemblablement dans leur pays d'origine. Les infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées chez des HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle, mais le nombre de ces cas, qui avait augmenté en 2014 et 2015, était à nouveau en baisse en 2016. Il reste à voir si cette inversion de la courbe se confirme ou si elle s'explique par des incertitudes statistiques liées à la technique d'estimation. De manière générale, l'évolution du nombre d'infections récentes peut s'expliquer par l'évolution de l'incidence, mais aussi par un changement dans le taux de tests. Comme, en 2016, ce dernier n'a pas baissé, l'incidence est probablement restée stable dans ce groupe.

Contact

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

Remarques

1. Les déclarations des médecins, appelées « déclarations de résultats d'analyses cliniques » suite à la dernière révision de l'ordonnance, doivent être adressées au médecin cantonal du canton de domicile du patient qui, après les avoir contrôlées, les transmet à l'OFSP. Ces déclarations n'ont pas été transmises pour tous les cas de VIH diagnostiqués et déclarés par les laboratoires. Selon les années, des données complémentaires en plus du sexe, de l'âge et du canton de domicile, notamment celles concernant la voie d'infection et la nationalité, manquent en moyenne dans 20 % des cas. Pour les tendances présentées dans ce rapport, les données basées sur les déclarations de résultats d'analyses cliniques ont été extrapolées de manière à obtenir pour chaque sexe et chaque année le total correspondant des déclarations de laboratoire. Cette approche suppose que ces déclarations sont représentatives pour tous les cas de VIH diagnostiqués par les laboratoires.
2. Selon l'ONUSIDA et l'OMS, un pays est réputé à haute prévalence du VIH lorsque celle-ci est supérieure à 1 % dans la population générale pour la tranche des 15 à 45 ans. Dans les pays en voie de développement, les données résultent souvent d'études effectuées auprès de femmes enceintes. Pour la Suisse, les pays à prendre en considération sont principalement les pays de l'Afrique sub-saharienne, ainsi que certains pays des Caraïbes.
3. Depuis 2008, la Suisse utilise de manière standardisée une méthode de diagnostic qui permet, à l'aide d'un algorithme, de différencier les infections récentes des infections anciennes. Cet algorithme a été développé par le Centre national de rétrovirus (CNR) sur la base de l'immunoblot Inno-Lia™ VIH I/II Assay (Fujirebio). Les infections dites récentes sont celles dont la transmission à la personne infectée remonte probablement à un an au maximum avant le diagnostic.
4. La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu qui survient souvent chez des 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.
5. A la suite de retards dans la déclaration, seulement la moitié des cas de sida déclarés par

le passé pour une année donnée concernait l'année au cours de laquelle le diagnostic avait été établi ; 30 % des diagnostics se rapportaient à l'année précédente et 20 % à des cas encore plus anciens. De ce fait, à la fin d'une année donnée, le nombre de nouveaux cas de sida ne peut pas être connu avec précision, puisque les cas n'ont pas encore été tous déclarés. Le nombre de cas réel doit donc être estimé au moyen d'un modèle statistique prenant en considération la répartition passée des retards de déclaration. Les données indiquées au tableau 7 se fondent sur la méthode de Rosenberg [4].

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	Cantons qui la composent
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins statistiques et leur intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Références

1. GT Laboratoire et diagnostic de la CFSS : Concept de test VIH 2013. Bulletin OFSP 2013 ; 47 : 852-854.
2. Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. <https://www.boell.de/de/navigation/afrika-Afrika-LGBTI-9040.html>
3. Dépistage du VIH sur l'initiative des médecins / But de la directive (PICT). Bulletin OFSP 2015 ; 21 : 375-379.
4. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(1): 49-54.

La syphilis en Suisse, situation en 2016

En 2016, 733 cas confirmés de syphilis ont été déclarés à l'OFSP, ce qui correspond à une hausse de près de 15 % par rapport à l'année précédente.

ETAT DES DONNEES

En Suisse, la syphilis fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. La définition des cas a été revue en 2014 en collaboration avec un groupe d'experts externe et mise en application le 1^{er} janvier 2015. À cette époque, l'OFSP a également introduit de nouveaux formulaires pour les déclarations des résultats d'analyses de laboratoire et les déclarations des résultats d'analyses cliniques. Depuis, le corps médical a la possibilité, pour la syphilis, de cocher sur le formulaire s'il s'agit du résultat du contrôle de l'évolution d'une maladie déjà déclarée, d'une infection précédente (cicatrice sérologique) ou d'un nouveau cas n'ayant encore jamais été déclaré, autrement dit

une nouvelle infection ou une réinfection. Le formulaire de déclaration doit être entièrement rempli uniquement s'il s'agit d'une nouvelle infection ou d'une réinfection.

1682 cas de syphilis ont été déclarés en 2016, ce qui correspond à une hausse de 31 % par rapport aux 1275 déclarations de 2015. 661 déclarations concernaient des contrôles de l'évolution d'une maladie ou des cicatrices sérologiques. 288 déclarations n'ont pas pu être classées, parce qu'il manquait soit la déclaration du médecin, soit celle du laboratoire. Les 733 cas restantes remplissaient la définition de cas et ont en conséquence été classés comme cas certains. Ces derniers ont augmenté de près de 15 % par rapport à 2015, année

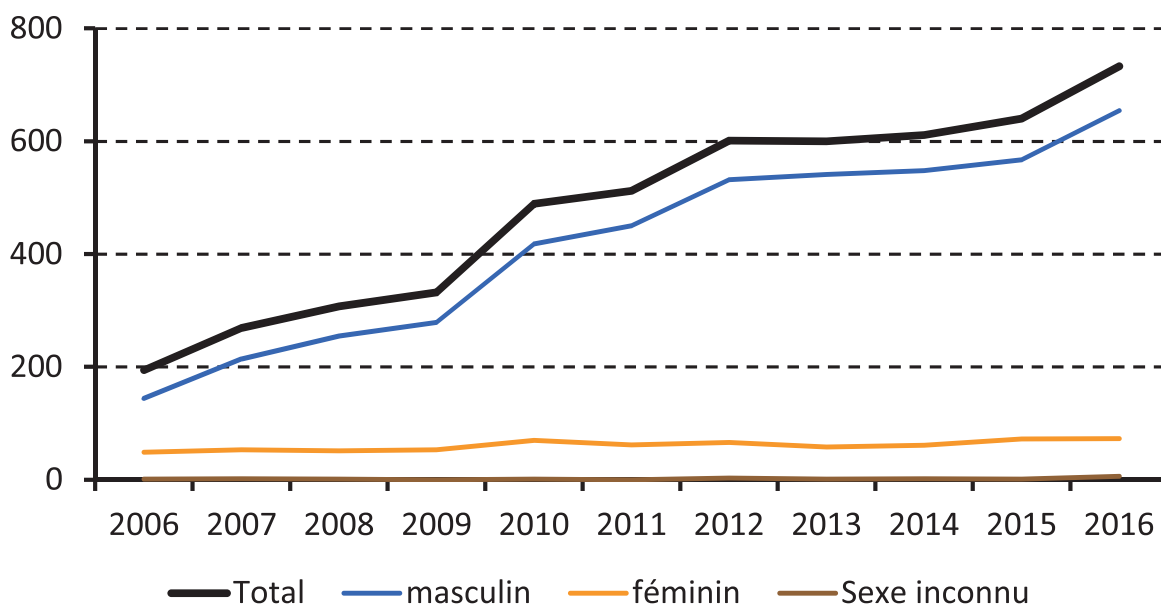
où 640 cas certains avaient été enregistrés (déclarations au 30 juin 2017). En raison des nouveautés apportées aux formulaires et au système de classification, les comparaisons de données entre les années requièrent une certaine prudence. Les analyses qui suivent se fondent sur les données concernant les cas certains.

SEXE

La majorité des cas confirmés de syphilis concernait des hommes (89 %) ; leur pourcentage n'a cessé d'augmenter d'année en année (figure 1). Depuis 2006, on observe une multiplication par 3,8 du nombre de cas pour les deux sexes ensemble. Alors que les cas n'ont augmenté que par un facteur de 1,5 pour les femmes, ils ont augmentés

Figure 1

Cas confirmés de syphilis, par sexe et par année de diagnostic, depuis la réintroduction de la déclaration obligatoire, 2006–2016



par plus de quatre pour les hommes au cours des onze dernières années. En 2016, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 1,7 pour les femmes et à 15,7 pour les hommes.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes ensemble, l'incidence s'élevait à 8,7 pour 100 000 habitants en 2016. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 4 à près de 15 cas pour 100 000 habitants (tableau 1). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse, tandis que les incidences étaient nettement plus basses dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

REPARTITION PAR AGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de syphilis se situait à 38 ans ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 38 ans et l'autre moitié de plus de 38 ans. Chez les femmes, la plupart des cas concernait le groupe des 25 à 34 ans (figure 2). Au moment du diagnostic, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes : leur âge médian était 43 ans et le groupe d'âge le plus touché était celui des 45 à 54 ans. Pour les HSH, l'âge médian était de 39 ans, donc presque identique à celui des femmes, et la plupart des cas avaient été diagnostiqués dans le groupe des 35 à 44 ans.

VOIE D'INFECTION

Sur les 733 personnes avec un diagnostic de syphilis confirmé en 2016, 62,3 % s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 19,9 % lors de relations hétérosexuelles et 1 cas lors de relations sexuelles entre femmes ; la voie d'infection n'était pas connue pour les 17,5 % restants (figure 3, tableau 2). Si l'on considère uniquement les cas dont la voie d'infection est connue, le pourcentage de HSH atteignait même 76 %, contre 24 % pour les diagnostics d'infection par voie hétérosexuelle.

Tableau 1 :

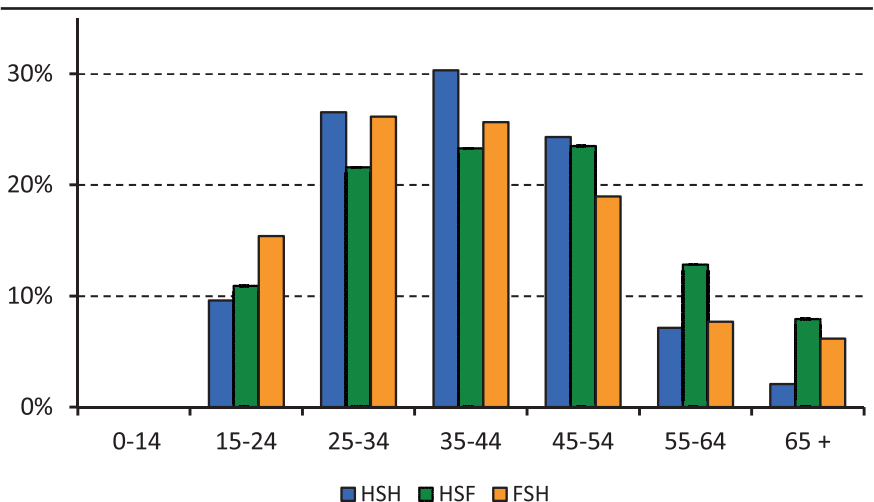
Incidence de la syphilis pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2011–2016

Année de diagnostic	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Suisse	6,4	7,5	7,4	7,4	7,7	8,7
Région lémanique	9,3	11,3	12,2	10,1	10,2	11,9
Espace Mittelland	3,8	4,9	3,6	3,5	3,7	6,1
Suisse du Nord-Ouest	5,6	6,4	5,3	8,6	7,5	8,8
Zurich	11,8	13,1	12,9	14,2	14,4	14,8
Suisse orientale	3,2	2,8	4,2	3,0	4,1	4,1
Suisse centrale	3,7	5,4	4,7	3,8	5,2	4,5
Tessin	4,7	4,4	5,5	6,3	7,1	6,5

¹ Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

Figure 2

Distribution des cas confirmés de syphilis, par classe d'âge, selon la voie d'infection¹ et le sexe (cas des années 2012 à 2016 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes HSF : rapports sexuels d'hommes avec des femmes ; FSH : rapports sexuels de femmes avec des hommes

Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage des femmes s'élevait à 31 %, de sorte que l'on compte deux fois plus de cas chez les hommes que chez les femmes. Dans le groupe des hommes pour lesquels la voie d'infection est connue, 82 % des infections étaient dues à des relations sexuelles entre hommes. Les HSH qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs ([1]), sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Avec 88 %, leur pourcentage était élevé surtout dans la grande région de Zurich (tableau 2). Aucun cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) n'a été rapporté en 2016.

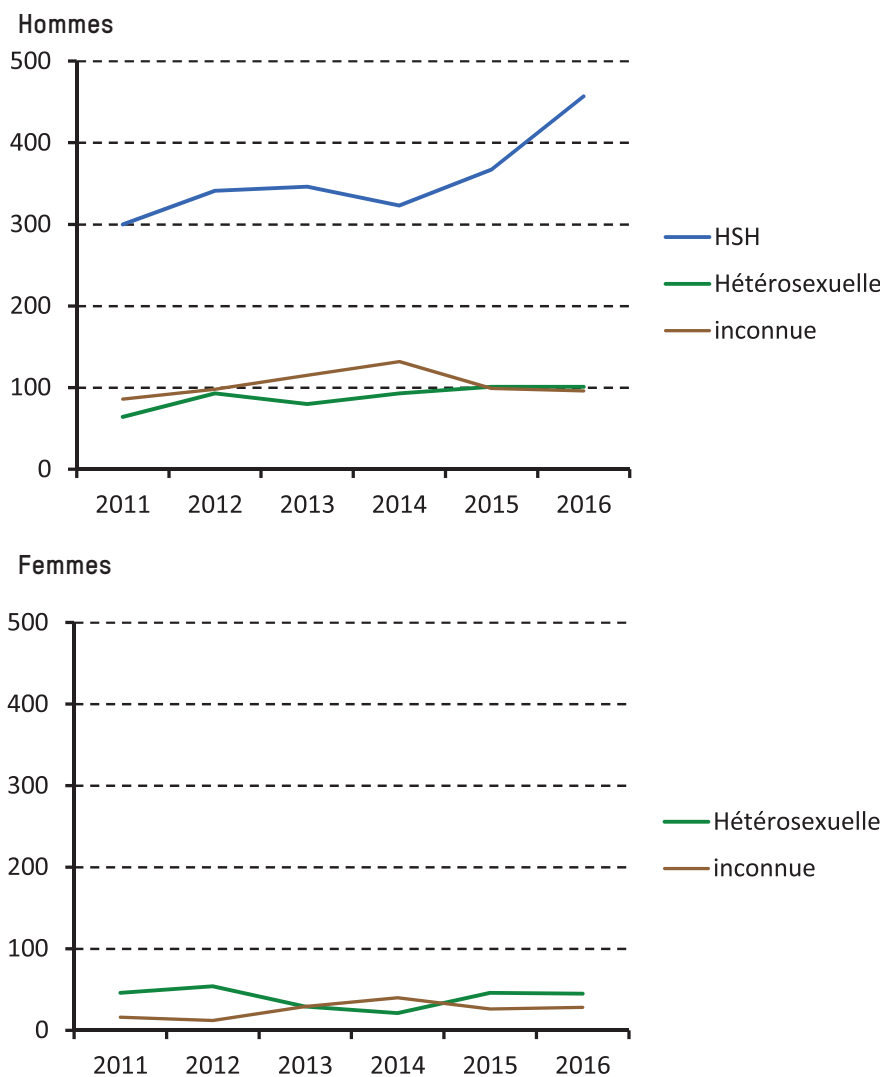
NATIONALITE

Parmi les personnes atteintes de syphilis dont la nationalité est connue, 63 % étaient suisses. Le nombre de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3) : leur pourcentage s'élevait à 55 % pour les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle ; il était plus élevé de 10 % pour les HSH.

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Chez les personnes de nationalité suisse, le pourcentage infecté en Suisse était de 86 % pour les HSH et de 78 % dans le groupe infecté par voie hétérosexuelle. Même si

Figure 3
Cas confirmés de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2011–2016



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 2 :
Cas confirmés de syphilis, par voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFS, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	146	19,9 %	457	62,3 %	130	17,7 %
Région lémanique	42	21,8 %	110	57,0 %	41	21,2 %
Espace Mittelland	27	23,7 %	59	51,8 %	28	24,6 %
Suisse du Nord-Ouest	25	25,0 %	49	49,0 %	26	26,0 %
Zurich	24	11,0 %	180	82,2 %	15	6,8 %
Suisse orientale	13	27,1 %	28	58,3 %	7	14,6 %
Suisse centrale	7	19,4 %	19	52,8 %	10	27,8 %
Tessin	8	34,8 %	12	52,2 %	3	13,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

² Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

les personnes de nationalité étrangère ont davantage été infectées à l'étranger que celles de nationalité suisse, la plupart d'entre elles ont aussi été infectées en Suisse : 78 % pour les HSH et 61 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. À noter que l'information sur le lieu de l'infection manquait parfois dans près d'un tiers des cas selon les groupes et que la fiabilité des conclusions est donc limitée.

SOURCE D'INFECTION

Dans leur grande majorité, les femmes ont été infectées par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus précise de la nature de la relation avec le partenaire infectieux montre que 88 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu et 12 % par un partenaire anonyme. Les partenaires anonymes étaient plus fortement représentés chez les hommes : le partenaire était connu pour la moitié des HSH et anonyme dans 49 % des cas ; dans 1 % des cas, il s'agissait de relations sexuelles tarifées. Les données tirées de l'étude de cohorte VIH suisse montrent que la syphilis se transmet notamment dans les réseaux sexuels de HSH séropositifs. (communication personnelle). 51 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle connaissaient leur partenaire ; dans 36 % des cas la partenaire était anonyme et dans 13 % des cas il s'agissait de relations sexuelles tarifées. Les données existantes sur ces dernières soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle. Il est probable que les indications figurant sur les formulaires de déclaration ne constituent que la pointe de l'iceberg. Les travailleuses sexuelles viennent souvent d'Europe de l'Est, région où la syphilis a pris des dimensions épidémiques après l'effondrement de l'Union soviétique ([2]). À noter que l'information sur la source d'infection manquait parfois dans près d'un tiers des cas selon les groupes, ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

DIAGNOSTICS ANTERIEURS DE SYPHILIS

Une infection antérieure n'empêche pas une nouvelle infection. 34 % des HSH ont déclaré qu'ils avaient déjà contracté

Tableau 3 :
Cas confirmés de syphilis, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
Sexe :	N	%	N	%		
Suisse	22	48,9 %	51	50,5 %	276	60,4 %
Europe	7	15,6 %	25	24,8 %	92	20,1 %
Afrique	4	8,9 %	6	5,9 %	7	1,5 %
Autres pays	8	17,8 %	9	8,9 %	50	10,9 %
Nationalité inconnue	4	8,9 %	10	9,9 %	32	7,0 %
Total cas de syphilis confirmés	45	100,0 %	101	100,0 %	457	100,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 4 :
Lieu présumé de l'infection pour les cas confirmés de syphilis, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étrangère		Suisse		étrangère	
Nationalité :	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de cas	73	100,0 %	73	100,0 %	276	100,0 %	181	100,0 %
Lieu de l'infection								
Suisse	49	67,1 %	30	41,1 %	186	67,4 %	93	51,4 %
étranger	14	19,2 %	19	26,0 %	31	11,2 %	26	14,4 %
inconnu	10	13,7 %	24	32,9 %	59	21,4 %	62	34,3 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

une syphilis par le passé. Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, ce pourcentage était de 14 %.

STADES CLINIQUES

Un peu plus de la moitié des cas de syphilis a été diagnostiqué au stade primaire (tableau 6). Si l'on considère la voie d'infection, 95 % des HSH et 86 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle présentaient, au moment du diagnostic, une syphilis active, c'est-à-dire un stade primaire, secondaire ou un stade de latence précoce ; tous étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les cas confirmés de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (<1 %). Le fait que la syphilis ait été diagnostiquée plus souvent à un stade précoce chez les HSH – bien que l'infection primaire soit plus souvent asymptomatique chez eux en raison d'une plus grande fréquence des manifestations rectales – renvoie

à une plus grande fréquence des tests dans ce groupe, tout comme le rapport entre latence précoce et latence tardive. Le dépistage de la syphilis au moins une fois par an est un test de routine chez les HSH porteurs d'une infection par le VIH.

Ce rapport annuel se limite à l'analyse des informations les plus importantes demandées aux médecins dans le formulaire de déclaration. L'évaluation des autres variables fera l'objet d'articles distincts, à condition que les données ne soient pas trop incomplètes.

Les variables pour lesquelles de futures analyses sont prévues concernent: Motif du test actuel, Grossesse, Site de lésion primaire, Test VIH effectué, Information des partenaires sexuels, Traitement des partenaires sexuels.

SYNTHESE

Le nombre de cas de syphilis confirmés et, partant, l'incidence de la maladie ont

augmenté en 2016 par comparaison avec l'année précédente. L'augmentation du nombre de cas observée depuis 2006 s'est donc poursuivie. Suivant en cela une tendance ancienne, la répartition entre les sexes s'est légèrement décalée vers les hommes qui, en 2016, représentaient 90 % des cas. La répartition par âge et par voie d'infection était comparable aux données correspondantes des années précédentes : la majorité avait entre 25 et 54 ans et les relations sexuelles entre hommes constituaient la principale voie d'infection. Plus de 90 % des cas se trouvaient à un stade infectieux, ce qui laisse penser que les éventuels partenaires sexuels avaient très vraisemblablement aussi contracté une syphilis. Il est extrêmement important d'informer et de traiter simultanément les partenaires afin d'éviter une réinfection après traitement.

Tableau 5 :

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec syphilis confirmée, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin			
Nombre de cas confirmés	45	100,0 %	101	100,0 %	457	100,0 %
Partenaire connu	30	66,7 %	37	36,6 %	154	33,7 %
Partenaire anonyme	4	8,9 %	26	25,7 %	152	33,3 %
Sexe tarifé	0	0,0 %	9	8,9 %	3	0,7 %
Pas identifiable	8	17,8 %	21	20,8 %	94	20,6 %
Pas d'indication	3	6,7 %	8	7,9 %	54	11,8 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 6 :

Cas confirmés de syphilis, par stade clinique et voie d'infection¹, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH	
Nombre de cas confirmés	146	100,0 %	457	100,0 %
Primaire	66	45,2 %	230	50,3 %
Secondaire	38	26,0 %	123	26,9 %
Latence précoce (< 1 an)	7	4,8 %	50	10,9 %
Latence tardive (≥ 1 an)	15	10,3 %	21	4,6 %
Latence de durée indéterminée	2	1,4 %	0	0,0 %
Tertiaire	1	0,7 %	2	0,4 %
Inconnu / sans information	17	11,6 %	31	6,8 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Contact

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

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins statistiques et leur intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons qui la composent
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

Références

- Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. In: BMC public health 13, p. 919
- Herbert, Liam J.; Middleton, Stephen I. (2012): An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. In: Journal of global health 2 (1), p. 10402

La gonorrhée en Suisse, situation en 2016

2270 cas confirmés de gonorrhée ont été déclarés à l'OFSP en 2016, ce qui correspond à une hausse de 20 % par rapport à l'année précédente.

ETAT DES DONNEES

En Suisse, la gonorrhée fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 1988. En janvier 2015, l'OFSP a introduit de nouveaux formulaires pour la déclaration des résultats d'analyses de laboratoire et la déclaration des résultats d'analyses cliniques. 2270 cas confirmés par les laboratoires de gonorrhée ont été déclarés pour l'année 2016, ce qui correspond à une hausse de 20 % par rapport aux 1897 cas déclarés en 2015 (déclarations au 30 juin 2017).

SEXE

La majorité des cas confirmés de gonorrhée concernait des hommes (79 %), ce qui traduit une répartition

entre les sexes inchangée par rapport aux dernières années (figure 1). Pour les deux sexes ensemble, on observe depuis 2000 une augmentation marquée du nombre de cas, qui a été multiplié par 5,9. En 2016, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 11 pour les femmes et à 43 pour les hommes.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes, l'incidence s'élevait à 27 pour 100 000 habitants en 2016. Avec une fourchette allant de 15 à 49 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient toutefois marquées (tableau 1). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich

et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse, tandis que les incidences les plus basses se trouvaient au Tessin et dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de l'Espace Mittelland.

REPARTITION PAR AGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de gonorrhée se situait à 27 ans ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 27 ans et l'autre moitié de plus de 27 ans. La majorité des femmes se situait dans le groupe des 15 à 24 ans (figure 2). Chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, la tranche des 25 à 34 ans était la plus fortement représentée

Figure 1

Cas confirmés de gonorrhée, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du recensement/relevé, 1988–2016

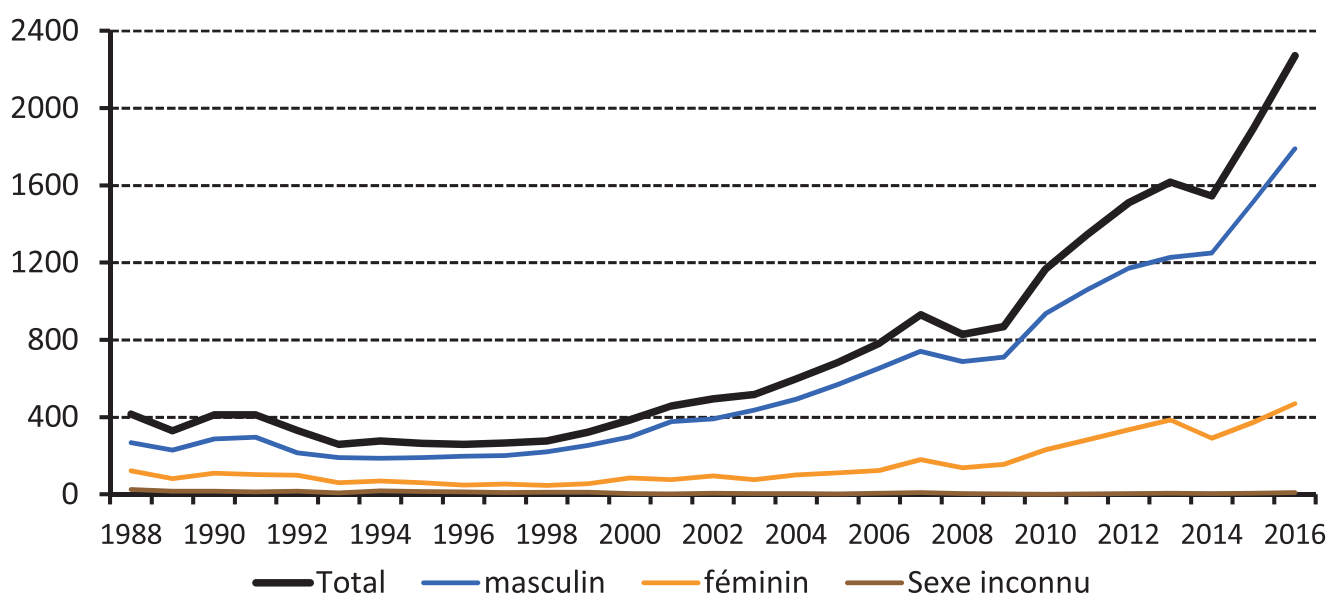
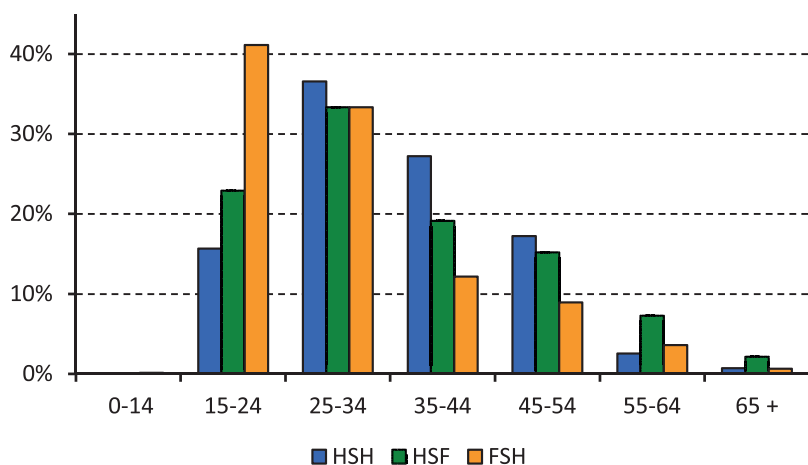


Tableau 1 :
Incidence de la gonorrhée pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2011–2016

Année de diagnostic	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Suisse	16,9	18,8	19,9	18,8	22,8	27,0
Région lémanique	16,7	22,4	28,7	22,0	25,9	30,5
Espace Mittelland	10,6	10,6	11,1	12,0	11,7	17,8
Suisse du Nord-Ouest	17,9	19,7	16,3	19,0	28,9	27,2
Zurich	31,7	31,4	33,5	29,7	41,3	49,5
Suisse orientale	10,2	10,7	11,3	10,7	13,2	15,0
Suisse centrale	13,9	17,1	19,4	20,2	19,2	21,8
Tessin	15,4	20,8	11,3	16,8	9,7	14,6

¹ Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

Figure 2
Distribution des cas confirmés de gonorrhée, par classe d'âge, selon la voie d'infection¹ et le sexe (cas des années 2012 à 2016 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes ; HSF : rapports sexuels d'hommes avec des femmes ; FSH : rapports sexuels de femmes avec des hommes

dérablement augmenté au cours des dernières années, passant de 31 % en 2011 à 48 % en 2016 (figure 3). Cette évolution s'explique par le nombre croissant de cas dans ce groupe, qui a été multiplié par 2,7 depuis 2011, alors que le nombre d'hommes infectés par voie hétérosexuelle n'a crû que d'un facteur 1,3 durant la même période. Depuis 2014, on observe toutefois une nette augmentation du nombre de cas non seulement parmi les HSH, mais aussi parmi les femmes et les hommes infectés par voie hétérosexuelle.

NATIONALITE

69 % de Suisses figuraient parmi les cas de gonorrhée pour lesquels la nationalité était connue (tableau 3). Le sexe et la voie d'infection n'ont guère eu d'influence sur le pourcentage de personnes de nationalité suisse.

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage des personnes de nationalité suisse infectées en Suisse était de 91 % pour les HSH et de 88 % dans le groupe infecté par voie hétérosexuelle. Les personnes de nationalité étrangère ont davantage été infectées à l'étranger que celles de nationalité suisse, même si la plupart d'entre elles ont aussi été infectées en Suisse : 88 % pour les HSH et 86 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ces pourcentages se rapportent aux cas où le lieu d'infection est indiqué ; cette indication manquait jusque dans un quart des cas selon les sous-groupes.

SOURCE D'INFECTION

La grande majorité des femmes a été infectée par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus poussée de la nature de la relation avec le partenaire infectieux montre que 88 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu, 8 % par un partenaire anonyme et 5 % lors de relations sexuelles tarifées. Pour les hommes, le pourcentage de partenaires anonymes était plus important : le partenaire était connu dans 54 % des cas infectés par des relations sexuelles entre hommes, anonyme dans 45 % des cas et il s'agissait de relations sexuelles tarifées dans 1 % des cas. La

et l'âge médian était de 32 ans. Celui des hommes infectés lors de relations avec d'autres hommes (HSH) était de 34 ans, et la plupart des cas avaient été diagnostiqués dans le groupe des 25 à 34 ans. L'âge médian des hommes au moment du diagnostic de gonorrhée, pour toutes les voies d'infection, était donc supérieur de 5 à 6 ans à celui des femmes.

VOIE D'INFECTION

En 2016, 31 % des cas déclarés concernaient des rapports sexuels entre hommes, 49 % des relations hétérosexuelles et 0,7 % des relations sexuelles entre femmes ; la voie d'infection

des 19 % restants n'était pas connue (figure 3, tableau 2). Si l'on considère uniquement les cas dont la voie d'infection est connue, le pourcentage de HSH atteignait même 38 %, contre 61 % pour les diagnostics d'infection par voie hétérosexuelle. Les HSH qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs ([1]), sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée ; avec 47 %, leur pourcentage était élevé surtout dans la grande région de Zurich (tableau 2). Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, les femmes représentaient 31 % des cas. Le pourcentage de HSH parmi les hommes a consi-

moitié (54 %) des hommes infectés lors de relations hétérosexuelles connaissait leur partenaire et 32 % ont été contaminés par une partenaire anonyme ; 14 % ont été infectés lors de relations sexuelles tarifées. Ces pourcentages se rapportent aux cas où la source d'infection est indiquée ; à noter que cette indication manquait jusque dans 20 % des cas selon les sous-groupes.

Ce rapport annuel se limite à l'analyse des informations les plus importantes demandées aux médecins dans le formulaire de déclaration. L'évaluation des autres variables fera l'objet d'articles distincts, à condition que les données ne soient pas trop incomplètes.

Les variables pour lesquelles de futures analyses sont prévues concernent: Motif du test actuel, Grossesse, Manifestations (symptômes), Test VIH effectué, Antécédents d'IST (sauf VIH), Information des partenaires sexuels, Traitement des partenaires sexuels.

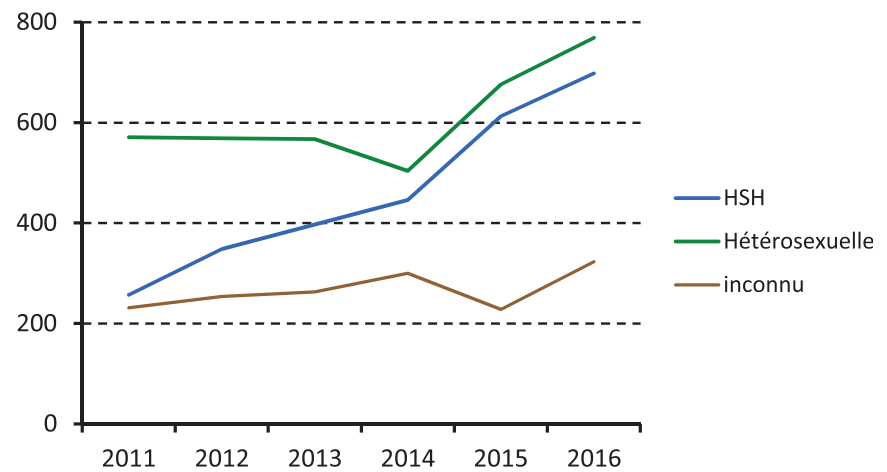
SYNTHESE

Le nombre de cas confirmés et, partant, l'incidence de la gonorrhée ont nettement augmenté aussi bien chez les femmes que chez les hommes en 2016 par comparaison avec l'année précédente. L'augmentation du nombre de cas observée depuis 2000 s'est donc poursuivie. Cette tendance s'explique en particulier par une forte augmentation du nombre de cas dans le groupe des HSH. Pour mieux pouvoir juger dans quelle mesure l'augmentation observée résulte de changements dans le volume d'analyses ou dans la sensibilité des tests diagnostics utilisés ([2]), la nouvelle ordonnance du DFI du 1^{er} janvier 2016 a rendu obligatoire la déclaration du nombre de tests effectués. Les premières analyses seront vraisemblablement possibles en 2018, quand on évaluera la mise en œuvre et que l'on disposera de résultats pour au moins deux années.

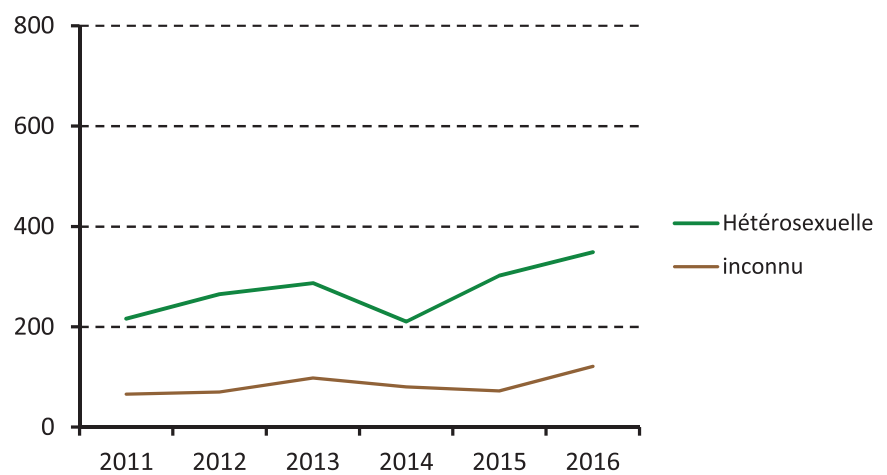
Figure 3

Cas confirmés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2011–2016

Hommes



Femmes



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 2 :

Cas confirmés de gonorrhée, selon la voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFS, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	1118	49,3 %	698	30,7 %	454	20,0 %
Région lémanique	193	39,1 %	170	34,5 %	130	26,4 %
Espace Mittelland	188	56,6 %	86	25,9 %	58	17,5 %
Suisse du Nord-Ouest	185	59,7 %	62	20,0 %	63	20,3 %
Zurich	325	44,2 %	286	38,9 %	124	16,9 %
Suisse orientale	110	63,2 %	37	21,3 %	27	15,5 %
Suisse centrale	93	53,4 %	44	25,3 %	37	21,3 %
Tessin	24	46,2 %	13	25,0 %	15	28,8 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

² Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

Tableau 3 :
Cas confirmés de gonorrhée, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Suisse	192	55,0 %	442	57,5 %	398	57,0 %
Europe	63	18,1 %	109	14,2 %	104	14,9 %
Afrique	12	3,4 %	17	2,2 %	7	1,0 %
Autres pays	26	7,4 %	50	6,5 %	72	10,3 %
Nationalité inconnue	56	16,0 %	151	19,6 %	117	16,8 %
Total cas de gonorrhée confirmés	349	100,0 %	769	100,0 %	698	100,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 4 :
Lieu présumé de l'infection pour les cas confirmés de gonorrhée, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		Etranger		Suisse		Etranger	
Nombre de cas	634	100,0 %	484	100,0 %	398	100,0 %	300	100,0 %
Lieu de l'infection								
Suisse	450	71,0 %	316	65,3 %	290	72,9 %	211	70,3 %
Etranger	59	9,3 %	51	10,5 %	30	7,5 %	28	9,3 %
Inconnu	125	19,7 %	117	24,2 %	78	19,6 %	61	20,3 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Tableau 5 :
Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec gonorrhée confirmée, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2016

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
Nombre de cas confirmés	349	100.0%	769	100.0%		
Partenaire connu	262	75.1%	324	42.1%	292	41.8%
Partenaire anonyme	23	6.6%	193	25.1%	246	35.2%
Sexe tarifé	14	4.0%	82	10.7%	6	0.9%
Pas identifiable	16	4.6%	79	10.3%	83	11.9%
Pas d'indication	34	9.7%	91	11.8%	71	10.2%

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Contact

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons qui la composent
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins statistiques et leur intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Références

1. Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. In: BMC public health 13, p. 919.
2. Cornelisse, Vincent J.; Chow, Eric P. F.; Huffam, Sarah; Fairley, Christopher K.; Bissessor, Melanie; Petra, Vesna de et al. (2017): Increased Detection of Pharyngeal and Rectal Gonorrhoea in Men Who Have Sex With Men After Transition From Culture To Nucleic Acid Amplification Testing. In: Sexually transmitted diseases 44 (2), p. 114-117.

La chlamydie en Suisse, situation en 2016

En 2016, 11 013 cas confirmés de chlamydie ont été déclarés à l'OFSP, ce qui correspond à une hausse de 8 % par rapport à l'année précédente.

ETAT DES DONNEES

En Suisse, la chlamydie fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 1989. En raison du nombre élevé de cas, l'OFSP s'en tient à une déclaration de résultats d'analyses de laboratoire avec indication du sexe de la personne, de sa date de naissance et de son canton de domicile, et renonce à la déclaration de résultats d'analyses cliniques. 11 013 cas de chlamydie confirmés par les laboratoires ont été déclarés pour l'année 2016, ce qui correspond à une hausse de 8 % par rapport aux 10 172 cas déclarés en 2015 (déclarations au 30 juin 2017).

SEXE

La majorité des cas confirmés de chlamydie (67 %) concernaient des

femmes (figure 1). Depuis 2000, on observe, pour l'ensemble des deux sexes, une multiplication par 4,8 du nombre de cas, soit de 4,7 pour les femmes et de 5,4 pour les hommes. En 2016, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 172 pour les femmes et à 87 pour les hommes.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes, l'incidence s'élevait à 131 pour 100 000 habitants en 2016. On observe toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 104 à 160 cas pour 100 000 habitants (tableau 1). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse, tandis que les incidences les

plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

REPARTITION PAR AGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de chlamydie se situait à 24 ans ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 24 ans et l'autre moitié de plus de 24 ans. La plupart des cas concernait le groupe des 15 à 24 ans (figure 2). Au moment du diagnostic, l'âge médian des hommes était de 5 ans supérieur à celui des femmes et se situait donc à 29 ans. Le groupe des 25 à 34 ans était le plus fortement touché.

SYNTHESE

Le nombre total de cas confirmés par laboratoire et, partant, l'incidence de

Figure 1
Cas confirmés de chlamydie, par sexe, depuis le début du recensement, 1988–2016

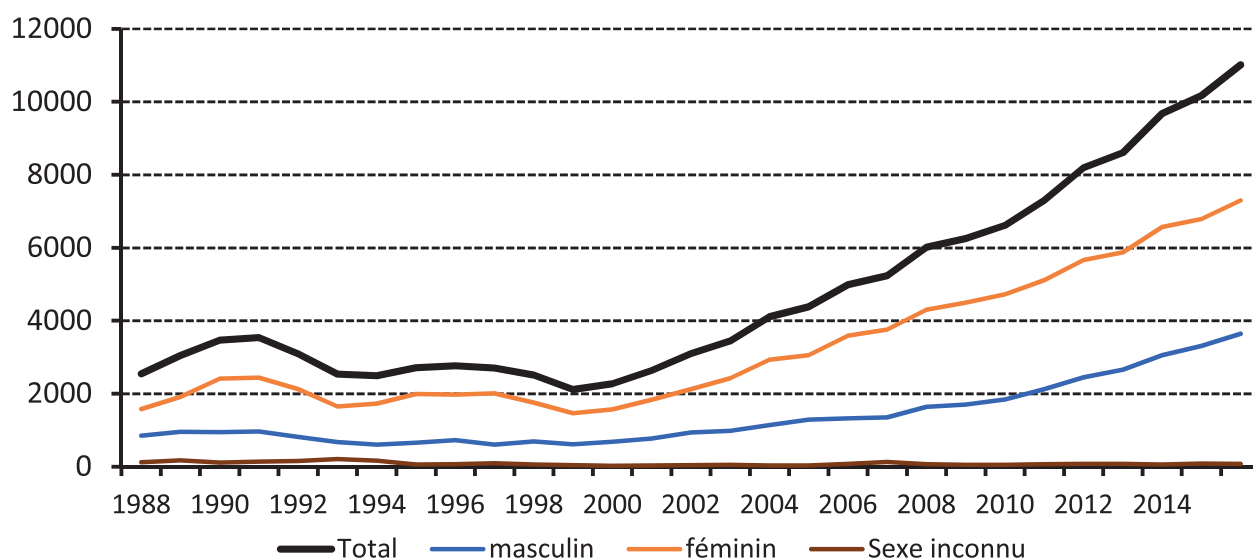


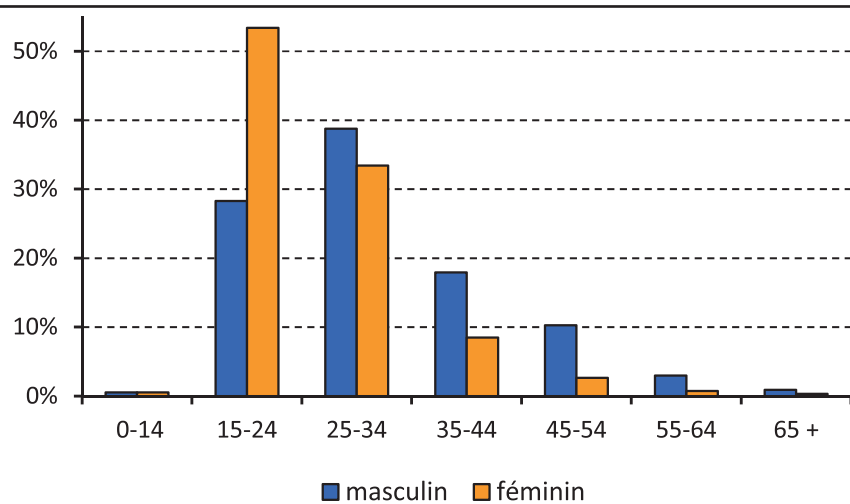
Tableau 1 :

Incidence de la chlamydie pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2011–2016

Année de diagnostic	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Suisse	91,8	101,9	105,7	117,5	122,1	130,8
Région lémanique	120,5	140,7	135,3	152,2	153,0	159,3
Espace Mittelland	65,4	77,9	88,8	93,1	103,7	113,7
Suisse du Nord-Ouest	91,8	101,3	108,5	115,4	123,6	127,1
Zurich	116,0	123,7	133,3	152,2	155,0	160,6
Suisse orientale	70,3	72,5	80,5	88,0	91,9	104,2
Suisse centrale	76,2	77,2	81,0	87,7	83,4	106,8
Tessin	108,3	118,2	76,5	114,7	121,6	119,7

¹ Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir l'annexe

Figure 2

Répartition des personnes présentant une chlamydie confirmée, par âge et par sexe (cas des années 2012 à 2016 réunis pour des raisons statistiques)

la chlamydie ont augmenté en 2016 par comparaison à l'année précédente. L'augmentation marquée du nombre de cas observée depuis 2000 s'est donc poursuivie. La répartition par sexe et par âge est restée plus ou moins identique à celle des années précédentes : deux cas sur trois concernaient des femmes et la majorité d'entre elles avaient entre 15 et 34 ans. Pour mieux pouvoir juger si l'augmentation constatée correspond réellement à une tendance épidémiologique

et ne résulte pas d'un changement dans le volume d'analyses ou du diagnostic, par exemple le recours accru à des procédures multiplexes, la nouvelle ordonnance du DFI du 1^{er} janvier 2016 a rendu obligatoire la déclaration du nombre de tests effectués. Les premières analyses seront vraisemblablement possibles en 2018, quand on évaluera la mise en œuvre et que l'on disposera de résultats pour au moins deux années.

Contact

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons qui la composent
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins statistiques et leur intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Surveillance des tests

Jusqu'à ce jour, il n'était pas possible de se procurer en Suisse les données chiffrées relatives aux tests de dépistage du VIH et de la syphilis directement auprès des laboratoires : il fallait s'adresser aux centres proposant conseil et dépistage volontaires (Voluntary Counselling and Testing, VTC) [1]. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance sur les épidémies, le 1^{er} janvier 2016, le nombre de tests effectués est désormais soumis à déclaration ; il ne sera toutefois vraisemblablement pas possible de procéder aux premières analyses avant 2018, lorsque la mise en œuvre sera évaluée et que des résultats seront disponibles depuis deux ans au moins.

Depuis 2008, un nombre croissant de centres de dépistage du VIH en Suisse remplissent les critères VCT de l'OFSP, parmi lesquels l'exploitation du système BerDa en ligne (**B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem, système de conseil et de saisie des données). C'est là que sont recensés sous une forme anonyme tous les tests VIH effectués, ainsi que, depuis 2012, tous les tests de dépistage de la syphilis ; le système répertorie également le nombre de tests VIH que chaque client a subi dans le passé.

Les données du système BerDa indiquent une hausse constante du nombre de tests de dépistage du VIH

et de la syphilis réalisés dans les centres VCT suisses, entre 2008 et 2016 (figures 1 et 2). En 2016, près de 20 000 tests du VIH et plus de 10 000 tests de la syphilis ont été menés ; il s'agissait, notamment pour le VIH, de tests rapides dans la majorité des cas.

Par rapport à 2011, le nombre des tests enregistrés chez les HSH a presque triplé ; pour les autres hommes et pour les femmes, ce facteur est de chaque fois 1,5. Pour les personnes âgées de 15 à 66 ans, cela signifie qu'en 2016, 8,4 % des HSH, 0,3 % des autres hommes et 0,2 % des femmes ont subi un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses. Des valeurs qui s'élevaient à

respectivement 6,8 %, 0,1 % et 0,06 % pour les tests de la syphilis.

Durant la même période, le nombre moyen de tests que les personnes testées ont rapporté avoir subi précédemment a lui aussi augmenté : chez les HSH, il est passé de 3,9 en moyenne en 2011 à 4,8 en 2016. Pour les autres hommes et les femmes, ce chiffre est resté longtemps relativement stable avec une moyenne de 1,5 test antérieur avant de monter récemment à 1,6 (2015 et 2016) (figure 3).

L'OFSP interprète ces données par le fait que la fréquence des tests chez les HSH s'est intensifiée au cours des cinq dernières années. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de tous les tests effectués chez les HSH l'ont été dans les cabinets privés de médecins établis [2,3] et qu'ils ne sont donc pas recensés dans le système BerDa. Ce dernier contient néanmoins les données des cinq centres de santé suisses pour homosexuels hommes (Checkpoints) de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich ainsi que de quelques centres de test VIH et hôpitaux.

Un quart des participants à l'enquête Gaysurvey 2014 affirmaient avoir effectué leur dernier test VIH dans un Checkpoint [2]. Ne considérant que les tests VIH positifs confirmés, il ressort que, sur les 263 diagnostics VIH enregistrés

Figure 1
Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses, 2011–2016

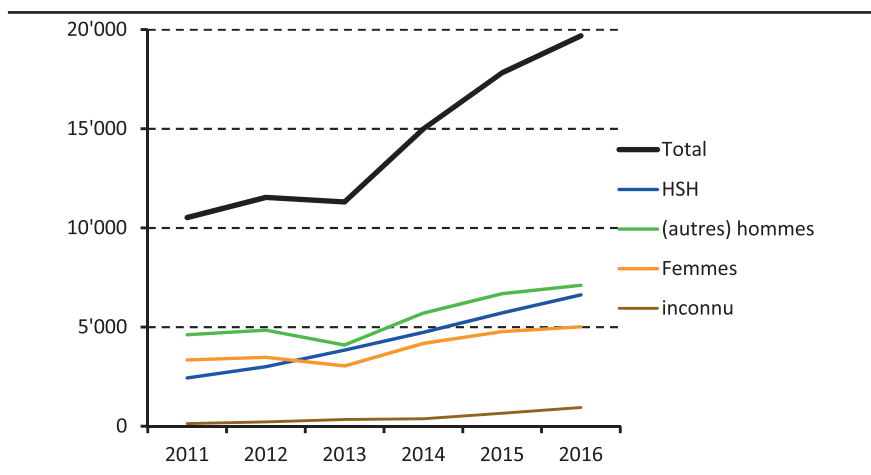


Figure 2
Nombre de tests de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses, 2013–2016

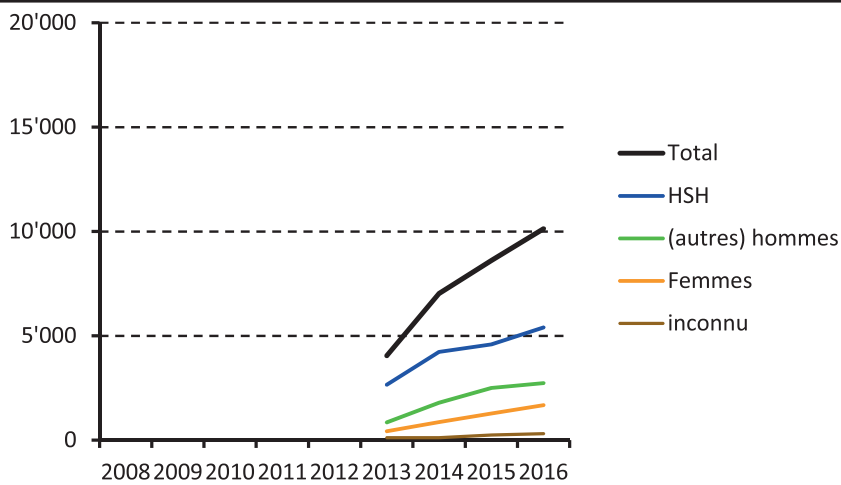


Figure 3
Nombre moyen documenté par les centres VCT de tests VIH antérieurs, 2011–2016

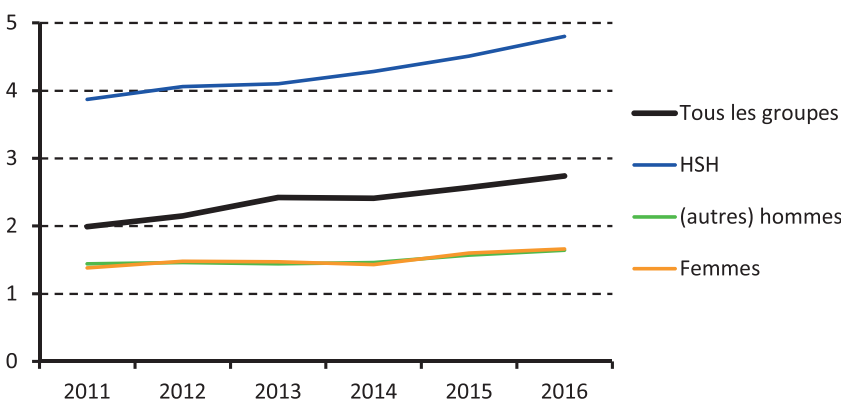
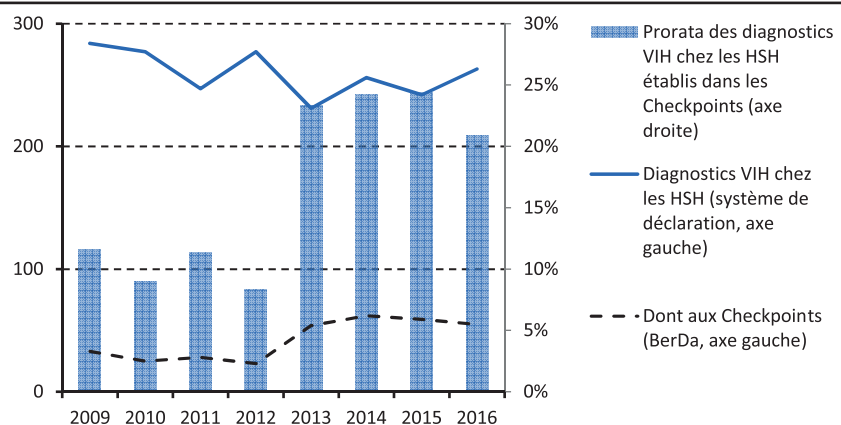


Figure 4
Diagnostics VIH chez les HSH, vision d'ensemble des données de déclaration et de BerDa, 2009–2016



trés dans le système de déclaration chez les HSH, 55 ont été réalisés dans les Checkpoints suisses (figure 4). Depuis 2013, un quart environ des diagnostics VIH chez les HSH sont pratiqués dans les Checkpoints.

Jusqu'à fin 2016, il existait en Suisse deux campagnes ciblées pour les HSH : « Break the Chains » qui, depuis 2012, invite à passer un test VIH au mois de mai, et « Stop Syphilis » qui, depuis 2011, appelle à pratiquer un test de dépistage de la syphilis au mois d'octobre. La figure 5 illustre de manière saisissante l'efficacité des deux campagnes de test.

Ces données semblent démontrer que tant la progression du nombre d'infections VIH contractées récemment chez les HSH que l'augmentation des diagnostics de la syphilis dans ce groupe peuvent s'expliquer en grande partie par le fait qu'un plus grand nombre de tests ont été réalisés.

Contact

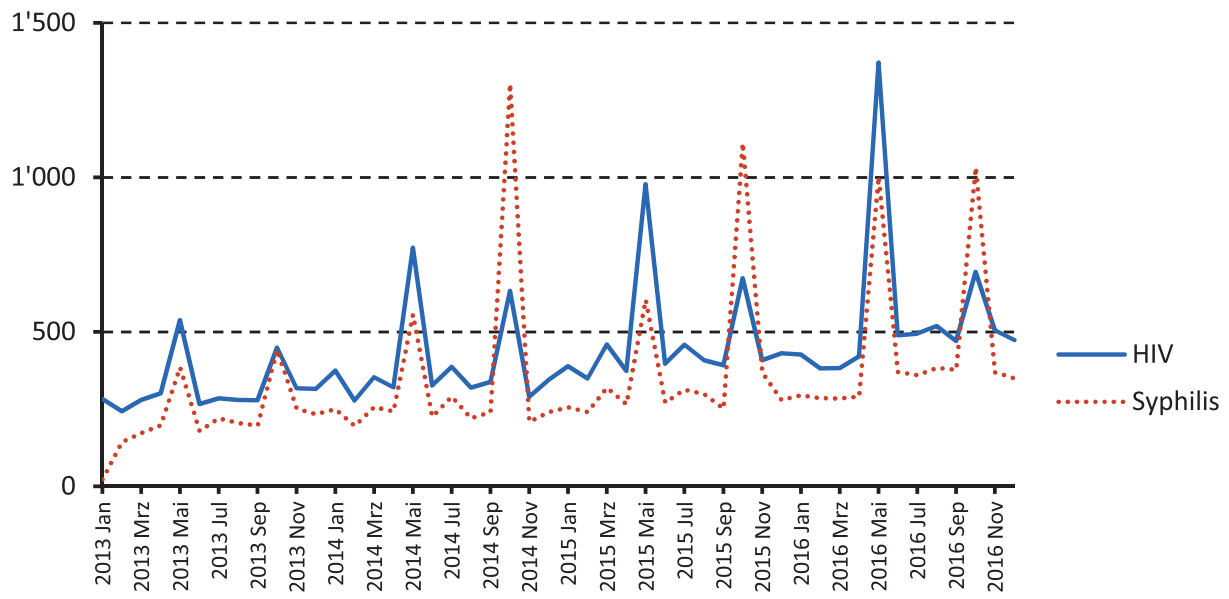
Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Tél. 058 463 87 06

Références

- <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen/test-und-beratungsstellen/anonyme-hiv-teststellen.html>
- 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, 2013, p65
- Locicero S, Simonson T, Samitca S, Koutaissoff D, Amiguet M, Dubois-Arber F, Bize R. Système de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de synthèse 2012–2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016

Figure 5

Tests VIH et syphilis mensuels chez les HSH dans les centres VCT suisses, 2013–2016



Des règles de « safer sex » actualisées, un test « safer sex check » individuel à votre disposition

De nombreuses consultations touchant à la sexualité permettent de rappeler les règles du « safer sex ». Trente ans après le début des campagnes de prévention du VIH, il était temps pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de réexaminer et d'actualiser ses principaux messages en la matière. Concrètement, le préservatif reste la règle fondamentale. Les autres règles ont été précisées et figurent désormais dans un « safer sex check ». Après quelques questions, ce test aboutit à des recommandations personnalisées. Il signale, par exemple, que l'on s'expose à une infection sexuellement transmissible (IST) en cas de rapport oral, même sans que du sperme ou du sang ne pénètrent dans la bouche. Une autre règle reste d'actualité : en cas de diagnostic d'IST, les partenaires doivent être dûment informés et se soumettre à un traitement.

Depuis la prise en compte, dans le programme national VIH 2011, d'autres IST (syphilis, gonorrhée, chlamydie, hépatite virale), le « safer sex » vise la prévention du VIH mais également celle d'autres infections sexuellement transmissibles. C'est pourquoi les messages de réduction des risques dans les relations sexuelles sont devenus plus complexes ces dernières années. Par ailleurs, recherches récentes ont montré que dans certaines conditions, il existe des possibilités de se protéger de l'acquisition du VIH (par exemple, une chimioprophylaxie orale, connue sous le nom de PrEP) ou d'éviter une telle infection après une situation à risque (prophylaxie post-exposition au VIH).

Près de 10 ans après la déclaration suisse (« Swiss Statement »), nous pouvons maintenant confirmer qu'une personne sous traitement antirétroviral, et dont la charge virale est indétectable, ne transmet pas le virus en cas de rapport sexuel. Conjointement avec des représentants de l'Aide suisse contre le sida (ASS), de SANTÉ SEXUELLE Suisse (SSS) et de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), l'OFSP est parvenu à la conclusion qu'outre le message absolument fondamental – soit l'usage d'un préservatif –, il est judicieux d'opter pour une approche plus personnalisée.

Règles du « safer sex » : changements

Au nombre de trois, les règles du « safer sex » étaient les suivantes :

1. Pas de pénétration sans préservatif (masculin ou féminin).
2. Pas de sperme, pas de sang menstruel dans la bouche.
3. Consulter immédiatement un médecin en cas de symptômes grippaux après des rapports non protégés ou de démangeaisons, de sensations de brûlure, d'écoulements ou de troubles au niveau des parties génitales.

Dorénavant, seules deux règles de « safer sex » seront communiquées :

1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre « safer sex check » personnel sur lovelife.ch

« Safer sex check » individuel à faire en ligne

L'OFSP a donc conçu en collaboration avec les institutions précédemment mentionnées et avec le concours de professionnels et de représentants des groupes cibles un test appelé « safer sex check », anonyme, à effectuer en ligne en se connectant au site www.lovelife.ch. Après avoir répondu à quelques questions sur sa sexualité, la personne qui effectue le test recevra des conseils personnalisés en matière de « safer sex », parmi lesquels l'ensemble des recommandations essentielles pour se prémunir du VIH et d'autres IST : protection par un préservatif, vaccinations, informations sur les pratiques sexuelles à risque, consultation avec un spécialiste à propos du VIH et des autres IST, tests biologiques à effectuer. Il est également précisé qu'un traitement antirétroviral efficace prévient la transmission du VIH.

Les recommandations personnelles issues du « safer sex check » peuvent être sauvegardées ou imprimées et/ou conservées en vue d'un entretien de conseil avec un professionnel de la santé. Elles représentent un bilan ponctuel. Si la situation personnelle devait changer, il conviendrait bien entendu de refaire le test en ligne.

Le préservatif demeure essentiel

Les préservatifs constituent une protection fiable face au VIH. Ils réduisent aussi le risque de transmission d'autres IST.

Rapport oral : transmission d'autres IST que le VIH

Le message « pas de sperme, pas de sang dans la bouche » utilisé jusqu'à présent donnait un sentiment de sécurité trompeur par rapport aux autres IST. En effet, en cas de sexe oral, celles-ci sont susceptibles de se propager même en l'absence de sperme ou de sang dans la bouche. Et le risque de transmission du VIH par le sperme ou le sang ayant pénétré dans la bouche est moins risqué qu'on ne le pensait jusqu'ici.ⁱⁱ Le « safer sex check » rappelle que des IST peuvent être contractées en cas de sexe oral ; s'il s'agit généralement d'infections guérissables, il est toutefois important de les dépister rapidement afin de prévenir toute contamination à d'autres personnes grâce à un traitement approprié.

Une IST doit être envisagée s'il y a les symptômes correspondants ou lors d'un changement de partenaire

En lieu et place de la troisième règle du « safer sex », qui invitait à consulter un médecin en cas de symptômes au niveau des parties génitales, les personnes changeant de partenaires sexuels sont désormais encouragées à consulter un médecin. Il ne suffit pas de procéder à un dépistage des IST uniquement chez les personnes présentant des symptômes ; en effet, les IST évoluent souvent de façon asymptomatique : à titre d'exemple, les femmes présentent parfois des symptômes au niveau des parties génitales sans IST, et d'autres sont infectées mais sans aucun symptôme apparent. De même, les hommes ayant des relations sexuelles anales passives ne ressentent bien souvent aucun symptôme en cas d'infectionⁱⁱⁱ. Autrement dit, un changement de partenaire sexuel, tout comme la présence de symptômes, justifient d'être conseillé et dépisté pour la présence éventuelle d'IST.

Importance d'identifier toute primo-infection VIH

Après une situation à risque, la fièvre et les autres symptômes de type grippal peuvent indiquer une infection par le VIH au stade initial (primo-infection)^{iv}. Il est capital de détecter une infection au VIH suffisamment tôt : en effet, durant les jours et les semaines suivant l'infection (phase de primo-infection),

la charge virale augmente rapidement dans le sang et la personne concernée reste très contagieuse.

Absence de transmission du VIH en cas de traitement antirétroviral efficace

Il est important d'entamer rapidement un traitement antirétroviral non seulement pour préserver la santé de l'individu concerné, mais également avec un objectif de santé publique. En suivant avec succès une thérapie VIH, la personne infectée ne contaminera plus d'autres individus lors de rapports sexuels.

La prophylaxie pré-expositionnelle (PREP) et post-expositionnelle (PEP)

Dans certaines conditions, il est également possible de se prémunir d'une infection au moyen d'une prophylaxie pré-expositionnelle au VIH. La CFSS a publié en janvier 2016 des directives à ce sujet^v. Tout comme il est possible, après une situation à risque, de prévenir une infection au moyen d'une prophylaxie post-expositionnelle^{vi}.

Information des partenaires en cas de diagnostic d'IST

En cas de dépistage d'une IST, il est important d'aborder avec le patient la question de l'information des partenaires sexuels. Des informations et des outils pratiques sont proposés sous le lien <http://www.lovelife.ch/fr/hiv-co/information-des-partenaires/> : la personne infectée pourra aisément prévenir ses partenaires de manière factuelle, soit personnellement, soit grâce à des modèles de lettre, de SMS ou de courriel.

Matériel d'information concernant le « safer sex check »

La campagne LOVE LIFE met à disposition du matériel promotionnel, à savoir une affichette et un présentoir avec des dépliants au format carte de crédit, pour faire connaître le « safer sex check » aux patients ou clients, par exemple, dans les cabinets médicaux, les services spécialisés, les centres de consultation, les pharmacies et les drogueries. Ce matériel peut être commandé gratuitement sous le lien : www.publicationsfederales.admin.ch > Campagnes > Prévention HIV/STI – LOVE LIFE.

i Pietro Vernazza, Bernard Hirschel, Enos Bernasconi, Markus Flepp, CFS : Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle <https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/bms.2008.13252/2008-05-089.pdf>

ii Page-Shafer et al. 2002: Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men. *AIDS* 16(17).
– Patel et al. 2014: Per-act HIV transmission risk estimates. *AIDS* 28(10):1509-1519
– Vittinghoff et al. 1999: Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Transmission between Male Sexual Partners. *Am J Epidemiol* 150(3): 306-311
– Baggaley et al. 2008: Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol* 37: 1255-1265
– Del Romero et al. 2002: Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 16 (9): 1276-1297

iii *CID* 41: 67-74

iv Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/pict-hiv-test-auf-initiative-des-arztes.pdf>.
– La primo-infection VIH – indications pour le diagnostic et importance : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/faktenblatt-zu-primoinfektion-2015.pdf>.
v CFSS: Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/prep-empfehlungen-der-eksg-januar-2016.pdf>.
vi Urgence en cas d'exposition au VIH : la PEP peut être la bonne réponse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/notfall-hiv-exposition-pep.pdf>.

Contact :

Daniel Koch, Dr. med. MPH
Leiter Abteilung
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

Karoline Aebi-Popp, MD, MSc
Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital
3010 Bern
Gruppenpraxis Schönburg
3013 Bern

Pre Alexandra Calmy, PD
Médecin adjointe agrégée
Unité VIH/SIDA
Service de maladies infectieuses
4 rue Gabrielle Perret Gentil
1211 Genève 14

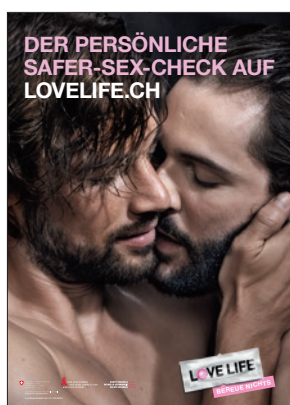
Prof. Dr. med. Jan Fehr
Departementsleiter Public Health
Institut für Epidemiologie Biostatistik und Prävention
Universität Zürich
Hirschengraben 84
8001 Zürich und
Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Matériel d'information concernant le « safer sex check »

Ce matériel peut être commandé gratuitement sous le lien :

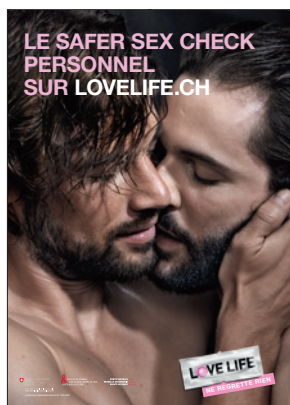
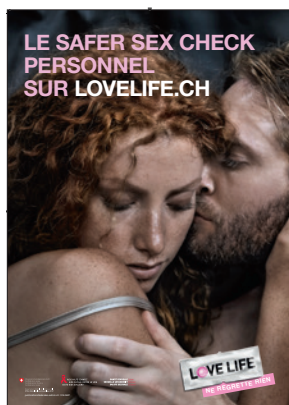
www.publicationsfederales.admin.ch > Campagnes > Prévention HIV/STI - LOVE LIFE

Affiche LOVE LIFE – safer sex check, sujet femme / sujet homme (recto-verso, format A3)



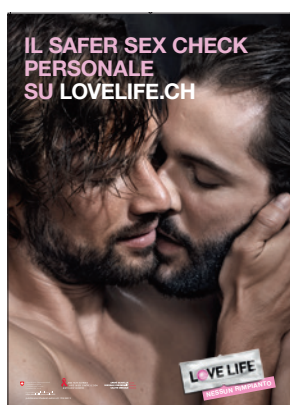
316.562.D

Wendeplakat LOVE LIFE – Safer-Sex-Check



316.562.F

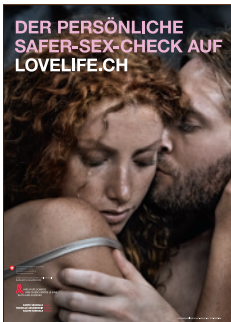
Affiche LOVE LIFE – safer sex check



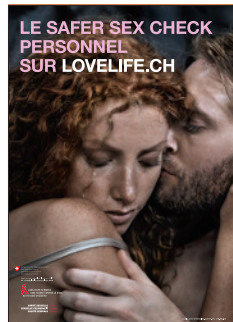
316.562.I

Manifesto LOVE LIFE – safer sex check

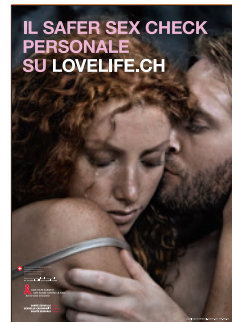
Dispenser avec 30 dépliants « le safer sex check personnel », sujet femme (format A4)



316.563.3D
Dispenser mit 30 Flyern
«Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.3F
Dispenser avec 30
dépliants « Le safer sex
check personnel »



316.563.3I
Dispenser con 30
opuscoli «Il safer sex
check personale»

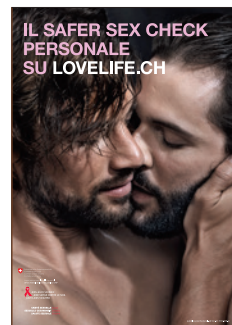
Dispenser avec 30 dépliants « Le safer sex check personnel », sujet homme (format A4)



316.563.4D
Dispenser mit 30 Flyern
«Der persönliche
Safer-Sex-Check»



316.563.4F
Dispenser avec 30
dépliants « Le safer sex
check personnel »



316.563.4I
Dispenser con 30
opuscoli «Il safer sex
check personale»

Dépliant « Le safer sex check personnel », sujet femme (format carte de crédit)



316.563.1D
Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.1F
Dépliant « Le safer sex check
personnel »



316.563.1I
Opuscolo «Il safer sex check
personale»

Dépliants « Le safer sex check personnel », sujet homme (format carte de crédit)



316.563.2D
Flyer «Der persönliche Safer-Sex-Check»



316.563.2F
30 dépliants « Le safer sex
check personnel »



316.563.2I
30 opuscoli «Il safer sex check
personale»

C'est le moment de se faire vacciner contre la grippe : pour se protéger et protéger les autres

La vaccination contre la grippe saisonnière permet d'éviter à beaucoup de personnes de tomber malades ou de séjourner à l'hôpital. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande donc de s'y prendre à temps avant la prochaine saison grippale. La Journée nationale de vaccination contre la grippe, fixée le 3 novembre 2017, constituera une bonne occasion pour ce faire. Ce jour-là, il sera possible de se faire vacciner sans rendez-vous, à un prix préférentiel, dans de nombreux cabinets médicaux.

On dénombre chaque année entre 100 000 et 275 000 consultations pour cause de grippe. Cette maladie entraîne en outre des milliers d'hospitalisations et des centaines de décès. Or, la vaccination permettrait d'éviter nombre de ces cas. Cette démarche est d'abord recommandée aux personnes présentant un risque accru de complications. Sont donc concernés les enfants de moins de deux ans nés prématurément, les femmes enceintes, les personnes dès 65 ans, les résidents de maisons de retraite ou d'établissements médico-sociaux et les personnes atteintes de maladies chroniques telles que cancer, maladies cardio-vasculaires ou affections des voies respiratoires.

Il est également conseillé aux collègues et aux proches vivant dans l'entourage des personnes présentant un risque accru de complications de se faire vacciner. Cela vaut, par exemple, pour les parents et les grands-parents de nourrissons de moins de six mois, pour le personnel des crèches, des centres d'accueil de jour et des salles d'accouchement ainsi que pour le personnel médical et soignant.

Le site www.sevaccinercontrelagrippe.ch comporte des informations détaillées sur la maladie et sur la vaccination. En cinq questions, le test sur la vaccination contre la grippe vous permet de savoir simplement si cette démarche vous est recommandée. Vous pouvez également y commander du matériel d'information sur la prévention de la grippe.

LE 3 NOVEMBRE, C'EST LA JOURNÉE NATIONALE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Le 3 novembre prochain, il sera possible de se faire vacciner sans rendez-vous, au prix préférentiel de 30 francs. De nombreux cabinets médicaux, dont la liste peut être consultée sur www.kollegium.ch, participeront à ce désormais traditionnel évènement organisé par le Collège de médecine de premier recours.

Vous pouvez également vous adresser à votre médecin de famille, pédiatre ou gynécologue, à un établissement médico-social, à l'hôpital ou à un service d'aide et de soins à domicile, qui vous vaccinera dès aujourd'hui. Dans de nombreux cantons, les personnes de plus de 16 ans en bonne santé peuvent aussi se rendre à la pharmacie (davantage d'informations sur www.vaccinationenpharmacie.ch). Le meilleur moment pour la vaccination se situe entre mi-octobre et mi-novembre. Selon le cas (état de santé, grossesse, etc.) et l'avis du médecin, il peut toujours être pertinent de se faire vacciner plus tard.

Renseignements :

Office fédéral de santé publique
service de presse
Tél. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Informations :

www.sevaccinercontrelagrippe.ch
www.bag.admin.ch/influenza

Tarif médical TARMED : le Conseil fédéral adopte la modification d'ordonnance au 1^{er} janvier 2018

Le Conseil fédéral a appliqué formellement sa décision de principe, prise à la mi-août, d'adapter le tarif médical TARMED. Lors de sa séance du 18 octobre 2017, il a adopté la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. L'impact des adaptations sera analysé dans le cadre d'un monitoring avec les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Le Conseil fédéral a, par la même occasion, fixé la structure tarifaire applicable aux prestations de physiothérapie, les partenaires tarifaires n'ayant pu s'accorder sur une révision globale.

Le Conseil fédéral a décidé d'adapter le tarif médical des prestations ambulatoires (TARMED) à partir du 1^{er} janvier 2018. Il l'a structuré de manière plus appropriée, en corrigeant les prestations surévaluées et en augmentant la transparence.

Cette intervention était nécessaire car, à ce jour, les partenaires tarifaires n'ont pu s'entendre sur une révision totale du TARMED et qu'il n'y aura plus de structure tarifaire convenue par tous les partenaires tarifaires au 1^{er} janvier 2018.

Après avoir rendu une décision de principe le 16 août 2017, le Conseil fédéral a formellement adopté la modification de l'ordonnance concernée. Ce faisant, il a tenu compte de la requête des partenaires tarifaires qui demandaient que les mesures concernant les patients présentant des besoins en soins plus élevés puissent être mises en œuvre avec le minimum de formalités administratives. Cette modification contient les adaptations apportées à la structure tarifaire et fixe la structure uniforme valable au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2018.

Les effets et la mise en œuvre des adaptations du TARMED seront examinés dans le cadre d'un monitoring. Ces adaptations constituent néanmoins une solution transitoire. Il incombe toujours aux partenaires tarifaires de réviser ensemble la structure dans sa globalité.

FIXATION DE LA STRUCTURE TARIFAIRE POUR LES PRESTATIONS DE PHYSIOTHÉRAPIE

À ce jour, les partenaires tarifaires ne sont pas non plus parvenus à s'entendre sur une structure commune dans le domaine de la physiothérapie. Le Conseil fédéral a donc également dû faire usage de sa compétence subsidiaire afin d'éviter l'absence de structure tarifaire.

Basée sur la version actuelle, la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier

2018 a été légèrement ajustée. Ces adaptations augmentent la transparence et réduisent les incitations inopportunes. Elles tiennent compte des résultats de la procédure de consultation.

La structure tarifaire fixée constitue une solution transitoire. Les partenaires tarifaires sont appelés à réviser la structure tarifaire d'ici à septembre 2018. S'ils ne parviennent pas à un accord, ils devront soumettre au Conseil fédéral, dans les mêmes délais, des propositions d'adaptations communes ou individuelles.

Les adaptations ainsi que les nouvelles structures tarifaires dans le domaine médical ambulatoire et dans celui de la physiothérapie valables dès le 1^{er} janvier 2018 sont publiées sur le site de la Chancellerie fédérale et de l'Office fédéral de la santé publique.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
Communication
Tél. 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Département responsable :

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Informations :

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Prestations médicales > Système tarifaire TARMED

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Prestations non médicales > Physiothérapie

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Argovie	221897D	5547413
Berne	241359D	6033967
Genève	210852F 156247F	5271276 3906173

Les personnes qui fument sous-estiment le risque de maladie

Le message « Parmi les victimes d'un infarctus ayant moins de 50 ans, 75 % fument », de la nouvelle vague de la campagne SmokeFree, explique que les personnes qui fument sont plus exposées aux maladies cardio-vasculaires que la moyenne de la population. Deux tiers des fumeurs sont bien conscients des dangers généraux liés à la consommation de tabac. Il n'empêche qu'ils sous-estiment leur propre risque de maladie.

Selon une étude de l'université de Sheffield, le risque d'infarctus du myocarde est huit fois plus élevé chez les consommateurs de moins de 50 ans que chez les non-fumeurs du même âge. Le risque accru d'infarctus chez les fumeurs ressort aussi des chiffres du registre suisse AMIS-Plus, qui collecte des données sur l'infarctus du myocarde en Suisse.

Bien que les faits parlent d'eux-mêmes, les personnes qui fument sous-estiment le risque encouru, comme le révèle l'enquête menée auprès de la population lors de la première phase de la campagne SmokeFree. L'évaluation de l'enquête par l'Université de Zurich montre que les fumeurs interrogés évaluent leur propre risque de cancer des poumons ou de réduction de la forme physique comme nettement inférieur à celui encouru par les autres fumeurs. La perception de son propre risque de maladie révèle donc une « inclination à l'optimisme ». La sous-estimation du risque est d'ailleurs plus répandue chez les fumeurs âgés.

Afin d'intégrer les résultats de l'évaluation, la campagne SmokeFree rappelle les dangers liés au tabagisme. En outre, le slogan « Je suis plus fort / Je suis plus forte » encourage les fumeurs à abandonner le tabac. Il vaut toujours la peine d'arrêter de fumer ; en effet, après cinq ans, le risque d'infarctus diminue déjà de moitié. Par ailleurs, les chances de succès d'un sevrage tabagique sont plus élevées si la personne désirant arrêter fait appel à un soutien professionnel au cours de cette période, par exemple, en consultant son médecin, en suivant des cours ou en sollicitant une consultation téléphonique auprès de la ligne stop-tabac 0848 000 181 (8 centimes la minute).

LE POURCENTAGE DE FUMEURS RESTE ÉLEVÉ

Le taux de fumeurs au sein de la population suisse est de 25 %. Après un net recul depuis le début des années 2000, ce taux n'a presque plus évolué depuis 2008. Le tabagisme reste la principale cause de décès prématurés en Suisse. Chaque année, 9500 personnes en meurent.

La campagne de prévention du tabagisme « SmokeFree – Je suis plus fort » est mise en œuvre par l'Office fédéral de la

santé publique (OFSP), en collaboration avec les cantons et les ONG actives dans le domaine de la santé. Les moyens financiers proviennent du Fonds de prévention du tabagisme, alimenté par une redevance de 2,6 centimes par paquet de cigarettes vendu.

Application SmokeFree Buddy : un ami comme coach durant le sevrage

Le soutien d'un ami, d'une amie ou de son partenaire facilite l'abandon du tabagisme. L'application SmokeFree Buddy pour téléphones mobiles, lancée dans le cadre de la campagne nationale, relie une personne désirant arrêter de fumer avec une autre qui la soutient. L'accompagnement par une amie ou un ami s'avère particulièrement utile au cours des premières semaines du sevrage. Grâce aux contenus élaborés avec des spécialistes, l'application combine un soutien professionnel et personnalisé. Le fonctionnement de l'application est expliqué dans un film d'animation sous www.smokefree.ch/buddy-app.

Depuis septembre 2017, une version actualisée de l'application est disponible. Les utilisateurs auront plus de flexibilité, pourront s'enregistrer plus simplement et effectuer un plus grand nombre d'actions.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
service de presse
Tél 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Lien de téléchargement pour les médias :

<https://bspublic.ch/smokefree/>

Informations :

<http://heart.bmj.com/content/103/8/586>
<http://www.amis-plus.ch/>

Loi sur la transplantation : Une meilleure protection financière des donneurs vivants

Lors de sa séance du 18 octobre 2017, le Conseil fédéral a décidé de mettre en vigueur, au 15 novembre 2017, la version révisée de la loi sur la transplantation et ses dispositions d'exécution. Les donneurs vivants seront désormais mieux protégés sur le plan financier. Les nouvelles dispositions précisent également quand des mesures médicales préliminaires peuvent être prises pour un prélèvement d'organes lorsque le donneur est incapable de discernement. En outre, une nouvelle ordonnance réglera la transplantation rénale croisée.

Chaque année en Suisse, entre 100 et 125 personnes cèdent un organe de leur vivant et environ 200 font de même avec des cellules souches, nécessitant ainsi un suivi à vie pour les premières et pendant dix ans pour les secondes. La loi révisée et l'ordonnance sur la transplantation règlent plus précisément le suivi de l'état de santé ainsi que la prise en charge, par les assureurs et la Confédération, des coûts que l'intervention occasionne.

De plus, d'autres activités impliquant des tissus et des cellules en vue de transplantations autogènes (c'est-à-dire lorsque une personne est transplantée avec ses propres tissus ou cellules) seront désormais soumises à déclaration. Ainsi, il sera possible de mieux contrôler si les normes de qualité et de sécurité sont respectées. La surveillance en la matière sera transférée de l'Office fédéral de la santé publique à Swissmedic.

La loi sur la transplantation charge le Conseil fédéral de déterminer quelles mesures médicales préliminaires sont interdites avant le décès lorsque le donneur est incapable de discerner et qu'il n'a pas donné son consentement. Elle renvoie pour ce faire aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) relatives au diagnostic de la mort, qui fixent les mesures interdites dans une liste spéciale et qui ont été adoptées en mai 2017.

Le Conseil fédéral a aussi adopté des modifications qui ne sont pas dues à la révision de la loi sur la transplantation. Une nouvelle ordonnance règle notamment la transplantation rénale croisée : si la personne disposée à faire un don d'organe

direct à un receveur donné ne peut le réaliser pour des raisons immunologiques, il est possible d'envisager une transplantation croisée. Le rein n'ira pas du donneur au receveur visé initialement mais, « par un croisement », sera greffé sur une autre personne, compatible du point de vue immunologique. Dans un programme de transplantation croisée, un nombre maximum de combinaisons possibles « donneurs / receveurs » est recherché à partir d'un groupe de paires incompatibles. L'exploitation de ce programme est réglée par l'ordonnance.

Le 19 juin 2015, le Parlement a approuvé la modification de la loi sur la transplantation. Certaines dispositions ont été mises en œuvre par le Conseil fédéral, le 1er mai 2016 déjà, notamment celle précisant qu'en matière d'attribution d'organes, les frontaliers bénéficient d'une égalité de traitement avec les personnes domiciliées en Suisse.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
Communication
Tél 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Informations :

www.bag.admin.ch/transplantation > Projets législatifs en cours

Directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) :
www.assm.ch/transplantation-fr


Département responsable :


Département fédéral de l'intérieur (DFI)

LE SAFER SEX CHECK PERSONNEL SUR LOVELIFE.CH



NE REGRETTE RIEN

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

 AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

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

publicationsfederales.admin.ch: 316.562f

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

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Berne
Post CH AG

OFSP - Bulletin

Semaine

43/2017