



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 7 octobre 2019

Semaine

OFSP-Bulletin 41/2019

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

Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse, p. 7

VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydirose
en Suisse en 2018: survol épidémiologique, p. 10

VIH et sida en Suisse, situation en 2018, p. 12

La syphilis en Suisse, situation en 2018, p. 22

La gonorrhée en Suisse, situation en 2018, p. 27

La chlamydirose en Suisse, situation en 2018, p. 32

Surveillance des tests, p. 34

Liste des spécialités, p. 37

Impressum

ÉDITEUR

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

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

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
Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse _____	7
VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydirose en Suisse en 2018: survol épidémiologique _____	10
VIH et sida en Suisse, situation en 2018 _____	12
La syphilis en Suisse, situation en 2018 _____	22
La gonorrhée en Suisse, situation en 2018 _____	27
La chlamydirose en Suisse, situation en 2018 _____	32
Surveillance des tests _____	34
Liste des spécialités _____	37
Vol d'ordonnances _____	51

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 39^e semaine (01.10.2019)^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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h 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 39^e semaine (01.10.2019)^a

	Semaine 39			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	2 1.20	1 0.60		4 0.60	6 0.90	10 1.50	127 1.50	133 1.60	115 1.40	92 1.40	103 1.60	83 1.30
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b		4 2.40	2 1.20	6 0.90	12 1.80	7 1.10	13693 159.50	14986 174.60	9467 111.10	13318 206.90	13611 211.40	7723 120.80
Légionellose	8 4.80	12 7.30	16 9.80	52 7.90	53 8.00	67 10.20	568 6.60	547 6.40	453 5.30	434 6.70	433 6.70	376 5.90
Méningocoques: maladie invasive	1 0.60		2 1.20	4 0.60	3 0.40	4 0.60	44 0.50	56 0.60	58 0.70	32 0.50	51 0.80	50 0.80
Pneumocoques: maladie invasive	10 6.10	10 6.10	13 7.90	25 3.80	35 5.30	41 6.20	886 10.30	981 11.40	972 11.40	666 10.40	746 11.60	710 11.10
Rougeole	1 0.60	1 0.60	5 3.00	3 0.40	4 0.60	18 2.80	227 2.60	41 0.50	114 1.30	212 3.30	33 0.50	96 1.50
Rubéole^c							1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.02	2 0.03	1 0.02
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	5 3.00	12 7.30	12 7.30	28 4.20	34 5.20	54 8.20	423 4.90	532 6.20	576 6.80	334 5.20	422 6.60	424 6.60
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	126 76.30	170 103.00	140 85.40	655 99.20	701 106.20	686 104.60	7402 86.20	7441 86.70	7406 86.90	5567 86.50	5838 90.70	5618 87.90
Hépatite A	3 1.80		2 1.20	8 1.20	6 0.90	9 1.40	99 1.20	94 1.10	92 1.10	59 0.90	64 1.00	83 1.30
Hépatite E	3 1.80	2 1.20		7 1.10	8 1.20		113 1.30	48 0.60		88 1.40	48 0.80	
Infection à E. coli entérohémorragique	26 15.80	23 13.90	21 12.80	109 16.50	94 14.20	104 15.90	1098 12.80	773 9.00	641 7.50	871 13.50	614 9.50	541 8.50
Listériose		1 0.60		1 0.20	3 0.40	2 0.30	37 0.40	50 0.60	43 0.50	26 0.40	43 0.70	37 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.20	3 0.40	3 0.50	21 0.20	23 0.30	23 0.30	17 0.30	19 0.30	18 0.30
Salmonellose, autres	35 21.20	42 25.40	58 35.40	163 24.70	179 27.10	337 51.40	1497 17.40	1496 17.40	1835 21.50	1124 17.50	1105 17.20	1441 22.50
Shigellose	5 3.00	8 4.80	1 0.60	19 2.90	20 3.00	15 2.30	214 2.50	214 2.50	145 1.70	137 2.10	172 2.70	99 1.60

	Semaine 39			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	182 110.30	216 130.90	264 161.10	939 142.20	1018 154.20	960 146.40	11550 134.60	11134 129.70	11043 129.60	8798 136.70	8399 130.50	8365 130.90
Gonorrhée ^e	74 44.80	57 34.50	60 36.60	334 50.60	244 37.00	205 31.30	3664 42.70	2702 31.50	2540 29.80	2821 43.80	2094 32.50	1951 30.50
Hépatite B, aiguë			1 0.60		4 0.60	3 0.50	28 0.30	40 0.50	33 0.40	18 0.30	24 0.40	19 0.30
Hépatite B, total déclarations	15	20	32	58	98	115	1093	1239	1237	814	925	882
Hépatite C, aiguë		1 0.60			2 0.30	3 0.50	25 0.30	33 0.40	37 0.40	19 0.30	23 0.40	30 0.50
Hépatite C, total déclarations	14	36	18	71	101	102	1045	1372	1382	775	1017	1025
Infection à VIH	6 3.60	2 1.20	17 10.40	34 5.20	39 5.90	34 5.20	422 4.90	415 4.80	510 6.00	327 5.10	312 4.80	364 5.70
Sida		1 0.60	1 0.60	6 0.90	10 1.50	6 0.90	70 0.80	72 0.80	85 1.00	50 0.80	58 0.90	68 1.10
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	13 7.90		11 1.70	41 6.20		567 6.60	446 5.20		424 6.60	446 6.90	
Syphilis, total ^g	1 0.60	23 13.90	30 18.30	13 2.00	67 10.20	77 11.80	785 9.20	939 10.90	964 11.30	576 9.00	708 11.00	740 11.60
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							5 0.06	5 0.06	10 0.10	4 0.06	4 0.06	8 0.10
Chikungunya	1 0.60		1 0.60	2 0.30	1 0.20	1 0.20	32 0.40	4 0.05	21 0.20	30 0.50	3 0.05	17 0.30
Dengue		4 2.40	3 1.80		12 1.80	9 1.40	199 2.30	164 1.90	168 2.00	157 2.40	129 2.00	120 1.90
Encéphalite à tiques	4 2.40	4 2.40	4 2.40	18 2.70	20 3.00	26 4.00	282 3.30	389 4.50	232 2.70	236 3.70	329 5.10	209 3.30
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune								1 0.01			1 0.02	
Fièvre Q		1 0.60		3 0.40	4 0.60	1 0.20	99 1.20	54 0.60	35 0.40	89 1.40	43 0.70	28 0.40
Infection à Hantavirus			1 0.60			1 0.20		1 0.01	3 0.04		1 0.02	1 0.02
Infection à virus Zika								10 0.10	11 0.10		3 0.05	8 0.10
Paludisme	2 1.20	6 3.60	4 2.40	19 2.90	24 3.60	23 3.50	278 3.20	294 3.40	335 3.90	215 3.30	230 3.60	275 4.30
Trichinellose				1 0.20			2 0.02	1 0.01		2 0.03		
Tularémie	1 0.60	1 0.60	6 3.70	8 1.20	9 1.40	18 2.80	108 1.30	141 1.60	100 1.20	81 1.30	94 1.50	84 1.30
Autres déclarations												
Botulisme									3 0.04			2 0.03
Diphthérie ^h							5 0.06	1 0.01	4 0.05	1 0.02	1 0.02	2 0.03
Maladie de Creutzfeldt-Jakob							21 0.20	16 0.20	17 0.20	13 0.20	11 0.20	14 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 27.9.2019 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	36		37		38		39		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	2	0.2	4	0.4	3	0.3	5	0.4	3.5	0.3
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	2	0.2	0	0	0	0	0.5	0.1
Piqûre de tiques	11	1.0	6	0.5	9	0.8	5	0.4	7.8	0.7
Borréliose de Lyme	7	0.6	3	0.3	10	0.9	3	0.3	5.8	0.5
Herpès zoster	5	0.4	9	0.8	3	0.3	10	0.9	6.8	0.6
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	3	0.3	1	0.1	1	0.1	1.5	0.2
Médecins déclarants	147		148		150		136		145.3	

Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse

01.10.2019 – La saison pendant laquelle les tiques sont particulièrement actives s'étend de mars à novembre. D'avril à octobre, l'OFSP publie durant les premières semaines du mois un rapport de la situation indiquant le nombre de cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) et de tularémie, ainsi qu'une estimation du nombre de consultations médicales à la suite d'une piqûre de tique ou en cas de borréliose.

Ce rapport permet à l'OFSP d'informer et de sensibiliser le public. Les personnes intéressées peuvent se renseigner également auprès de l'OFSP et par l'application mobile tiques qui bénéficie du soutien de l'OFSP.

Nombre de méningo-encéphalites verno-estivales (FSME)

L'OFSP surveille la FSME au moyen du système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses. On dispose ainsi du nombre exact de cas et d'informations relatives au statut vaccinal et à l'exposition. La FSME est une maladie soumise à déclaration obligatoire depuis 1988. Le nombre mensuel de cas de FSME évolue pendant la saison chaude par vagues et illustre le caractère saisonnier de cette épidémie. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 1). 15 cas ont ainsi été enregistrés au cours du mois de septembre 2019. Le nombre de cas, cumulés depuis janvier

d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue aussi considérablement d'année en année (figure 2).

Depuis 2000, entre 48 et 335 cas ont été déclarés pendant cette période. À la fin du mois de septembre de l'année en cours, 234 cas avaient été enregistrés (figure 2). Cette valeur est similaire à la moyenne pluriannuelle.

Figure 1

Nombre de cas de FSME par mois, en cours de saison, comparaison 2017–2019 (2019: situation fin septembre)

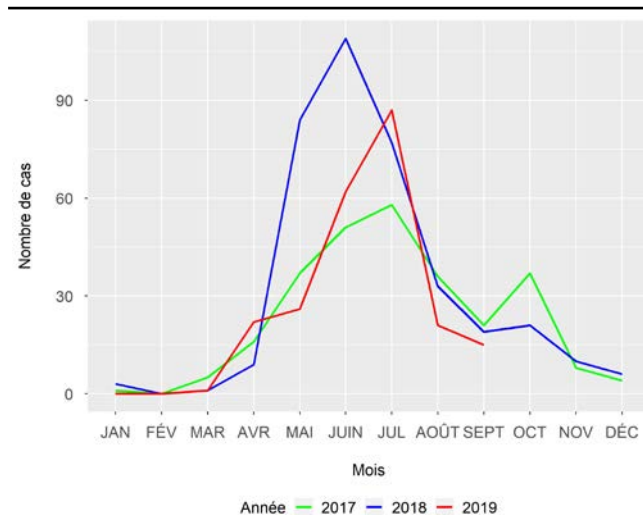


Figure 2

Nombre de cas de FSME, cumulés depuis le début de l'année, comparaison 2000–2019 (situation fin septembre)

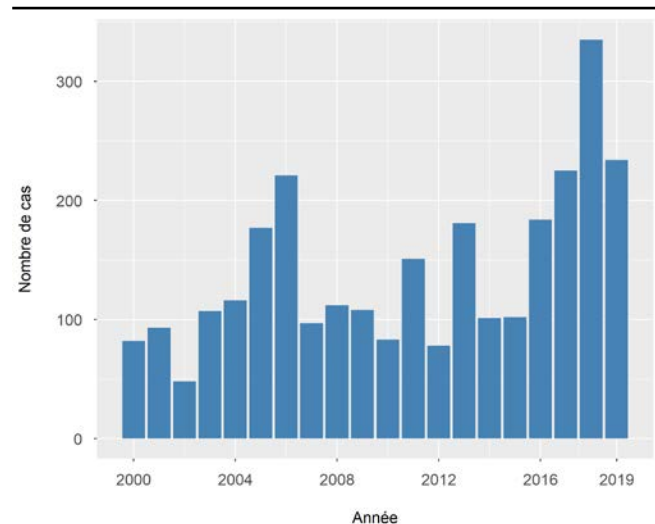


Figure 3
Nombre de cas de tularémie par mois, en cours de saison, comparaison 2017-2019
 (2019 : situation fin septembre)

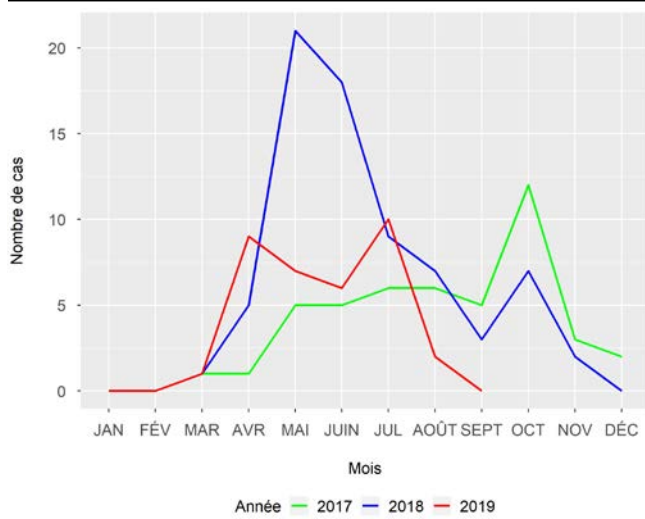
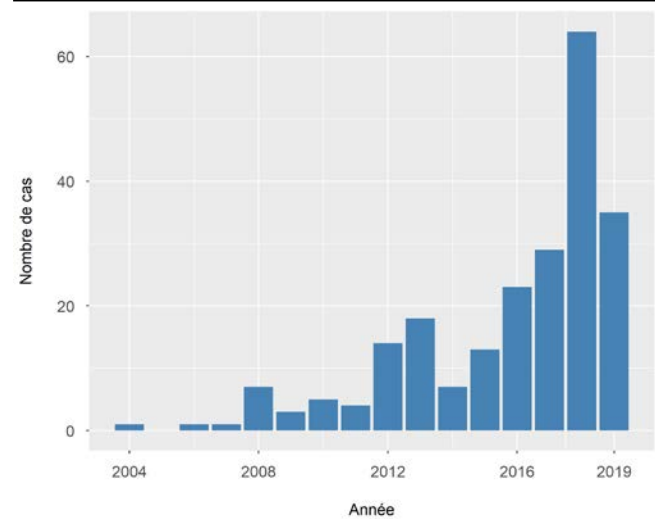


Figure 4
Nombre de cas de tularémie, cumulés depuis le début de l'année, comparaison 2004-2019
 (situation fin septembre)



Nombre de cas de tularémie

La tularémie est une maladie soumise à déclaration obligatoire depuis 2004. On dispose ainsi du nombre exact de cas et d'informations relatives à l'exposition. La présente évaluation se limite aux cas pour lesquels une piqûre de tique est vraisemblablement à l'origine de la maladie. Cela représente en moyenne 61 % des cas annuels. Dans les autres cas, l'exposition à la maladie est soit inconnue, soit due à un contact avec des animaux sauvages, par exemple lors de la chasse.

Le nombre mensuel de cas de tularémie évolue, dans les grandes lignes, par vagues. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 3). Aucun cas n'a été enregistré au cours du mois de septembre. Le nombre de cas, cumulés depuis janvier d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue aussi considérablement d'année en année (figure 4). Depuis 2004, entre 0 et 64 cas ont été déclarés pendant cette période. Ce nombre augmente au fil des années. À la fin du mois de septembre de l'année en cours, 35 cas avaient été enregistrés (figure 4).

Figure 5
Estimation du nombre de consultations médicales en cas de borréliose de Lyme et à la suite d'une piqûre de tique, par mois en cours de saison, comparaison 2017-2019 (2019 : situation fin septembre)

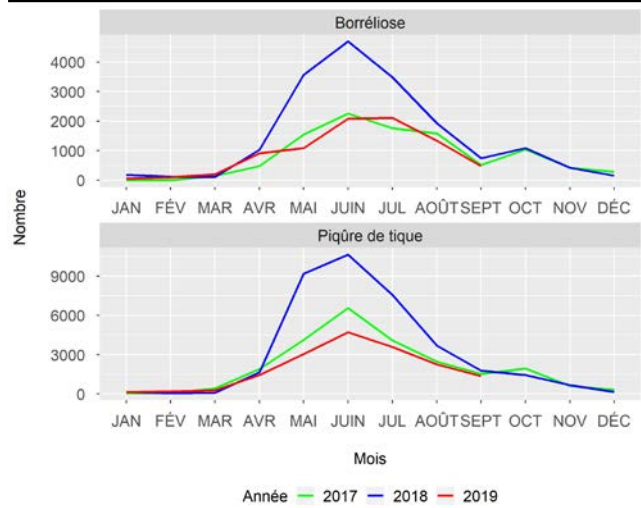
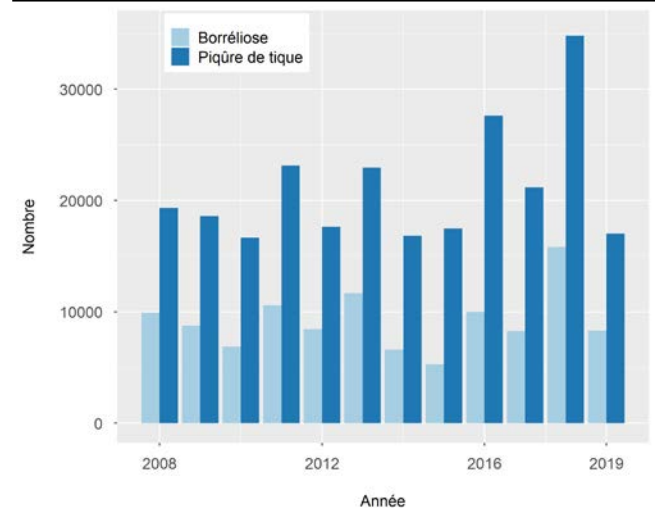


Figure 6
Estimation du nombre de consultations médicales à la suite d'une piqûre de tique et en cas de borréliose, données cumulées depuis le début de l'année, comparaison 2008-2019 (situation fin septembre)



Nombre de consultations médicales à la suite d'une piqûre de tique ou pour un cas de borréliose

En raison de leur fréquence, l'OFSP recense les cas de piqûres de tique et de borréliose (appelée également maladie de Lyme) dans le système de déclaration Sentinella. Le système de déclaration Sentinella est constitué d'un réseau de médecins de premier recours qui déclarent chaque semaine leurs observations à l'OFSP sur une base volontaire. Le système comptabilise non pas le nombre de cas, mais le nombre de consultations médicales à la suite d'une piqûre de tique et de borréliose. Les données sont extrapolées pour l'ensemble de la Suisse. Des données sont disponibles pour les deux thématiques depuis 2008.

Le nombre mensuel de consultations médicales pour des piqûres de tique ou des cas de borréliose évolue par vagues

pendant la saison chaude et illustre le caractère saisonnier de ces observations. Il présente d'importantes fluctuations en cours de saison et en comparaison pluriannuelle (figure 5).

De janvier à fin septembre 2019, on estime à 17 000 le nombre de consultations médicales pour une piqûre de tique et à 8 000 celui des cas de borréliose aiguë (figure 6). Ces valeurs sont similaires à la moyenne pluriannuelle de ces indicateurs.

Contact

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

Évaluation de la situation épidémiologique

Les données publiées dans le rapport de situation pour les piqûres de tique et la borréliose amènent les remarques suivantes :

- L'extrapolation des cas de borréliose ne concerne que les cas aigus (érythème migrant et lymphocytome borrélien). Les formes chroniques de borréliose de Lyme sont déclarées, mais ne sont pas comprises dans les données du rapport de situation, qui vise exclusivement à mettre en évidence les nouveaux cas qui se sont déclarés pendant la saison concernée.
- Le nombre de consultations médicales en raison d'une piqûre de tique est généralement supérieur au nombre de consultations à la suite d'une borréliose. Il peut toutefois arriver que le nombre de cas de borréliose soit plus élevé que celui de piqûres de tique. Cela est vraisemblablement dû au fait que la moitié seulement des patients atteints d'une borréliose aiguë se souviennent avoir été piqués par une tique.

L'estimation du nombre de piqûres de tique et celle du nombre de borréliose, ainsi que les cas de FSME correspondent aux valeurs moyennes des années précédentes. Les cas de tularémie tendent à augmenter d'année en année. Cependant, cette année, leur nombre est inférieur à celui de l'année dernière. Veuillez observer nos recommandations concernant la manière de se protéger contre les piqûres de tique sur la page Méningo-encéphalite à tiques (FSME) ou Borréliose A-Z (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/zeckenuebertragene-krankheiten.html>).

VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydiae en Suisse en 2018 : survol épidémiologique

Le nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en baisse depuis 2002, a continué à diminuer en 2018. Pour la deuxième fois depuis le début de l'épidémie de VIH, au début des années 1980, l'OFSP a reçu moins de 500 déclarations, alors que l'on comptait en moyenne 1300 cas par an dans les années 1990. Cette inversion de tendance peut s'expliquer par trois facteurs : davantage de personnes exposées à un risque élevé d'infection font des tests de dépistage ; par conséquent, davantage de personnes infectées se font traiter précocement ; enfin, la chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) est de plus en plus souvent utilisée, ce qui pourrait constituer un troisième facteur.

En ce qui concerne la syphilis, la définition de cas a connu en 2018 une simplification radicale, raison pour laquelle les chiffres de cette année ne peuvent pas être comparés à ceux des années précédentes. Du fait de cette modification, il est plus que jamais important pour l'OFSP que les médecins remplissent complètement les formulaires de déclaration et déterminent s'il s'agit d'une nouvelle infection (à traiter), d'un contrôle de l'évolution ou d'une cicatrice sérologique.

Le nombre de diagnostics de gonorrhée a massivement augmenté. Comme l'année précédente, cette augmentation s'explique principalement par l'élargissement des tests aux infections asymptomatiques. Aucun cas de gonocoques multirésistants n'a été déclaré à l'OFSP, en 2018 comme les années précédentes.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS

Le nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a continué à baisser en 2018, comme il le fait déjà depuis 2002. Pour la deuxième fois consécutive, le nombre de cas déclarés, soit 425, a été nettement inférieur au seuil des 500 déclarations. Le nombre relatif de nouveaux diagnostics de VIH était, comme l'année précédente, de 5 pour 100 000 habitants ; le recul de l'incidence atteint 30 % pour l'ensemble de la Suisse depuis 2013 et a été particulièrement marqué à Zurich. Cette inversion de tendance est probablement due à la fréquence accrue des tests chez les personnes particulièrement exposées et à la précocité de plus en plus grande des traitements. Depuis janvier 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) recommande la chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) pour les personnes séronégatives exposées à un risque élevé de contamination [1]. Une grande étude multicentrique visant à observer l'usage de la PrEP a été lancée en 2019 dans l'ensemble de la Suisse (Swiss-PrEPared). L'OFSP et l'Aide Suisse contre le Sida, en collaboration avec les responsables des Checkpoints et des cliniques universitaires, ont estimé à 1500 le nombre d'utilisateurs de PrEP pour 2018 (avec un intervalle de confiance de 1200 à 1700). Ces utilisateurs sont presque exclusivement des hommes ayant

des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Ceux-ci présentent un risque de contamination particulièrement élevé en raison de la forte prévalence du VIH dans leur groupe (8 %, voir [2]) et de la densité de leurs réseaux sexuels. Même s'il est trop tôt pour donner une estimation fiable, l'OFSP est convaincu que la PrEP constitue un complément important à la protection par les préservatifs. La baisse des infections récentes chez les HSH pourrait être un premier indice dans ce sens.

La définition de cas de la syphilis a connu en 2018 une simplification radicale. De ce fait, le nombre de cas de 2018 ne peut pas être comparé à ceux des années précédentes. Comme, depuis ce changement, l'OFSP ne peut plus se fonder sur les déclarations d'analyses de laboratoire pour la définition des cas, il est pour lui plus important que jamais que les médecins indiquent clairement, dans la partie supérieure du formulaire de déclaration, s'il s'agit d'une nouvelle infection (première infection ou réinfection), d'un contrôle de l'évolution ou d'une cicatrice sérologique.

La forte augmentation des diagnostics de gonorrhée déclarés à l'OFSP s'explique essentiellement, comme l'année précédente, par l'élargissement des tests aux infections asymptomatiques.

DÉPISTAGE ET CONSEIL CIBLÉS

Le dépistage du VIH et de la syphilis dans les centres VCT suisses s'est moins développé qu'en 2017 ; en revanche, le dépistage aux infections asymptomatiques de la gonorrhée et de la chlamydie s'est nettement élargi. Cet élargissement concerne la fréquence du dépistage des IST, le nombre de personnes testées et le diagnostic (p. ex., localisation des frottis) [3]. Il a certainement été favorisé, entre autres, par le coût nettement inférieur des tests dans le cadre des campagnes spécifiques, dont l'une des conséquences souhaitées est l'augmentation (transitoire) du nombre de diagnostics dans les groupes de personnes auxquelles un dépistage plus intensif est recommandé. L'OFSP dispose de chiffres montrant que, rien que dans le cadre de la campagne IST STARMAN de l'Aide Suisse contre le Sida, 4500 tests de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée asymptomatiques ont été réalisés chez les HSH – avec un taux de positifs de 3 %, tant pour les gonocoques que pour les chlamydias. La campagne a donc été répétée en 2019, sous une forme légèrement modifiée.

LIEU D'INFECTION

La majorité des personnes atteintes de syphilis, mais surtout de celles atteintes de gonorrhée, semble s'être contaminée en Suisse, quelles que soient la voie d'infection et la nationalité, alors que le lieu d'infection par le VIH indiqué par les ressortissants étrangers ayant contracté l'infection par voie hétérosexuelle était majoritairement l'étranger (en général le pays d'origine). Pour l'évaluation, il faut toutefois tenir compte du fait que plus le moment de l'infection est lointain, plus il est difficile pour le médecin et le patient de savoir où exactement la contamination a eu lieu. Les symptômes de la gonorrhée urétrale apparaissent dès les premiers jours après l'infection et la syphilis est elle aussi généralement diagnostiquée à un stade précoce. Mais pour le diagnostic de VIH, l'hypothèse relative au lieu de l'infection n'est pas toujours pertinente : des publications récentes montrent que le pourcentage de migrants venant de pays à haute prévalence du VIH qui se sont infectés après la migration est plus élevé que ce que l'on supposait jusqu'à présent [4]. Les réseaux sexuels restent très marqués par l'origine, y compris ceux de personnes non issues de la migration [5].

RELATIONS SEXUELLES TARIFIÉES

Chez les hommes et les femmes hétérosexuels, les relations sexuelles tarifées jouent un rôle important dans la transmission de la syphilis, constat qui ne vaut pas pour le VIH. En ce qui concerne la syphilis, 9 % environ des hommes hétérosexuels disent avoir été infectés par une travailleuse du sexe. Chez les femmes hétérosexuelles, le pourcentage de celles qui ont contracté la syphilis lors de relations sexuelles tarifées est de 10 %, mais on peut supposer ici que ce chiffre est sous-estimé, car l'offre de services sexuels, de même que la demande, est fortement stigmatisée. Alors que les travailleuses du sexe en Suisse semblent rester peu touchées par le VIH [6], les hommes hétérosexuels disent plus souvent avoir contracté le virus à l'occasion de relations sexuelles tarifées. Les médecins devraient réagir sur ce point lors de leurs consultations et attirer l'attention des touristes qui envisagent d'avoir des rapports sexuels dans des régions

à haute prévalence, y compris l'Asie du Sud-Est, sur la chimioprophylaxie médicamenteuse par voie orale (prophylaxie pré-expositionnelle, « PrEP ») désormais disponible en Suisse [1].

SYNTHÈSE

La nette diminution du nombre de nouveaux diagnostics de VIH témoigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse : multiplication des tests, surtout chez les personnes particulièrement exposées, traitement précoce et suivi régulier des patients. Le mérite en revient aussi à l'Aide Suisse contre le Sida, aux Checkpoints et à l'Étude suisse de cohorte VIH (SHCS), notamment avec les médecins qui y sont associés et qui traitent les personnes comprises dans l'étude conformément aux connaissances les plus récentes en la matière et garantissent une observance élevée. L'observance a en outre été renforcée grâce à une recommandation progressiste, la *Swiss Statement* [7], qui a été clairement confirmée dix ans plus tard dans de grandes études [8] : undetectable = untransmittable/indéfectable = intransmissible. Toute personne suivant un traitement efficace, autrement dit chez qui le VIH n'est plus détectable dans le sang, n'est pas contagieuse. Les patients VIH qui connaissent cette règle ne se sentent plus stigmatisés et sont incités à prendre régulièrement leurs médicaments, ce qui se reflète dans la baisse des chiffres. Par ailleurs, la prescription de la prophylaxie expositionnelle orale contre le VIH aux personnes à risque élevé d'exposition permet de se rapprocher encore de l'objectif national, l'élimination du VIH.

Contact

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

Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique (2016). *Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse*. Bulletin 4/2016:77-79
2. Schmidt AJ, Altpeter E (2019): *The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland*. Sex Transm Infect. 2019;95(4):285-291
3. Lehner A & Schmidt AJ (2018): *Mise en œuvre de la campagne « Starman »*. Conférence au Forum Suisse VIH & IST, Berne.
4. Alvarez-Del Arco et al. (2017). *High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries*. AIDS, 31(14):1979-1988
5. Aral S O (2002). *Understanding racial-ethnic and societal differentials in STI*. Sexually Transmitted Infections, 78:2-4
6. Aebi-Popp K, Schmidt AJ, et al. (2017): *Rationale for prioritizing STI-screening among asymptomatic female sex workers in Switzerland*. Poster session presented at IUSTI-2017 in Helsinki
7. Vernazza P & Bernard EJ (2018): *HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later*. Swiss Medical Weekly, 146:w14246
8. Rodger A J et al. (2019). *Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multi-centre, prospective, observational study*. The Lancet, 293 (10189): 2428-2438

VIH et sida en Suisse, situation en 2018

En 2018, les laboratoires habilités selon le concept de test VIH [1] à diagnostiquer et à déclarer le VIH ont déclaré 425 nouveaux cas, soit 5 % de moins que l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

La surveillance permanente du VIH a débuté en Suisse en 1985. Depuis, les laboratoires habilités à confirmer un diagnostic du VIH sur la base du concept de test VIH déclarent à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au médecin cantonal compétent l'âge, le sexe et le canton de domicile des personnes pour lesquelles ce diagnostic a été posé. L'OFSP demande aux médecins traitants, outre le diagnostic, des informations complémentaires telles que la voie d'infection et la nationalité. Un formulaire spécial a été créé à cet effet (déclaration de résultats cliniques, remarque 1).

En 2018, 425 cas confirmés de VIH ont été déclarés, ce qui représente une di-

minution de 5 % par rapport à l'année précédente (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 28 juin 2019). La tendance à la baisse observée depuis 2008 s'est donc poursuivie (figure 1).

SEXE

La majorité des déclarations de VIH concernait des hommes: en 2018, ceux-ci représentaient 79 % des cas, pourcentage pratiquement identique à celui des années précédentes. Sur les 91 diagnostics posés chez les femmes, trois concernaient des transsexuelles. L'incidence, définie ici comme le nombre de nouveaux diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, était plus basse en 2018 que l'année précédente, avec 2,0 pour les

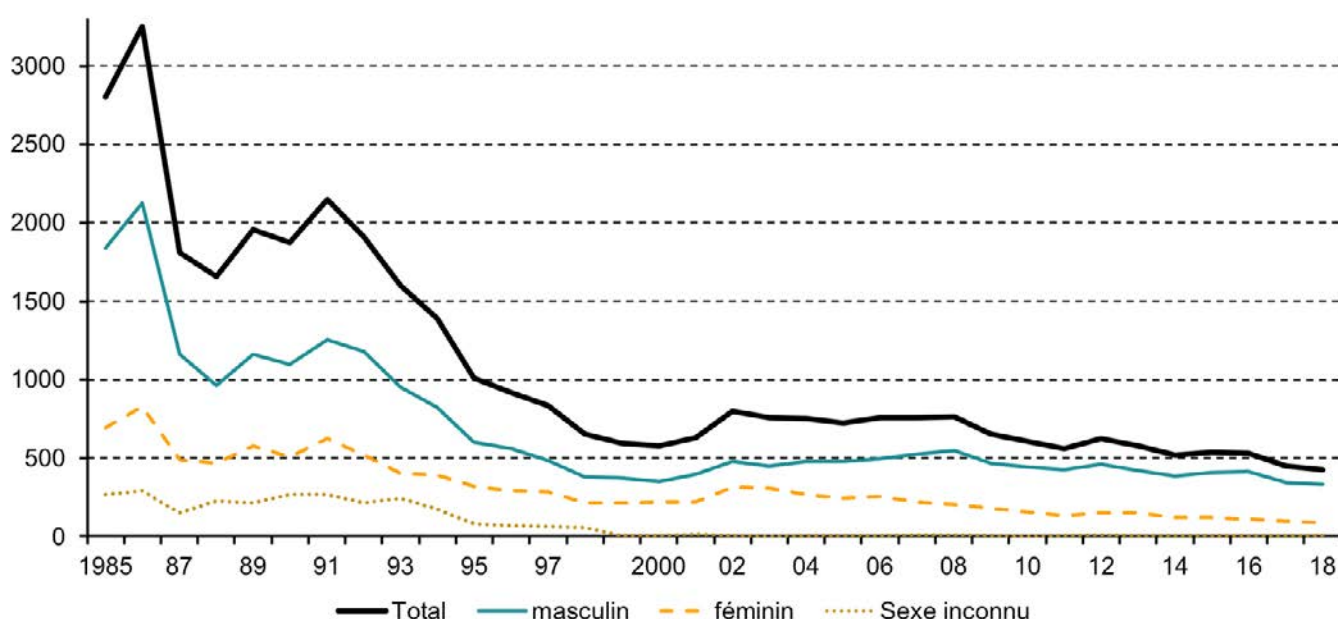
femmes (contre 2,3 en 2017) et 7,8 pour les hommes (contre 8,2 en 2017).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence des nouveaux diagnostics de VIH s'élevait à 5,0 pour 100 000 habitants en 2018. Toutefois, avec une fourchette allant de 2,6 à 8,2 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient 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.

Figure 1

Déclarations VIH de laboratoire, par sexe et par année du test, depuis le début des tests, 1985-2018



RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH était de 39 ans pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient moins de 39 ans et l'autre moitié plus de 39 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés: chez eux, l'âge médian était de 43 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, la tranche des 35 à 44 ans a été la plus touchée (34 %), suivie de celle des 25 à 34 ans (23 %). La fourchette des âges était plus large chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, avec le maximum de cas entre 35 et 44 ans (26 %). Au moment du diagnostic, les HSH étaient plus jeunes que les deux autres groupes, avec le maximum chez les 25 à 34 ans (34 %) et nettement plus de cas chez les 15 à 24 ans (11 %). Les HSH étaient donc les plus jeunes, les hommes hétérosexuels les plus âgés.

VOIE D'INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2018 pour les hommes avec un diagnostic de VIH a été celle des relations sexuelles avec d'autres hommes (177 nouveaux diagnostics, soit 52,7 %). Aucun cas d'infection lors de rapports sexuels avec un homme n'a été rapporté chez un transsexuel (identité sexuelle masculine, sexe de naissance féminin). Les relations hétérosexuelles (29,8 %) viennent à la deuxième place. Dans les cas de consommation de drogues intraveineuses (IDU), l'utilisation de matériel d'injection contaminé a été citée dans 3,3 % des diagnostics de VIH chez les hommes. Un garçon originaire d'un pays d'Afrique à haute prévalence a été déclaré: il aurait été infecté à la naissance par sa mère séropositive, vraisemblablement à l'étranger. Enfin, deux déclarations concernaient des Suisses qui s'étaient infectés en Thaïlande, supposément par le biais d'une transfusion de sang et d'une aiguille lors d'un tatouage (voie de contamination extrêmement rare pour le VIH). Il n'est toutefois pas possible de vérifier ces indications. La voie d'infection est inconnue pour 13,2 % des diagnostics de VIH chez les hommes.

Tableau 1

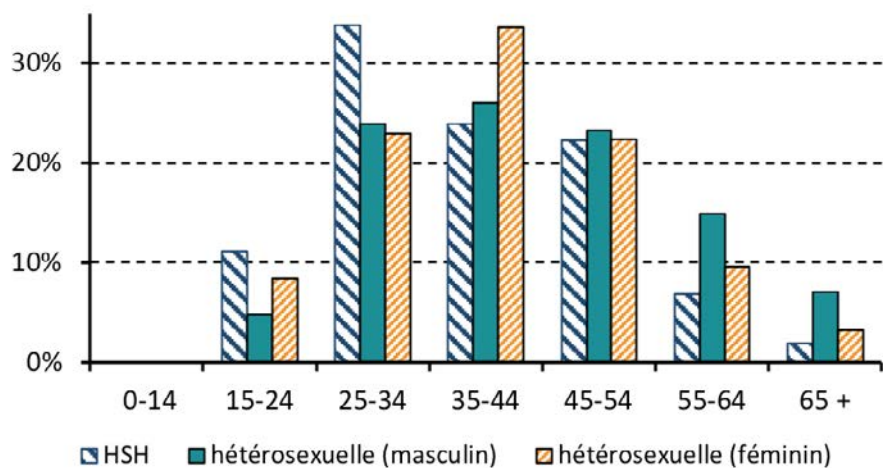
Diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2013-2018

Année du diagnostic	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Suisse	7,1	6,3	6,4	6,3	5,3	5,0
Région lémanique	10,2	8,3	9,7	9,4	8,5	8,2
Espace Mittelland	5,8	5,5	6,1	3,8	4,0	3,8
Suisse du Nord-Ouest	5,9	5,5	4,3	5,5	3,6	3,8
Zurich	10,8	9,1	9,8	10,9	7,3	6,7
Suisse orientale	3,4	3,1	2,9	2,5	3,3	2,8
Suisse centrale	4,0	3,7	2,7	3,4	3,0	2,6
Tessin	6,6	5,4	4,8	8,2	4,5	4,5

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

Figure 2

Distribution par classe d'âge des personnes avec diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe (Diagnostics des années 2014 à 2018 réunis pour des raisons statistiques)



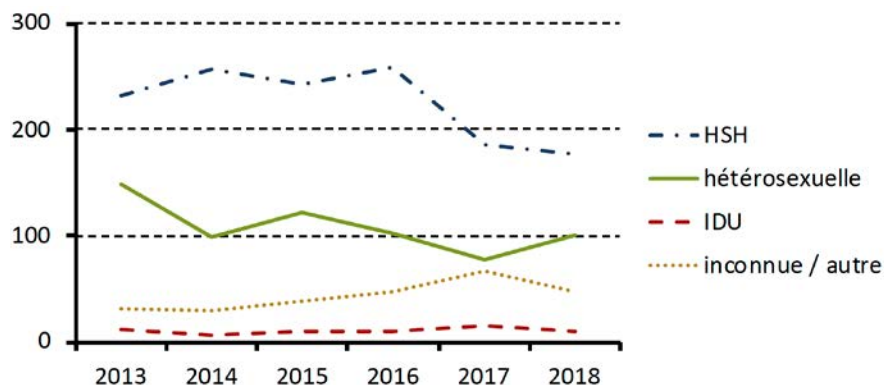
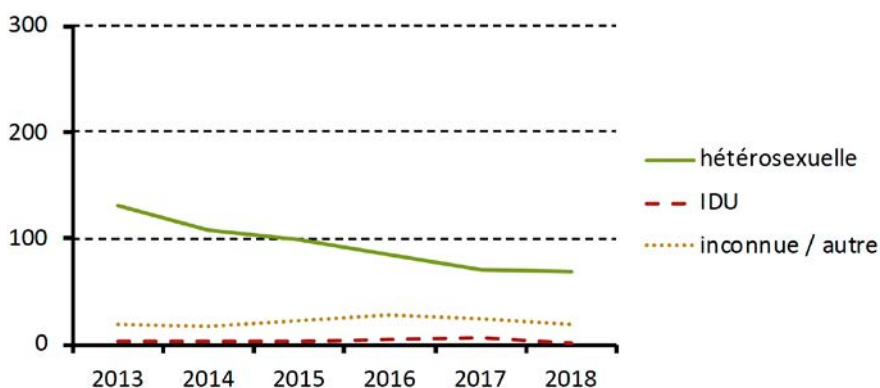
¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

En 2018 comme les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (77,0 %). Pour les autres, les voies d'infection étaient les mêmes que chez les hommes: IDU 1,4 %, une contamination par une transfusion de sang à l'étranger, et une transmission par une mère à sa fille à la naissance (origine Europe de l'Est, contamination à l'étranger probable). La voie d'infection n'a pas pu être déterminée dans 21,3 % des cas. Aucune contamination par des rapports sexuels entre femmes n'a été déclarée à l'OFSP. La figure 3A montre l'évolution des dé-

clarations de VIH chez les hommes selon la voie d'infection. Le nombre de cas a augmenté par rapport à 2017 chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, tout en restant dans le cadre des variations habituelles d'une année à l'autre. L'observation de l'évolution depuis 2013 montre une tendance générale à la baisse. Le nombre de cas a été peu élevé chez les IDU de sexe masculin (entre 6 et 15).

Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a diminué quasi régulièrement entre 2013 et 2018, passant de 131 à 69 (figure 3B). Chez les IDU, il a été encore plus bas

Figure 3

Diagnostics de VIH¹ chez les hommes et les femmes, par voie d'infection² et par année de diagnostic, 2013-2018
A: Hommes

B: Femmes


¹ Corrigé des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

² HSH: rapports sexuels entre hommes; IDU: consommation de drogues par injection

Tableau 2

Déclarations de VIH par les médecins, par voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFS, 2018

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH		inconnue/autre*	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	146	38,9%	160	42,7%	69	18,4%
Région lémanique	56	48,7%	40	34,8%	19	16,5%
Espace Mittelland	31	44,9%	24	34,8%	14	20,3%
Suisse du Nord-Ouest	13	31,7%	20	48,8%	8	19,5%
Zurich	19	22,1%	57	66,3%	10	11,6%
Suisse orientale	14	48,3%	7	24,1%	8	27,6%
Suisse centrale	8	40,0%	6	30,0%	6	30,0%
Tessin	5	19,5%	6	40,0%	4	26,7%

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

² Définition des grandes régions de l'OFS: voir annexe

ces six dernières années chez les femmes (entre 1 et 6) que chez les hommes.

L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande région de Zurich, 66 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, soit 23 points de pourcentage de plus que la moyenne nationale, qui s'établissait à 43 % (tableau 2). Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [2].

NATIONALITÉ

En 2018, près de la moitié des diagnostics de VIH pour lesquels la nationalité des personnes infectées était connue concernait des ressortissants suisses (49 %), avec toutefois des variations selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, 46 % étaient de nationalité suisse, contre 45 % des hommes (calcul de pourcentages excluant les cas de nationalité inconnue); parmi ces femmes, 37 % étaient des ressortissantes d'un pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque 2). Ce pourcentage était moins élevé chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle (26 %). Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 10 % des femmes et 5 % des hommes étaient issus d'un pays non-PHP non européen (catégorie « autres » dans le tableau 3).

En 2018, 58 % des HSH ayant un diagnostic de VIH étaient des Suisses, tandis que 22 % provenaient de pays européens (calcul excluant la catégorie « inconnue »). Parmi les HSH dont la nationalité était connue, seuls 3 % venaient d'un PHP. Mais il est probable que ces chiffres donnent une image fautive de la situation, parce que les rapports sexuels entre hommes sont très stigmatisés, voire interdits, dans certains pays à haute prévalence et que les HSH qui en sont issus n'indiquent pas toujours leur orientation sexuelle au moment des tests [3].

La répartition des nationalités de 2018 différait de celle de 2017 principalement pour les cas hétérosexuels (tous les pourcentages indiqués ci-après se rapportent aux cas avec nationalité

Tableau 3

Déclarations de VIH par les médecins, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2018

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Suisse	24	42,1%	38	42,2%	88	55,0%
Europe	4	7,0%	21	23,3%	33	20,6%
Pays à haute prévalence du VIH	19	33,3%	22	24,4%	5	3,1%
Autres pays	5	8,8%	4	4,4%	27	16,9%
Nationalité inconnue	5	8,8%	5	5,6%	7	4,4%
Total déclarations par les médecins	57	100,0%	90	100,0%	160	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection VIH, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2018

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
Nombre de déclarations par les médecins	62	100,0%	85	100,0%	88	100,0%	72	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	33	53,2%	20	23,5%	47	53,4%	30	41,7%
étranger	18	29,0%	37	43,5%	12	13,6%	28	38,9%
aucune indication	11	17,7%	28	32,9%	29	33,0%	14	19,4%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 5

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec un diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2018

Sexe :	féminin		masculin		HSH	
	N	%	N	%	N	%
Nombre de déclarations par les médecins	57	100,0%	90	100,0%	160	100,0%
Partenaire connu	26	45,6%	21	23,3%	40	25,0%
Partenaire anonyme	3	5,3%	15	16,7%	59	36,9%
Relations sexuelles tarifées	1	1,8%	4	4,4%	1	0,6%
Pas identifiable	13	22,8%	23	25,6%	32	20,0%
Pas d'indication	14	24,6%	27	30,0%	28	17,5%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

connue): le pourcentage de femmes disposant d'un passeport suisse est monté de 34 à 46 %, tandis que celui des hommes a baissé nettement, de 61 à 45 %. Chez les personnes originaires d'un PHP, le pourcentage est passé de 33 à 37 % chez les femmes et de 13 à 26 % chez les hommes. Par contre, le pourcentage des « autres pays » (principalement l'Amérique du Sud et l'Asie) a

chuté, passant de 25 à 10 % chez les femmes et de 14 à 5 % chez les hommes.

L'OFSP a modifié la répartition des groupes: la nouvelle orientation, axée sur les acteurs du domaine de la prévention, combine voie de contamination et nationalité. En effet, ce sont les Checkpoints et les actions lancées par l'Aide

Suisse contre le Sida et ses satellites à leur intention qui sont les plus à même d'atteindre les HSH, surtout ceux qui se qualifient d'homosexuels ou de bisexuels lors des tests, quelle que soit leur nationalité. En ce qui concerne les hétérosexuels, nous ne distinguerons dorénavant plus en premier lieu entre personnes de nationalité étrangère et suisse, mais entre nationalités d'un

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, 2018

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH			
	féminin		masculin			
Sexe:	N	%	N	%	N	%
Nombre de déclarations par les médecins	57	*	90	*	160	*
Infection VIH récente ²	3	5,3%	29	32,2%	47	29,4%
Infection VIH aiguë ³	5	8,8%	12	13,3%	34	21,3%
Test VIH tardif ⁴	20	35,1%	26	28,9%	18	11,3%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

² Infection par le VIH moins d'une année avant le diagnostic (avec l'immunoblot Inno-Lia, 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 trois mois

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

« pays à haute prévalence », « autres pays » et « inconnu ». Nous réunissons donc, par exemple, les personnes résidant en Suisse qui sont de nationalité allemande, autrichienne, française, italienne, etc., et les ressortissants suisses. Les pays que nous comptons parmi les

pays à haute prévalence sont, globalement, ceux qui répondent à la définition des Nations Unies, actualisée annuellement, plus le Brésil (voir remarque 2). En 2018, 181 nouveaux diagnostics de VIH se rapportaient à des contacts sexuels entre hommes (quelle que soit la

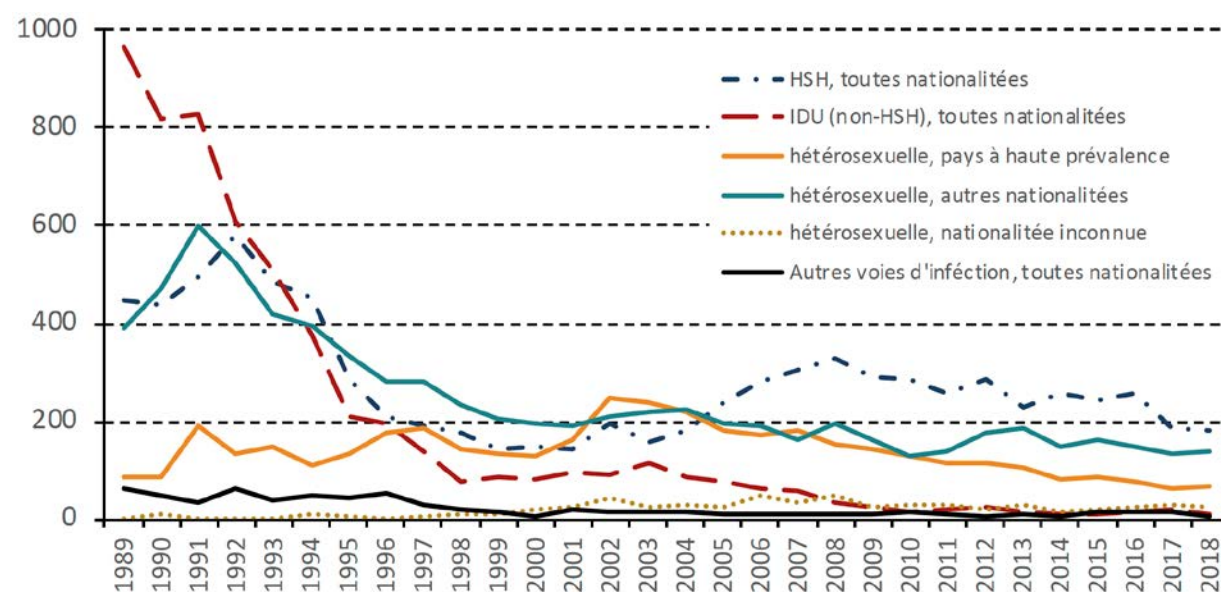
nationalité, y compris HSH utilisant des drogues par injection), 137 à des hommes ou des femmes hétérosexuels non originaires d'un pays à haute prévalence et 67 à des hommes ou des femmes issus de pays à haute prévalence, Brésil compris (figure 4).

LIEU D'INFECTION

D'après les indications des médecins, on note que, comme les années précédentes, les Suisses et les Suissesses infectés par voie hétérosexuelle ont contracté le VIH plus souvent en Suisse qu'à l'étranger et les ressortissants étrangers plus souvent à l'étranger (tableau 4). Dans trois quarts des cas où les deux indications figuraient sur la déclaration, la nationalité des étrangers correspondait au lieu d'infection présumé. Les HSH suisses aussi se sont plus souvent infectés en Suisse qu'à l'étranger mais, contrairement aux personnes contaminées par voie hétérosexuelle, ceux qui ne possèdent pas le passeport suisse se sont aussi infectés plus souvent en Suisse qu'à l'étranger.

À noter que l'information sur le lieu de l'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un tiers des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

Figure 4

Diagnostics de VIH¹, par voie de contamination et par nationalité. Nouvelle répartition axée sur la prévention

¹ Corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

SOURCE D'INFECTION

Plus de 80 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle pour lesquelles la source d'infection était indiquée l'avaient été par un partenaire connu, 10 % par un partenaire anonyme et moins de 5 % lors de relations sexuelles tarifées (tableau 5). Parmi les hommes infectés par cette voie, les sources d'infection étaient pour un peu plus de la moitié une partenaire connue, pour 37 % une partenaire anonyme et pour 10 % des relations sexuelles tarifées. Si l'on ne tient compte que des HSH dont la source d'infection est connue, on voit que 40 % ont été infectés par un partenaire connu et 59 % par un partenaire anonyme, les relations sexuelles tarifées constituant l'exception. À noter que l'indication de la source d'infection n'était pas identifiable ou manquait dans certains groupes (jusqu'à la moitié des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

MOMENT DE L'INFECTION

Le moment où la personne a été infectée par le VIH n'est généralement pas connu. Le diagnostic clinique d'une infection VIH aiguë (appelée également primo-infection) permet de situer le moment de l'infection dans les quelques semaines qui précèdent le diagnostic (remarque 4). En Suisse, les infections qui remontent à moins d'une année avant le diagnostic peuvent par ailleurs être diagnostiquées par une technique spéciale de laboratoire (« infection récente », remarque 3).

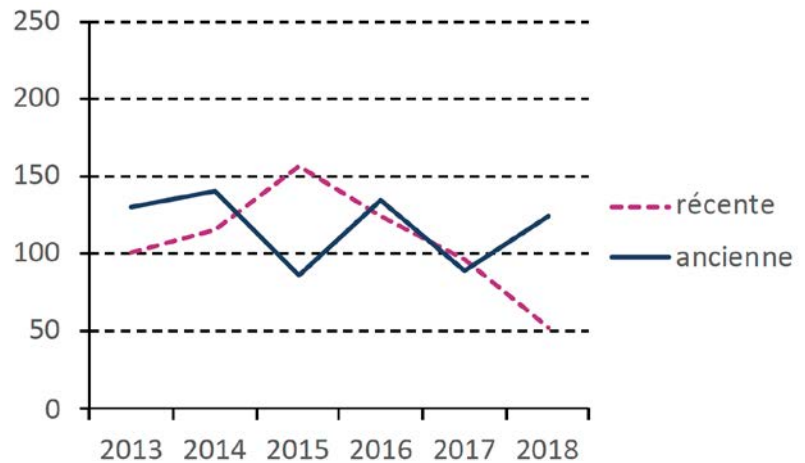
Par contre, les diagnostics dits « tardifs » d'infection par le VIH renvoient à des infections à un stade déjà avancé, de sorte que les premiers symptômes du sida sont attendus ou déjà visibles. On parle ici de diagnostic tardif du VIH lorsque des symptômes du sida ont été constatés au moment du diagnostic ou au plus tard trois mois après.

En 2018, une infection récente a été constatée chez 5 % des femmes et 32 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Le pourcentage était plus bas qu'en 2017 chez les deux sexes, ce que l'on ne peut toutefois pas considérer comme une diminution certaine car, pour des raisons statistiques, ce chiffre n'est pas suffisamment précis.

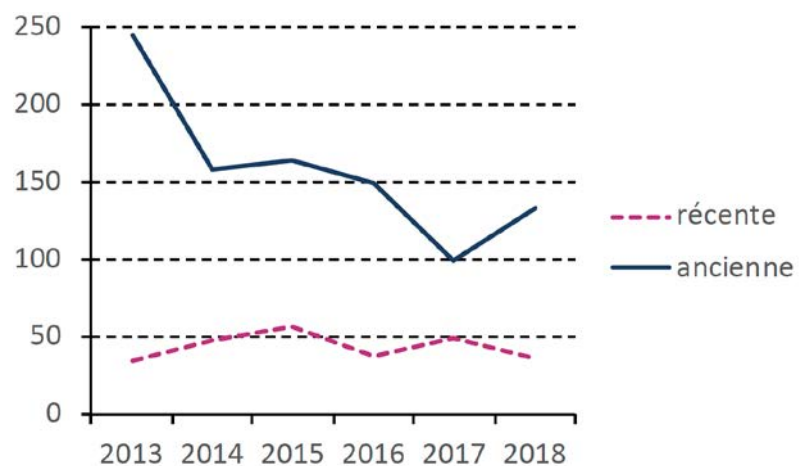
Figure 5

Infections VIH récentes et anciennes¹, selon la voie d'infection², 2013-2018

A: HSH¹



B: Hétérosexuelle



¹ Corrigées des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

² HSH: rapports sexuels entre hommes

Chez les HSH, 30 % des infections étaient considérées comme récentes, chiffre nettement inférieur à la moyenne des dernières années.

La fréquence à laquelle les infections VIH aiguës ont été diagnostiquées était elle aussi différente pour les HSH et pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle (tableau 6). Ce diagnostic a été posé chez 9 % des femmes et 13 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle, et chez 21 % des HSH. Le pourcentage plus élevé des diagnostics de primo-infection chez les HSH indique

que le diagnostic de VIH est posé plus précocement dans ce groupe que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle.

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 (19 % des cas). Dans 33 % des cas, il s'est avéré que ces symptômes étaient dus à une infection VIH aiguë. Lorsqu'un test avait été pratiqué pour une autre raison (exposition au risque ou dépistage, autres raisons), aucune in-

fection 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, comme suggéré dans les recommandations de l'OFSP relatives au Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins (PICT [3]). Si l'on tient compte des voies d'infection, on constate que les symptômes d'une infection VIH aiguë ont plus fréquemment conduit à un test de dépistage du VIH chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ce constat corrobore le résultat mentionné dans la section précédente, à savoir que les infections VIH aiguës sont plus fréquemment diagnostiquées chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle.

Comme les années précédentes, le diagnostic de VIH a souvent été posé moins tardivement chez les HSH (11 %) que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes confondus : 31 %).

L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection qui figurent au tableau 6 amènent à penser que le diagnostic du VIH est plus rarement posé tôt après l'infection chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle que dans la population des HSH, ce qui s'explique vraisemblablement par le fait que ces derniers se soumettent plus fréquemment à des tests de dépistage. Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage d'infections récentes et celui des cas diagnostiqués au stade aigu ont été plus bas que dans les autres groupes, tandis que celui des infections tardives était plus élevé. Le fait qu'elles sont originaires à 33 %, donc plus fréquemment que dans les autres groupes, de pays à haute prévalence du VIH (voir paragraphe sur la nationalité, tableau 3), joue certainement aussi un rôle. Une étude européenne a toutefois montré que 45 % des personnes venant d'un PHP africain s'étaient infectées après l'immigration [3].

Les médecins peuvent contribuer à la prévention des infections VIH dans les réseaux sexuels de la population mi-

grante et augmenter les chances de diagnostiquer le VIH le plus rapidement possible en proposant plus souvent un test VIH dans leurs consultations, même en l'absence de suspicion directe d'infection VIH (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins « PICT » [4]).

Durant la période 2013-2018, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes : il était d'une petite moitié chez les HSH, de 31 % pour les hommes infectés par voie hétérosexuelle et de 11 % pour les femmes. Il a toutefois évolué avec les années : chez les HSH, il est monté de 44 à 64 %, pour redescendre à 29 % en 2018 (figure 5A). Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre d'infections remontant à plus d'un an a généralement diminué, tandis que celui des infections récentes est resté plutôt stable (figure 5B). Chez ces personnes, la diminution du nombre de diagnostics de VIH entre 2013 et 2018, visible à la figure 3, était donc principalement due à la diminution du nombre d'infections anciennes. Elle s'explique entre autres, surtout chez les femmes, par la diminution, supérieure à la moyenne, des diagnostics de VIH chez les personnes issues de pays à haute prévalence, car le pourcentage des infections anciennes est relativement élevé dans ce groupe.

Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre d'infections VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Les données fournies par les centres de conseil et de tests en Suisse (centres VCT), qui, selon les années, établissent jusqu'à 30 % des diagnostics du VIH, montrent que dans ces centres, le nombre de tests effectués a effectivement augmenté dans le groupe des HSH (voir rapport « 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. Dans ce groupe, le nombre d'infections récentes est toutefois nettement redescendu de 2016 à 2018 (figure 5), contrairement au nombre de tests effectués dans les centres VCT, ce qui pourrait signifier

que l'incidence du VIH a diminué chez les HSH.

Contrairement aux infections récentes, les infections anciennes sont davantage fonction de la prévalence dans le groupe considéré : plus la prévalence est élevée, plus la probabilité est grande pour que l'infection remonte à plus d'un an avant le diagnostic. Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de celles issues de la migration est nettement plus élevé que parmi les HSH (tableau 3); le nombre de diagnostics de VIH pourrait par conséquent être aussi influencé par l'immigration et les conditions de vie dans le pays d'accueil. Les personnes établies en Suisse et originaires de pays à haute prévalence du VIH représentent donc un groupe cible important pour les consultations VIH.

CAS DE SIDA

Ces dernières années, le nombre de nouveaux cas de sida s'est stabilisé autour de 60 à 80 cas par an (tableau 7), comme il ressort d'extrapolations statistiques tenant compte du fait qu'ils sont parfois déclarés plusieurs années seulement après le diagnostic (remarque 5). Pour 2018, cette extrapolation aboutit à un total de 83 cas, dont 46 déjà déclarés. L'estimation pour 2017 donne également 83 cas, dont 70 déjà déclarés. Comme la méthode a tendance à surestimer le nombre de cas dans l'année en cours, on peut supposer que l'on n'aura diagnostiqué guère plus de 80 nouveaux cas en 2018.

En 2018, les 82 % des cas de sida diagnostiqués et déjà déclarés, dont la voie d'infection était connue, se répartissaient comme suit : 42 % de HSH et 58 % de cas hétérosexuels ; aucun cas de contamination par injection de drogue n'a été déclaré. Pour comparaison, il y a eu en 2018, parmi les nouveaux diagnostics de VIH, 50 % de HSH, 46 % de cas hétérosexuels et 3 % d'IDU. Le pourcentage moins élevé de HSH parmi les cas de sida s'explique peut-être par le fait que, dans ce groupe, les infections à VIH sont diagnostiquées relativement tôt et traitées avec succès (voir pa-

Tableau 7

**Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2013-2018
(Corrigés des retards de déclaration)**

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hétérosexuel	masculin	29	19	24	11	16	24
	féminin	24	13	10	18	14	10
HSH	masculin	32	24	24	25	31	34
IDU	masculin	6	4	2	3	7	0
	féminin	5	0	0	1	4	0
Autres	masculin	5	14	1	6	9	9
	féminin	3	3	2	3	2	6
Total		104	77	63	67	83	83
dont déjà déclarés:		104	77	62	65	70	46

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

rapporte « Moment de l'infection » et rapport « Surveillance des tests » dans le même cahier), parce qu'ils se soumettent beaucoup plus souvent à des tests VIH que les autres groupes.

SYNTHÈSE

Le nombre total de diagnostics de VIH et, partant, le taux de diagnostics de VIH, ont diminué en 2018 par rapport à l'année précédente. Près de 80 % des diagnostics concernaient des hommes, chez lesquels l'incidence des nouveaux diagnostics était près de quatre fois plus élevée que chez les femmes. La voie d'infection 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 infections en lien avec la consommation de drogue n'occupent plus qu'une petite place dans le tableau général. Quelle que soit leur nationalité, les HSH se sont plus souvent infectés en Suisse qu'à l'étranger. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été contaminées à l'étranger; dans trois quarts des cas, le lieu de l'infection correspondait à leur nationalité.

Chez les HSH, des infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées, en moyenne des six dernières années, que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le nombre de ces cas,

qui avait augmenté en 2014 et 2015, est ensuite redescendu, tendance qui s'est poursuivie en 2018. 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. Compte tenu de l'augmentation de celui-ci chez les HSH (voir rapport « Surveillance des tests »), associée à un nombre décroissant de diagnostics, on peut supposer une diminution de l'incidence chez les HSH en Suisse.

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; ces dernières années, elles l'ont été dans 80 % à 90 % des cas, mais la tendance est à la hausse. Dans les cas sans déclaration, si l'on disposait des données sur le sexe, l'âge et le canton de domicile, il manquait notamment celles sur la voie d'infection et la nationalité. Pour les tendances présentées dans ce rapport, qui reposent sur les données des déclarations de résultats cliniques, les chiffres ont été extrapolés 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 de 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, dans la population générale, est supérieure à 1 % dans le groupe d'âge des 15 à 45 ans. Pour éviter les variations annuelles de la définition, les rapports de l'OFSP, depuis 2019, considèrent les pays suivants comme pays à haute prévalence: tous les pays de la région de l'OMS « Afrique » (sans l'Algérie, mais y compris Djibouti, Soudan et Somalie) ainsi que la Thaïlande, le Brésil, le Suriname, la Guyane, le Belize, la Jamaïque, Haïti et la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade et Trinité-et-Tobago. L'ajout du Brésil, par exemple, tient compte des migrants présents en Suisse.
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 plus anciennes. Cet algorithme a été développé par le Centre National de Rétrovirus (CNR) sur la base de l'immunoblot Inno-Lia™ VIH VIII (Fujirebio). Les infections dites récentes sont celles dont la transmission à la personne infectée remonte probablement à moins d'un an avant le diagnostic.
4. La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu qui survient chez de nombreuses personnes infectées par le VIH depuis quelques semaines à trois mois. Les « infections récentes » et les « primo-infections » sont deux indicateurs, méthodologiquement indépendants, d'un stade d'infection précoce.
5. À la suite de retards dans la déclaration, seule la moitié environ des cas de sida déclarés par le passé pour une année concernait

celle au cours de laquelle le diagnostic avait été établi; quelque 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, 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 réel doit donc être estimé au moyen d'un modèle statistique prenant en considération la répartition passée des retards de déclaration. Les données indiquées dans le tableau 7 se fondent sur la méthode de Rosenberg [4].

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 de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Bibliographie

1. GT Laboratoire et diagnostic de la CFSS : Concept de test VIH 2013. Bulletin OFSP 2013; 47 : 852-854
2. Schmidt AJ, Altpeter E (2019) : The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. Sex Transm Infect. 2019;95(4):285-291.
3. Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika : Eine Bestandsaufnahme. <https://www.boell.de/de/navigation/afrika-Afrika-LGBTI-9040.html>
4. Alvarez-Del Arco et al. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. AIDS, 31(14):1979-1988
5. Dépistage du VIH sur l'initiative des médecins/But de la directive (PICT). Bulletin OFSP 2015; 21 : 375-379.
6. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(1):49-54

« Les antibiotiques
sauvent des vies :
utilisons-les avec
parcimonie. »



La syphilis en Suisse, situation en 2018

En 2018, 885 nouveaux cas de syphilis ont été déclarés à l'OFSP. En raison d'une simplification radicale de la définition de cas cette même année, les chiffres ne sont pas comparables à ceux de l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

En Suisse, la syphilis fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. En 2015, l'OFSP a modifié les formulaires pour la déclaration des résultats d'analyses de laboratoire et la déclaration des résultats d'analyses cliniques. Depuis, le corps médical a la possibilité de cocher sur le formulaire s'il s'agit du résultat du contrôle de l'évolution d'une maladie déjà déclarée, d'une infection antérieure (cicatrice sérologique) ou d'un nouveau cas n'ayant encore jamais été déclaré (nouvelle infection ou réinfection). Le formulaire de déclaration doit être entièrement rempli uniquement s'il s'agit d'une nouvelle in-

fection ou d'une réinfection. Les critères de déclaration de la syphilis et la définition de cas ont été révisés avec effet au 1^{er} janvier 2018. Les chiffres de 2018 commentés dans le présent rapport se fondent sur le nouveau système. Pour bien montrer qu'ils ne sont pas comparables à ceux des années précédentes, 2017 comprise, une barre rouge est ajoutée dans les graphiques illustrant l'évolution dans le temps.

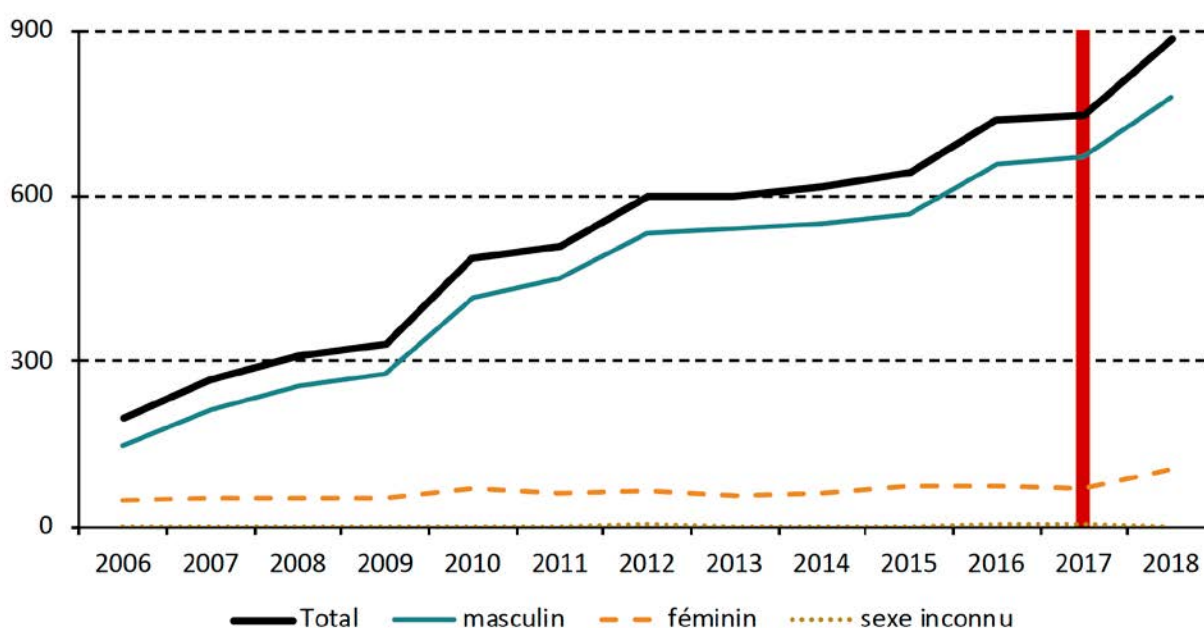
En 2018, l'OFSP a reçu au total 1532 déclarations de résultats d'analyses cliniques; 558 concernaient des contrôles d'évolution ou des cicatrices sérologiques; 89 n'ont pas pu être classées parce qu'il n'y avait aucune indica-

tion clinique et que même les déclarations des analyses de laboratoire ne permettaient pas une évaluation certaine. Les 885 cas restants ont été comptés comme nouveaux cas de syphilis (nouvelles infections ou réinfections; déclarations tardives prises en considération jusqu'au 28 juin 2019). Les analyses qui suivent se fondent sur les données dont disposait l'OFSP sur ces nouveaux cas.

SEXE

La majorité des nouveaux cas de syphilis concernait des hommes (88 %), pourcentage qui n'a cessé d'augmenter d'année en année (figure 1). En 2018, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants,

Figure 1
Nouveaux cas de syphilis, par sexe et par année de diagnostic, 2006-2018*



*Attention: en raison d'un changement dans la définition de cas, les chiffres de 2018 ne sont pas comparables à ceux des années précédentes (barre rouge).

s'élevait à 2,4 pour les femmes et à 18,1 pour les hommes. Aucun cas de syphilis chez des transsexuelles ou des transsexuels n'a été déclaré à l'OFSP.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes confondus, l'incidence s'élevait à 10,2 pour 100 000 habitants en 2018. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 5 à 16 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.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic, l'âge médian des femmes, établi sur les cinq dernières années, était de 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. La plupart des cas ont été diagnostiqués dans 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 de 42 ans, et les groupes d'âge les plus touchés étaient également celui des 25 à 34 ans et celui des 45 à 54 ans. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), l'âge médian était de 39 ans et la plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 35 à 44 ans.

VOIE D'INFECTION

Sur les 885 personnes ayant eu un nouveau diagnostic de syphilis en 2018, 60 % (comme l'année précédente) s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 21 % lors de relations hétérosexuelles et 4 lors de relations sexuelles entre femmes; la voie d'infection n'était pas connue pour les 19 % restants (figure 3, tableau 2). Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, les femmes représentaient 37 % des cas. Depuis 2015, ce pourcentage est le double de celui des années antérieures, ce qui correspond à la période où l'on a intensifié le dépis-

Tableau 1

Incidence de la syphilis pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2013-2018

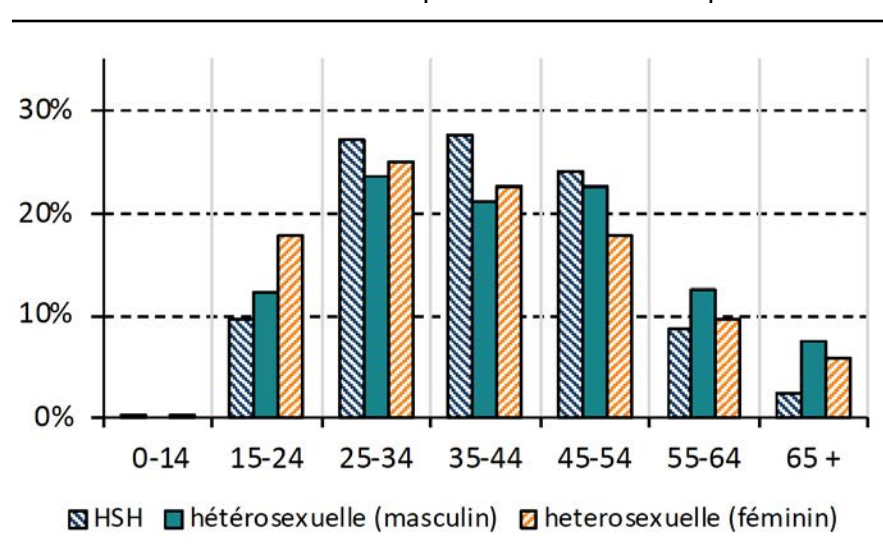
Année du diagnostic	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Suisse	7,4	7,5	7,7	8,8	8,8	10,2
Région lémanique	12,2	10,3	10,5	12,1	11,6	13,3
Espace Mittelland	3,6	3,8	3,9	6,1	5,6	8,4
Suisse du Nord-Ouest	5,3	8,5	7,4	8,9	9,1	8,2
Zurich	12,9	14,2	14,3	14,9	15,6	16,1
Suisse orientale	4,2	3,0	4,1	4,1	4,7	5,1
Suisse centrale	4,7	3,8	5,2	4,6	4,5	6,8
Tessin	5,5	6,3	7,1	6,5	6,5	11,2

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

*Attention: en raison d'un changement dans la définition de cas, les chiffres de 2018 ne sont pas comparables à ceux des années précédentes.

Figure 2

Répartition par classe d'âge des nouveaux cas de syphilis, par voie d'infection¹ et par sexe (Cas des années 2014 à 2018 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

tage chez les travailleuses du sexe en Suisse. Dans le groupe des hommes pour lesquels la voie d'infection est connue, 82 % des infections étaient dues à des rapports sexuels entre hommes. Selon les estimations, les HSH ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs dans l'ensemble de la Suisse [1]. Ils sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres régions de Suisse [1], raison pour laquelle le pourcentage

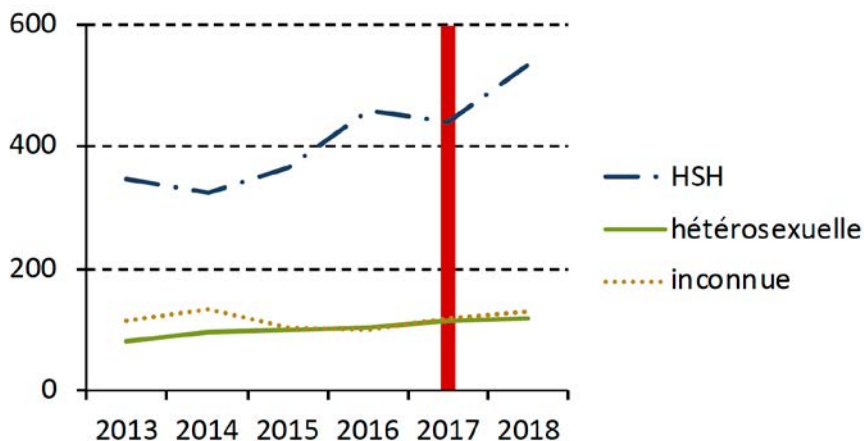
des HSH avec un diagnostic de syphilis (79 %) y est particulièrement élevé (tableau 2). Aucun cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) n'a été rapporté en 2018. Le nouveau formulaire de déclaration, qui doit être utilisé depuis début 2019, prévoit à ce propos un champ intitulé « Avortement en raison d'une infection syphilitique ».

NATIONALITÉ

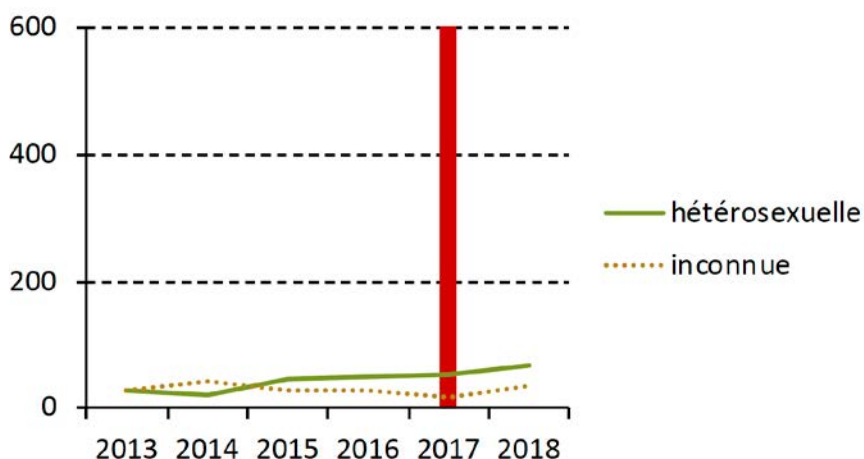
Parmi les personnes atteintes de syphilis dont la nationalité est connue, 55 %

Figure 3
Nouveaux cas de syphilis chez les hommes et les femmes,
par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2013-2018*

A: Hommes



B: Femmes



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

*Attention: en raison d'un changement dans la définition de cas, les chiffres de 2018 ne sont pas comparables à ceux des années précédentes (barre rouge).

Tableau 2

Nouveaux cas de syphilis, par voie d'infection et par grande région¹
de l'OFS, 2018

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH ²		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	181	20,5 %	536	60,6 %	168	19,0 %
Région lémanique	55	25,0 %	124	56,4 %	44	18,6 %
Espace Mittelland	45	28,3 %	80	50,3 %	34	21,4 %
Suisse du Nord-Ouest	23	24,2 %	51	53,7 %	21	22,1 %
Zurich	19	7,8 %	195	78,8 %	33	13,5 %
Suisse orientale	14	23,3 %	39	56,7 %	12	20,0 %
Suisse centrale	13	23,6 %	30	54,5 %	12	21,8 %
Tessin	12	30,0 %	17	40,0 %	12	30,0 %

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

² HSH: rapports sexuels entre hommes

étaient suisses. Le pourcentage de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3): il s'élevait à 46 % pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle et était plus élevé de près de 20 points de pourcentage pour les hommes. Le fort pourcentage de femmes non européennes indique que les travailleuses du sexe sont de plus en plus touchées.

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage de personnes de nationalité suisse infectées en Suisse et pour lesquelles le lieu d'infection était connu s'élevait à 84 % pour les HSH (pourcentage pratiquement identique à celui de l'année précédente) et à 75 % pour 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 majorité d'entre elles ont aussi été infectées en Suisse: 81 % pour les HSH et 55 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. À noter que l'information sur le lieu de l'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

SOURCE D'INFECTION

Dans leur grande majorité, les femmes ont été infectées par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus poussée de la nature de la relation avec le partenaire infectieux montre que 76 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu, 14 % par un partenaire anonyme et 10 % lors de relations sexuelles tarifées. Les rapports sexuels anonymes (37 %) et les relations sexuelles tarifées (9 %) étaient plus fortement représentés chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle. Chez les HSH, le partenaire était connu à peu près aussi souvent que pour les autres hommes, mais les relations sexuelles tarifées (0,9 %) étaient négligeables en tant que facteur d'infection. Les données tirées de l'Étude suisse de cohorte VIH montrent que la syphilis est principalement transmise dans les réseaux sexuels de HSH positifs pour le VIH (communication personnelle). Les données existantes

Tableau 3

Nouveaux cas de syphilis, par nationalité, voie d'infection et sexe, 2018

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Suisse	26	46,4%	63	63,6%	311	66,3%
Europe	13	23,2%	22	22,2%	88	18,8%
Afrique	3	5,4%	4	4,0%	2	0,4%
Autres pays	14	25,0%	10	10,1%	68	14,5%
Nationalité inconnue						
Total cas de syphilis	56	100,0%	99	100,0%	469	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection pour les nouveaux cas de syphilis, selon la voie d'infection et la nationalité, 2018

Voie d'infection : Nationalité :	hétérosexuelle				HSH ¹			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de cas	89	100,0%	92	100,0%	311	100,0%	217	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	49	55,1%	35	38,0%	207	66,6%	130	59,9%
étranger	16	18,0%	29	31,5%	39	12,5%	30	13,8%
aucune indication disponible	24	27,0%	28	30,4%	65	20,9%	57	26,3%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 5

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec diagnostic de syphilis confirmée, selon la voie d'infection et le sexe, 2018

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nombre de cas confirmés	67	100,0%	115	100,0%	528	100,0%
Partenaire connu	37	55,2%	45	39,1%	194	36,7%
Partenaire anonyme	7	10,4%	30	26,1%	149	28,2%
Relations sexuelles tarifées	5	7,5%	7	6,1%	3	0,6%
Pas identifiable	13	19,4%	16	13,9%	123	23,3%
Pas d'indication	5	7,5%	17	14,8%	59	11,2%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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 du sexe ne viennent pas seulement d'Amérique

latine, mais aussi d'Europe de l'Est, région où la syphilis a pris des dimensions épidémiques après l'effondrement de l'Union soviétique [2, 3]. À noter que l'information sur la source d'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

DIAGNOSTICS ANTÉRIEURS DE SYPHILIS

Une infection antérieure ne protège pas contre une nouvelle infection. 30 % des HSH ont déclaré avoir déjà contracté une syphilis par le passé, contre 5 % dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle.

Tableau 6

Stades cliniques des cas confirmés de syphilis, par voie d'infection, 2018

	hétérosexuelle		HSH ¹	
	Nombre de cas confirmés		Nombre de cas confirmés	
primaire	83	45,9 %	237	44,9 %
secondaire	37	20,4 %	153	29,0 %
latence précoce (<1 an)	8	4,4 %	51	9,7 %
latence tardive (≥1 an)	25	13,8 %	45	8,5 %
temps de latence inconnu	0	0,0 %	0	0,0 %
tertiaire	4	2,2 %	4	0,8 %
inconnu/pas d'indication	24	13,3 %	38	7,2 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

STADES CLINIQUES

Environ la moitié des cas de syphilis ont été diagnostiqués au stade primaire (tableau 6). Si l'on considère la voie d'infection, 90 % des HSH et 82 % 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; toutes étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les nouveaux cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (8 au total, soit <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 (manifestations rectales ou buccales) – renvoie à une plus grande fréquence des tests dans ce groupe. 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.

SYNTHÈSE

Le nombre de nouveaux cas de syphilis et, partant, l'incidence de la maladie, étaient plus élevés en 2018 que l'année précédente; toutefois, en raison du changement de méthode de comptage, il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit réellement d'une augmentation. Depuis 2015, les groupes particulièrement touchés (HSH, travailleuses du sexe) font l'objet d'un dépistage plus intense (voir le chapitre sur la surveillance des tests). Les centres VCT suisses n'ont pas constaté d'augmentation des diagnostics de syphilis en 2018. Les répartitions par âge et par voie d'infection étaient comparables à celles 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 les réinfections après traitement. Il est recommandé de faire un test de dépistage de la syphilis tous les six mois chez les travailleuses du sexe et six semaines après le rapport sexuel tarifé chez les hommes qui les fréquentent [4].

Contact

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

Bibliographie

- Schmidt AJ, Altpeter E (2019): The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect.* 2019;95(4):285-291
- Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E (1998): Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. *Lancet.* 351(9102), p. 572
- Herbert, Liam J.; Middleton, Stephen I. (2012): An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. *Journal of global health* 2 (1), p. 10402
- Recommandations de la CFSS dans le Bulletin 21/2015: « Le VDRL/RPR peut être encore négatif 4 à 6 semaines après l'infection » ; www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-zu-syphilis-aktualisiert-mai-2015.pdf.download.pdf/bu-21-15-syphilis.pdf

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 de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

La gonorrhée en Suisse, situation en 2018

En 2018, 3116 cas confirmés de gonorrhée ont été déclarés à l'OFSP, ce qui correspond à une augmentation de 11 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation, qui ne concerne que les hommes, s'explique par une multiplication des tests chez les HSH dans les Checkpoints et les centres VCT et par l'influence de la campagne STARMAN de l'Aide Suisse contre le Sida.

ÉTAT DES DONNÉES

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. La définition de cas a été modifiée en 2017. Depuis, on admet qu'une infection ne dure pas plus de quatre semaines, parce qu'elle est traitée immédiatement après le diagnostic. Par conséquent, si l'on reçoit pour un même patient deux déclarations pour lesquelles les dates des tests sont séparées de plus de quatre semaines, on considère qu'il s'agit d'une

réinfection et on compte un nouveau cas. Comme il n'y avait aucune limite de temps à respecter jusqu'ici, cette nouvelle définition entraîne une augmentation du nombre de cas. Elle a été appliquée rétroactivement pour le présent rapport.

En 2018, 3116 cas confirmés de gonorrhée ont été déclarés à l'OFSP, ce qui correspond à une augmentation de 11 % par rapport à l'année précédente (2806 cas) (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 28 juin 2019). Le rapport « Surveillance des tests » (dans le présent cahier) montre que cette augmentation s'explique par une multiplication des tests dans le cadre de la campagne « STARMAN », qui a eu

lieu en mai 2017 et 2018 dans les Checkpoints et de nombreux centres VCT de Suisse.

SEXE

Pour les deux sexes confondus, on observe depuis 2000 une augmentation marquée du nombre de cas, qui a été multiplié par 8. La majorité concernait des hommes (2018: 84 %). Ces dernières années, le nombre de cas a augmenté plus fortement chez les hommes que chez les femmes, raison pour laquelle la proportion d'hommes est légèrement plus élevée (figure 1). En 2018, l'incidence, définie ici comme le nombre de cas déclarés pour 100000 habitants, s'élevait à 11 pour les femmes et à 61 pour les hommes.

Figure 1
Cas confirmés de gonorrhée, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 1988-2018

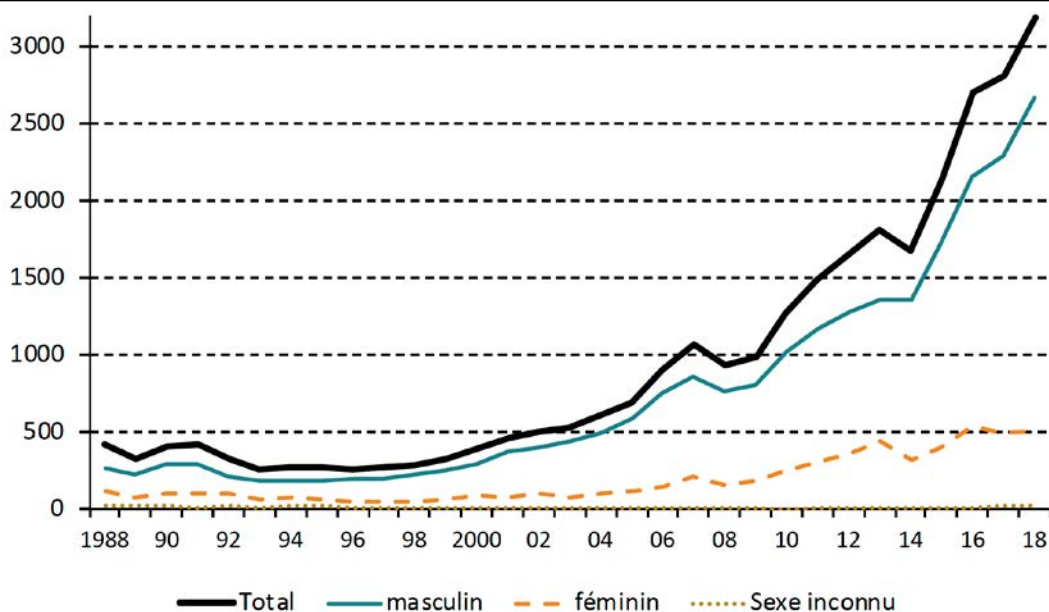


Tableau 1

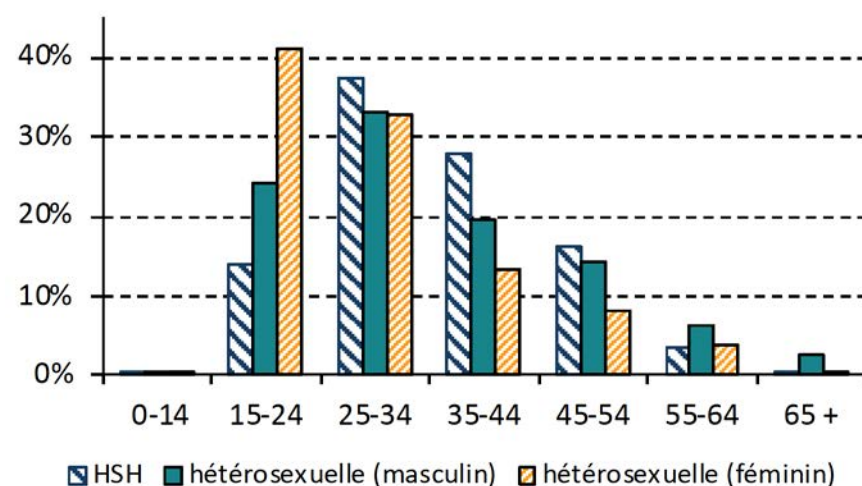
Cas de gonorrhée pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2013-2018

Année du diagnostic	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Suisse	22,2	20,4	25,6	32,0	33,1	36,3
Région lémanique	32,5	23,9	29,1	36,5	46,0	44,1
Espace Mittelland	12,1	12,7	12,9	20,7	19,0	20,7
Suisse du Nord-Ouest	18,1	20,4	31,5	31,4	25,9	28,7
Zurich	37,3	33,0	47,2	61,0	62,5	75,3
Suisse orientale	12,1	11,5	15,2	16,7	16,4	18,6
Suisse centrale	22,2	21,1	21,9	25,3	24,3	24,9
Tessin	12,7	19,4	10,5	16,4	20,6	25,6

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

Figure 2

Répartition par classe d'âge des personnes présentant une gonorrhée confirmée, par voie d'infection¹ et par sexe (Cas des années 2014 à 2018 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

NATIONALITÉ

Parmi les personnes avec un diagnostic de gonorrhée dont la nationalité était connue figuraient 69 % de Suisses (tableau 3). Le sexe et la voie d'infection n'ont pratiquement pas influé sur le pourcentage de personnes de nationalité suisse.

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage de personnes de nationalité suisse infectées en Suisse était de 88 %, toutes

voies d'infection confondues. Les personnes de nationalité étrangère infectées par voie hétérosexuelle ont été un peu plus souvent infectées à l'étranger (16 %) que celles de nationalité suisse (11 %). Chez les HSH, la nationalité n'a pas influé sur le lieu de l'infection. Ces pourcentages se rapportent aux cas où le lieu d'infection est indiqué ; cette indication manquait dans certains sous-groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence s'élevait à 36 pour 100 000 habitants en 2018.

Toutefois, avec une fourchette allant de 19 à 75 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient 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, du Mittelland et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic de gonorrhée, l'âge médian des femmes, établi pour les cinq dernières années, se situait à 26 ans ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 26 ans et l'autre moitié de plus de 26 ans. La majorité des femmes se situait dans le groupe des 15 à 24 ans (figure 2). Chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, la tranche des 25 à 34 ans était la plus fortement représentée et l'âge médian était de 32 ans. Celui des hommes infectés lors de relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) était de 34 ans, et la plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 25-34 ans. Pour toutes les voies d'infection, l'âge médian des hommes au moment du diagnostic de gonorrhée était donc supérieur de 6 à 8 ans à celui des femmes.

VOIE D'INFECTION

En 2018, 45 % des cas déclarés concernaient des rapports sexuels entre hommes, 38 % des relations hétérosexuelles et 0,3 % des relations sexuelles entre femmes ; la voie d'infection des 17 % 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 54 %, contre 45 % 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. L'évolution observée s'explique uniquement par l'augmentation dans ce groupe de la population. Avec

66 %, le pourcentage des HSH était élevé surtout dans la grande région de Zurich (tableau 2). Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [1].

Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, les femmes représentaient 32 % des cas. Le pourcentage de HSH parmi les hommes a considérablement augmenté au cours des dernières années, passant de 42 % en 2013 à 64 % en 2018 (figure 3). Cette évolution s'explique par le nombre croissant de cas dans ce groupe, qui a été multiplié par 3,3 depuis 2013, alors que le nombre d'hommes infectés par voie hétérosexuelle n'a augmenté que d'un facteur 1,3 durant la même période; elle est due uniquement aux campagnes de tests (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le présent cahier).

NATIONALITÉ

En 2018, on comptait 70 % de Suisses parmi les personnes avec un diagnostic de gonorrhée dont la nationalité était connue (tableau 3). Ce pourcentage variait selon le sexe et la voie d'infection: le plus bas (64 %) a été constaté chez les femmes contaminées par voie hétérosexuelle, le plus élevé (73 %) chez les HSH (rapporté au nombre de cas pour lesquels la nationalité était connue).

LIEU D'INFECTION

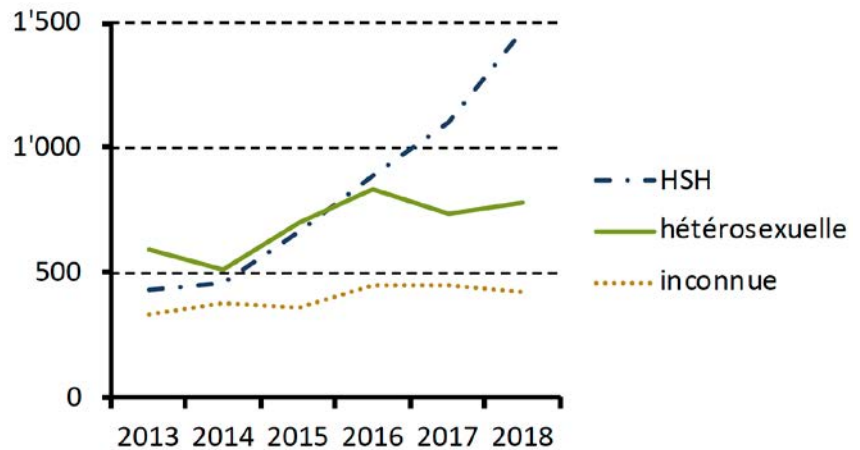
La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de cas ayant la Suisse comme lieu d'infection présumé était pratiquement identique chez les Suisses et les étrangers (84 %). S'agissant des HSH, il était plus élevé et variait selon la nationalité: il était de 92 % chez les Suisses et de 88 % chez les étrangers. Ces pourcentages se rapportent aux cas où le lieu d'infection est indiqué; cette indication manquait dans certains sous-groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

SOURCE D'INFECTION

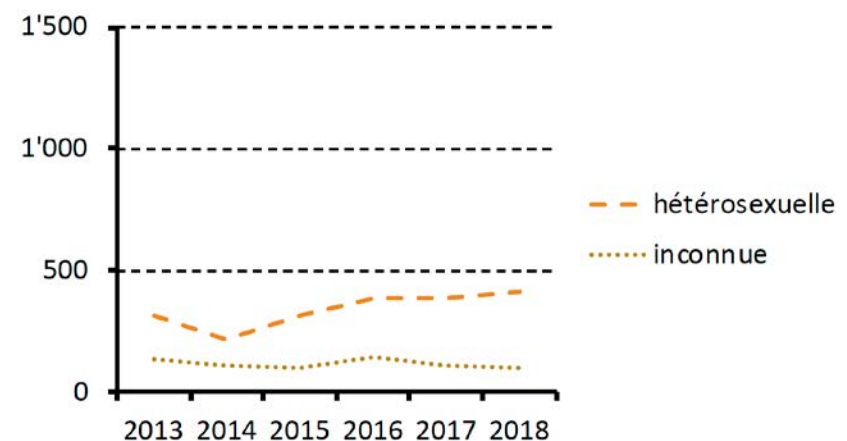
La grande majorité des femmes a été infectée par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus poussée de la na-

Figure 3
Cas confirmés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2013-2018

A: Hommes



B: Femmes



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2

Cas confirmés de gonorrhée, par voie d'infection et par grande région¹ de l'OFSP, 2018

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH ²		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	1178	37,8%	1403	45,0%	535	17,2%
Région lémanique	239	32,8%	352	48,3%	138	18,9%
Espace Mittelland	180	46,0%	148	37,9%	63	16,1%
Suisse du Nord-Ouest	186	55,7%	98	29,3%	50	15,0%
Zurich	332	28,9%	652	56,8%	164	14,3%
Suisse orientale	117	53,4%	52	23,7%	50	22,8%
Suisse centrale	89	43,8%	76	37,4%	38	18,7%
Tessin	35	38,5%	24	26,4%	32	35,2%

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

² HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 3

Cas confirmés de gonorrhée, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2018

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin			
	N	%	N	%	N	%
Suisse	232	58,1%	453	58,2%	896	63,9%
Europe	76	19,0%	98	12,6%	165	11,8%
Afrique	10	2,5%	20	2,6%	9	0,6%
Autres pays	42	10,5%	81	10,4%	163	11,6%
Nationalité inconnue	39	9,8%	127	16,3%	170	12,1%
Total cas de gonorrhée	399	100,0%	779	100,0%	1403	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, 2018

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH ¹			
	suisse		étranger		suisse		étranger	
Nombre de cas	685	100,0%	493	100,0%	896	100,0%	507	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	505	73,7%	325	65,9%	711	79,4%	369	72,8%
étranger	96	14,0%	65	13,2%	61	6,8%	49	9,7%
inconnu	84	12,3%	103	20,9%	124	13,8%	89	17,6%

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, 2018

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin			
Nombre de cas confirmés	399	100,0%	779	100,0%	1403	100,0%
Partenaire connu	294	73,7%	314	40,3%	522	37,2%
Partenaire anonyme	25	6,3%	170	21,8%	388	27,7%
Relations sexuelles tarifées	18	4,5%	100	12,8%	5	0,4%
Pas identifiable	27	6,8%	96	12,3%	349	24,9%
Pas d'indication	35	8,8%	99	12,7%	139	9,9%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

ture de la relation avec le partenaire infectieux montre que 87 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu, 7 % par un partenaire anonyme et 5 % lors de relations sexuelles tarifées. Pour les hommes, le pourcentage de partenaires anonymes était plus important : chez les HSH, le partenaire était connu dans 57 % des cas et anonyme dans 42 % des cas. Dans 1 % des cas, il s'agissait de relations sexuelles tarifées. Un peu plus de la moitié (54 %) des hommes infectés lors de relations hétérosexuelles connaissaient leur partenaire et 30 % ne la connaissaient pas ; 17 % 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 un tiers des cas selon les sous-groupes, ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

SYNTHÈSE

Le nombre de cas de gonorrhée confirmés a augmenté de 11 % en 2018 par rapport à l'année précédente, mais seu-

lement chez les hommes (de 14 %), alors qu'il est resté pratiquement inchangé chez les femmes. En outre, les diagnostics ont été en grande majorité posés chez les hommes, dont plus de la moitié était des HSH. Plus de deux tiers des cas de gonorrhée concernaient des ressortissants suisses pour qui, dans plus de 80 % des cas, le lieu d'infection présumé était la Suisse. Le nombre de cas n'a augmenté que chez les HSH. Il a été prouvé que cette augmentation s'explique en majeure partie par une multiplication des tests dans le cadre de la campagne « STARMAN » qui a eu lieu en mai 2017 dans les Checkpoints et de nombreux centres VCT de Suisse (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le présent cahier). On peut en conclure que, sans cette campagne, le nombre de cas de gonorrhée n'aurait pas augmenté.

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 de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Bibliographie

- Schmidt AJ, Altpeter E (2019): [The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland](#). *Sex Transm Infect.* 2019;95(4):285-291.

La chlamydie en Suisse, situation en 2018

En 2018, 11 102 cas confirmés de chlamydie ont été déclarés à l'OFSP, chiffre quasiment identique à celui de l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

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. 11 102 cas de chlamydie confirmés par les laboratoires ont été déclarés pour l'année 2018, chiffre quasiment identique à celui de l'année précédente, qui était de 11 096 (déclarations tardives prises

en considération jusqu'au 28 juin 2019). La hausse avait été faible déjà en 2017, alors qu'elle variait les années précédentes entre 5 et 12 %.

SEXE

La majorité des cas confirmés de chlamydie (64 % en 2018) concernaient des femmes (figure 1). Depuis 2000, on observe, pour les deux sexes confondus, une multiplication par 4,9 du nombre de cas, soit 4,5 pour les femmes et 5,9 pour les hommes. En 2018, l'incidence, définie ici comme le nombre de nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants, s'élevait à 163 pour les femmes et à 94 pour les hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence s'élevait à 129 pour 100 000 habitants en 2018. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 96 à 172 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.

Figure 1
Cas confirmés de chlamydie par sexe depuis le début du relevé, 1988–2018

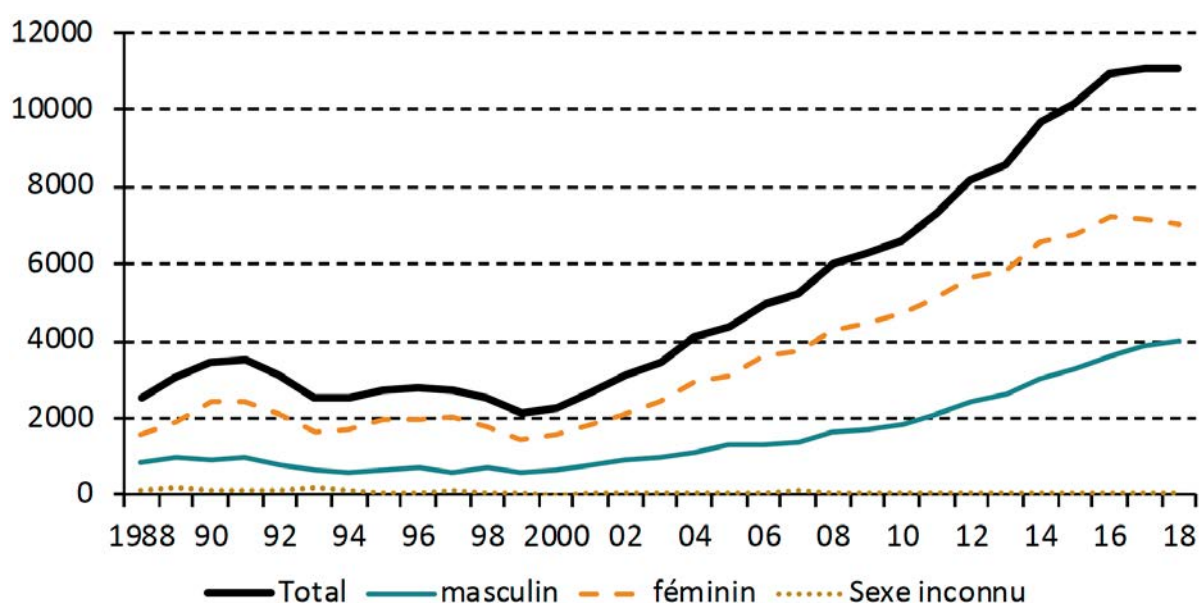
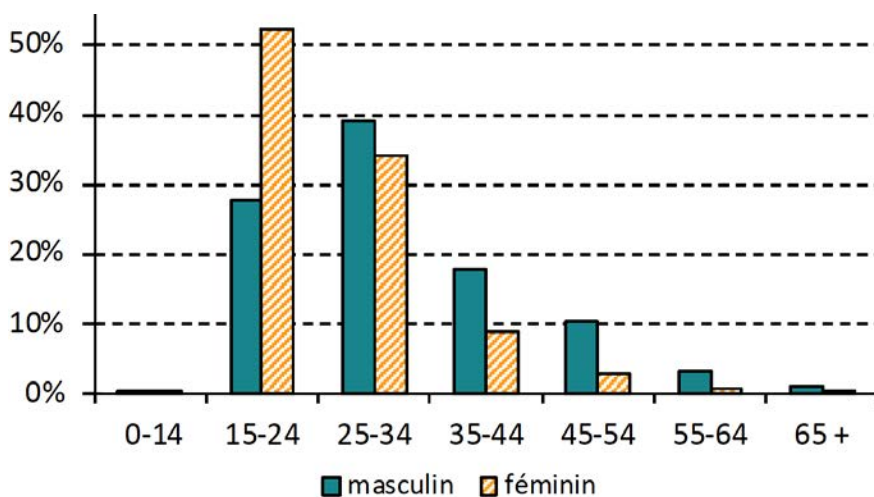


Tableau 1
Incidence de la chlamydie pour 100 000 habitants, par grande région¹
de l'OFS et par année de diagnostic, 2013-2018

Année du diagnostic	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Suisse	105,7	117,5	122,2	129,9	130,8	129,3
Région lémanique	135,3	152,2	153,0	158,8	163,9	155,9
Espace Mittelland	88,8	93,1	103,7	113,0	106,1	104,7
Suisse du Nord-Ouest	108,5	115,4	123,9	126,1	123,4	120,4
Zurich	133,3	152,2	155,1	159,3	168,8	172,3
Suisse orientale	80,5	88,0	92,1	102,9	105,2	96,0
Suisse centrale	81,0	87,8	83,6	106,0	103,2	111,6
Tessin	76,5	114,7	121,6	118,8	117,3	132,8

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 2014 à 2018 réunis pour des raisons statistiques)



RÉPARTITION PAR ÂGE

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.

SYNTHÈSE

Le nombre total de cas confirmés par laboratoire et, partant, l'incidence de la chlamydie sont restés quasiment inchangés en 2018 par rapport à 2017. L'augmentation marquée du nombre de cas observée depuis 2000 ne s'est donc pas 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 avaient entre 15 et 34 ans.

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 de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques).

Surveillance des tests

Le nombre de tests du VIH, de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydie a continué à augmenter chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette hausse est notamment due à la poursuite de la campagne annuelle de dépistage des IST, menée auprès de ces personnes pour la première fois en mai 2017 et renouvelée en mai 2018.

Jusqu'à ce jour, il n'était pas possible, en Suisse, de se procurer les données chiffrées relatives aux tests de dépistage du VIH et de la syphilis directement auprès des laboratoires; il fallait s'adresser aux 27 centres (état 2018) de conseil et de dépistage volontaires (*Voluntary Counselling and Testing, VCT*) [1]. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance sur les épidémies, le 1^{er} janvier 2016, le nombre de tests du VIH effectués en laboratoire est soumis à déclaration; toutefois, il n'a pas encore été possible d'exploiter cette information en raison de la qualité insuffisante des données. Il en va de même pour les tests concernant *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*.

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

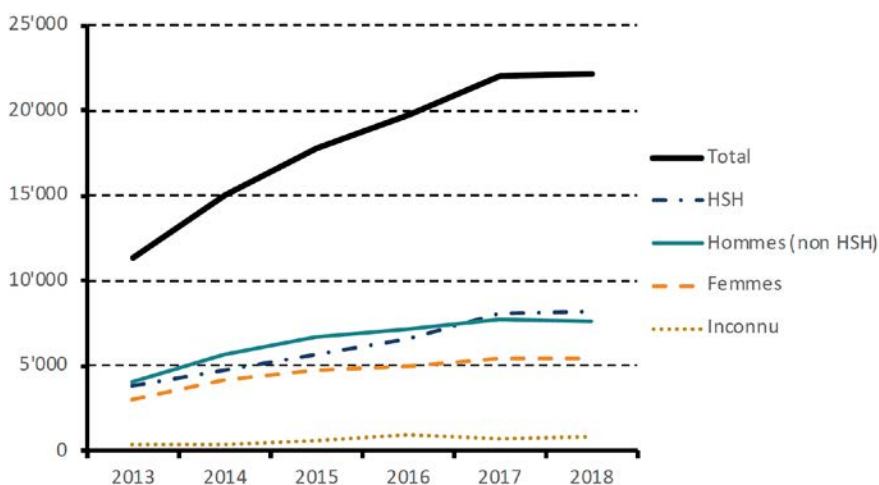
BerDa en ligne (*Beratungs- und Datenerfassungssystem, système de conseil et de saisie des données*). C'est là que sont recensés, sous une forme anonyme, tous les tests VIH effectués ainsi que, depuis 2012, les tests de dépistage de la syphilis et les frottis (p. ex., pour la recherche de chlamydias et de gonocoques); les clients sont en outre interrogés sur le nombre de tests VIH qu'ils ont faits dans le passé. Les données du système BerDa montrent une hausse constante du nombre de tests de dépistage du VIH et de la syphilis réalisés dans les centres VCT suisses entre 2008 et 2018 (figures 1 et 2). La légère diminution du nombre de tests de la syphilis chez les HSH en 2018 est un artefact de documentation. En 2018, plus de 22 000 tests du VIH et plus de 13 000 tests de la syphilis ont été réalisés; il s'agissait de tests rapides dans la majorité des cas, notamment pour le VIH.

Par rapport à 2011, le nombre de tests enregistrés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a plus que triplé; pour les autres hommes et pour les femmes, ce facteur est respectivement de 1,8 et de 1,6. Autrement dit, pour les personnes âgées de 15 à 66 ans, on estime que 10 % des HSH, 0,3 % des autres hommes et 0,2 % des femmes ont fait un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses en 2018, et que 7,0 % des HSH et 0,1 % des autres hommes et des femmes y ont fait un test de la syphilis.

Durant la même période, le nombre moyen de tests que les personnes ont rapporté avoir déjà faits a lui aussi augmenté: chez les HSH, il est passé de 3,9 en moyenne en 2011 à 5,5 en 2018. Pour les autres hommes et les femmes, ce chiffre est resté longtemps stable, avec une moyenne de 1,5 test, avant de monter à 1,7 en 2018 (figure 3).

Figure 1

Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition, 2013-2018



Selon l'OFSP, ces données indiquent que la fréquence des tests chez les HSH a augmenté ces cinq dernières années. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de ces tests ont été effectués dans des cabinets médicaux privés [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 hommes homosexuels (Checkpoints) de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, de cinq grands hôpitaux, de 15 autres centres de test VIH et de deux cabinets médicaux privés.

Parmi les résidents suisses ayant participé, en 2017, à l'*Enquête européenne en ligne sur la sexualité entre hommes (EMIS 2017)*, 27 % affirmaient avoir ef-

Figure 2
Nombre de tests de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition, 2013-2018

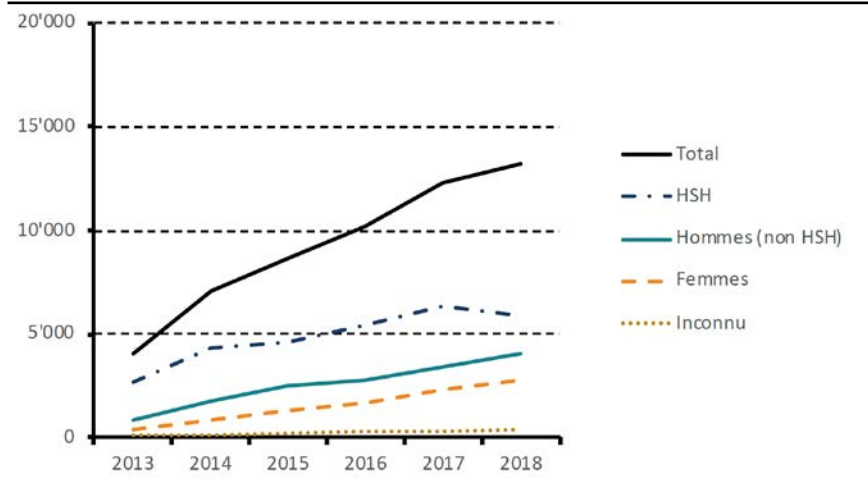


Figure 3
Nombre moyen de tests VIH pratiqués, selon les indications données aux centres VCT suisses, par groupes d'exposition, 2013-2018

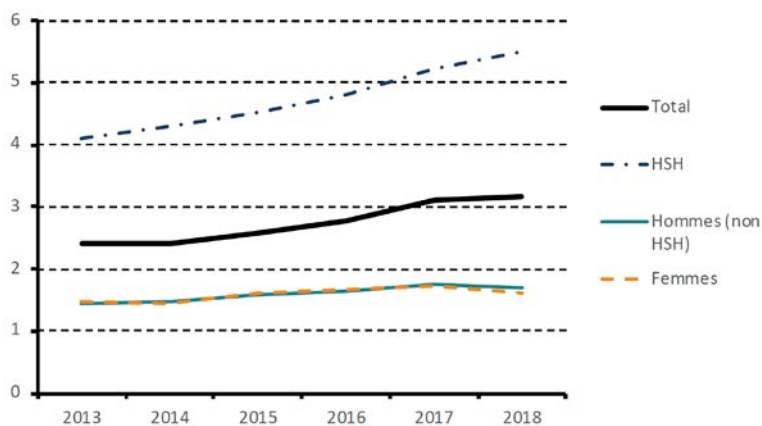
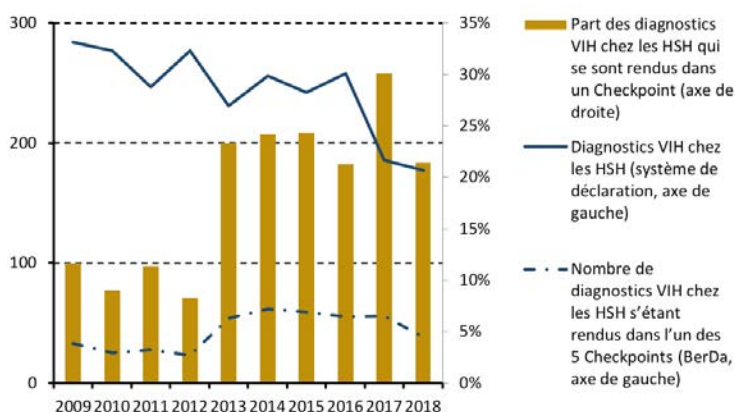


Figure 4
Diagnostics de VIH chez les HSH, récapitulatif des données de déclaration et de BerDa, 2009-2018



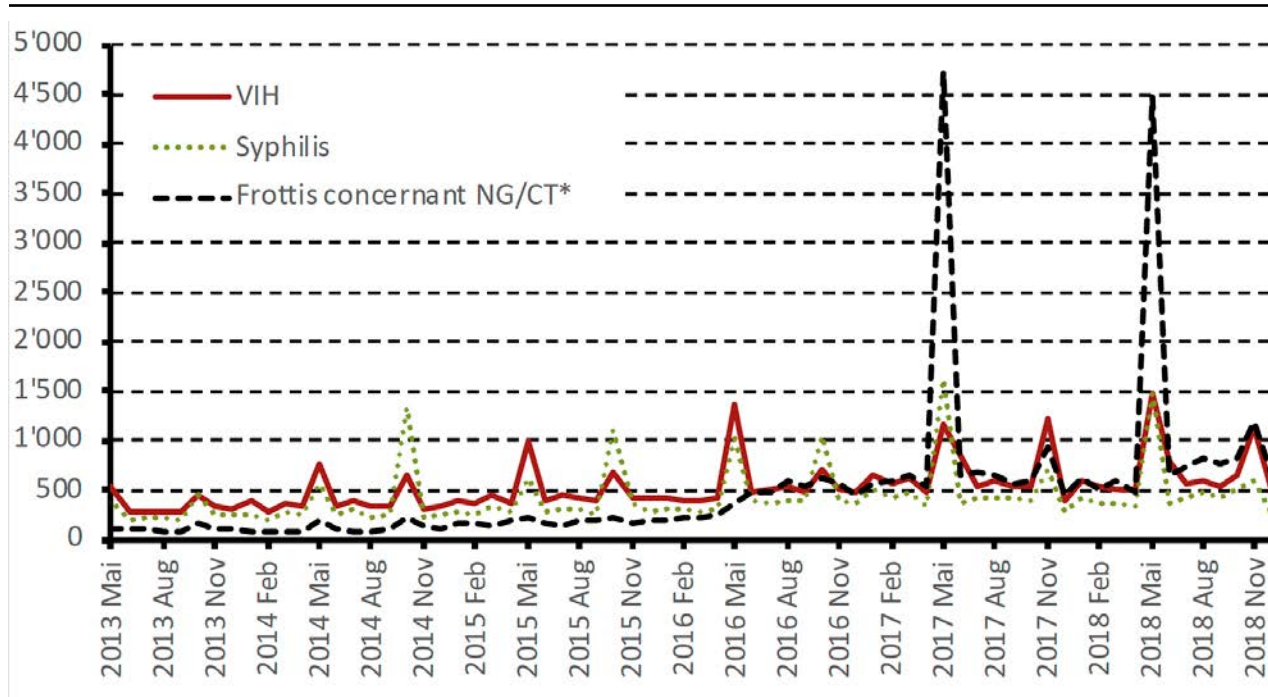
fectué leur dernier test VIH dans un Checkpoint [2]. Si l'on ne considère que les tests VIH positifs confirmés, il ressort que, sur les 177 diagnostics de VIH enregistrés dans le système de déclaration chez les HSH en 2018, 38 avaient été réalisés dans un Checkpoint suisse (figure 4). Par conséquent, le pourcentage des diagnostics de VIH qui concernent des HSH s'étant rendus dans un Checkpoint pour faire le test était de 22 % pour l'année 2018.

Jusqu'à fin 2016, il y a eu en Suisse deux campagnes destinées aux 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. En 2017, l'ordre était inversé: des tests gratuits de dépistage de la syphilis, de la chlamydie et de la gonorrhée ont été proposés pour la première fois en mai dans le cadre de la campagne STARMAN, tandis que les tests VIH l'ont été en novembre. Ces campagnes ont été renouvelées en 2018; toutefois, les tests IST n'étaient pas gratuits, mais coûtaient 30 francs. Étant donné les prix habituellement pratiqués – autour de 500 francs –, les économies réalisées restent substantielles et déterminantes pour la réussite des campagnes. La figure 5 illustre de manière saisissante l'efficacité des deux campagnes de test.

Cette figure représente à nouveau le nombre total de frottis visant à dépister la gonorrhée ou la chlamydie. Depuis le début de «*STAR-Trial*», une étude sur la fréquence des IST asymptomatiques réalisée entre janvier 2016 et mai 2017, le nombre de frottis a nettement augmenté chez les HSH. À noter que le taux des tests n'est pas redescendu après la fin de l'étude. Rien que durant le mois qu'a duré la campagne STARMAN 2018, près de 4500 frottis ont été effectués (un peu moins qu'en 2017, alors que l'étude STAR-Trial courait en même temps). Comme on pouvait s'y attendre, cet élargissement a conduit, dans les premiers temps, à une hausse des diagnostics: en mai, on recensait ainsi 114 cas de gonorrhée et 128 de chlamydie. Le point le plus marquant est le fait que le rapport entre le

Figure 5

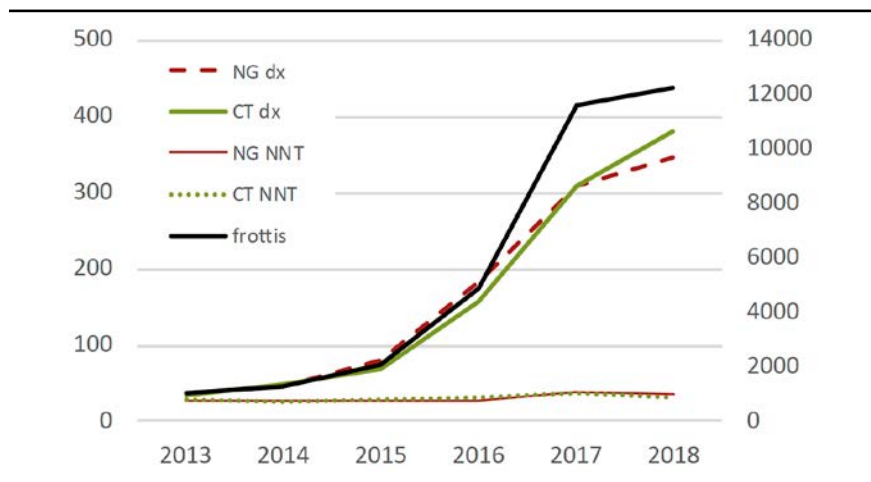
Tests VIH et syphilis mensuels et frottis NG/CT* chez les HSH réalisés dans les centres VCT suisses, 2013-2018



* NG: *Neisseria gonorrhoeae*. CT: *Chlamydia trachomatis*

Figure 6

Nombre de frottis pratiqués (axe de droite) et d'infections diagnostiquées (axe de gauche) pour la gonorrhée (NG) et la chlamydie (CT), et nombre de sujets à tester pour déceler un résultat positif (NNT, axe de gauche) chez les HSH dans les centres VCT suisses, 2013-2018



nombre de tests et celui des diagnostics est resté stable malgré l'élargissement massif du dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie. En ce qui concerne la syphilis, les centres VCT n'ont pas constaté de changement dans la fréquence de la syphilis active chez les HSH

testés, ce qui ne va pas dans le sens d'une augmentation de cette maladie dans ce groupe de population en Suisse.

La figure 6 montre clairement que la forte augmentation du nombre d'infections à gonocoques et à chlamydias chez

les HSH s'explique uniquement par l'augmentation du nombre de tests, qui a été parallèle à celle du nombre de diagnostics. La fréquence des gonorrhées et des chlamydioses chez les sujets testés était constante, de même que la valeur réciproque, c'est-à-dire le nombre de sujets à tester pour déceler un résultat positif (NNT, *number needed to test*). Depuis 2013, il faut toujours, dans les centres VCT, tester 30 HSH pour trouver une infection à gonocoques ou à chlamydias.

Contact

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

Bibliographie

- <https://www.lovelife.ch/fr/hiv-co/centres-de-conseil-et-de-depistage/trouver-un-centre-de-conseil-et-de-depistage/>
- 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, p. 65
- The EMIS Network. EMIS 2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: ECDC; 2019

Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : www.listedesspecialites.ch

[] Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé

Valable à partir du 1^{er} octobre 2019

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuti- cals (CH) GmbH		
	20145	cpr pell 150 mg (nouv) 56 pce Fr. 20342.55 (19606.41)		62686001	01.01.2015, A
<p>KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR. Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie. L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit : désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.</p> <p>Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:</p> <p>a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l ou</p> <p>b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p> <p>Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si</p> <p>a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p>					
05.99		TAMSULOSIN MYLAN (Tamsulosini hydrochloridum)	Mylan Pharma GmbH		
G	20963	caps ret 0.400 mg blist 10 pce Fr. 9.55 (4.73)		58830010	01.10.2019, B
	20963	caps ret 0.400 mg blist 30 pce Fr. 20.05 (10.31)		58830011	01.10.2019, B
	20963	caps ret 0.400 mg blist 100 pce Fr. 55.50 (34.07)		58830012	01.10.2019, B
06.01.10		ESPEROCT (Turoctocogum alfa pegolum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20921	subst sèche 500 UI c solv flac 1 pce Fr. 527.90 (475.00)		67156001	01.10.2019, B
	20921	subst sèche 1000 UI c solv flac 1 pce Fr. 1014.75 (950.00)		67156002	01.10.2019, B
	20921	subst sèche 1500 UI c solv flac 1 pce Fr. 1501.65 (1425.00)		67156003	01.10.2019, B
	20921	subst sèche 2000 UI c solv flac 1 pce Fr. 1988.50 (1900.00)		67156004	01.10.2019, B
	20921	subst sèche 3000 UI c solv flac 1 pce Fr. 2962.25 (2850.00)		67156005	01.10.2019, B

Calculations des prix pour préparations sanguines sur la base des prix « ex factory » plus une marge fixe de fr. 40.- à cause de la situation particulière de distribution (pratiquement pas de commerce de grossiste et détailliste) plus la TVA. Cette calcul n'est pas valable pour l'albumine humaine.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.01.10		MILUPA APTAMIL PEPTI SYNEO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae)	Milupa SA		
	20919	pdr bte 400 g Fr. 27.30 (14.80)			01.10.2019
Les préparations mentionnées ne doivent être prescrites que pour des nourrissons jusqu'à 12 mois.					
07.12 G		EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC (Simvastatinum, Ezetimibum)	Spirig HealthCare AG		
	20971	cpr 10/10 mg blist 30 pce Fr. 35.75 (16.86)		66233009	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/10 mg blist 100 pce Fr. 80.75 (56.06)		66233010	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/20 mg blist 30 pce Fr. 38.20 (19.00)		66233011	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/20 mg blist 100 pce Fr. 88.95 (63.18)		66233012	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/40 mg blist 30 pce Fr. 41.80 (22.14)		66233013	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/40 mg blist 100 pce Fr. 99.95 (72.77)		66233014	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/80 mg blist 30 pce Fr. 47.15 (26.80)		66233015	01.10.2019, B
	20971	cpr 10/80 mg blist 100 pce Fr. 118.90 (89.30)		66233016	01.10.2019, B
07.12 G		ÉZÉTIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM (Simvastatinum, Ezetimibum)	Axapharm AG		
	20976	cpr 10/10 mg blist 28 pce Fr. 29.00 (14.56)		67250001	01.10.2019, B
	20976	cpr 10/10 mg blist 98 pce Fr. 74.75 (50.82)		67250002	01.10.2019, B
	20976	cpr 10/20 mg blist 28 pce Fr. 35.25 (16.40)		67250003	01.10.2019, B
	20976	cpr 10/20 mg blist 98 pce Fr. 82.15 (57.27)		67250004	01.10.2019, B
	20976	cpr 10/40 mg blist 28 pce Fr. 38.35 (19.11)		67250005	01.10.2019, B
	20976	cpr 10/40 mg blist 98 pce Fr. 92.15 (65.97)		67250006	01.10.2019, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ (Simvastatinum, Ezetimibum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20711	cpr 10/10 mg 28 pce Fr. 34.45 (15.74)		66234001	01.10.2019, B
	20711	cpr 10/10 mg 98 pce Fr. 79.45 (54.94)		66234002	01.10.2019, B
	20711	cpr 10/20 mg 28 pce Fr. 36.75 (17.73)		66234003	01.10.2019, B
	20711	cpr 10/20 mg 98 pce Fr. 87.45 (61.91)		66234004	01.10.2019, B
	20711	cpr 10/40 mg 28 pce Fr. 40.10 (20.66)		66234005	01.10.2019, B
	20711	cpr 10/40 mg 98 pce Fr. 98.30 (71.32)		66234006	01.10.2019, B
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA (Simvastatinum, Ezetimibum)	Helvepharm AG		
	20967	cpr 10/10 mg blist 28 pce Fr. 34.45 (15.74)		67242001	01.10.2019, B
	20967	cpr 10/10 mg blist 98 pce Fr. 79.45 (54.94)		67242002	01.10.2019, B
	20967	cpr 10/20 mg blist 28 pce Fr. 36.75 (17.73)		67242003	01.10.2019, B
	20967	cpr 10/20 mg blist 98 pce Fr. 87.45 (61.91)		67242004	01.10.2019, B
	20967	cpr 10/40 mg blist 28 pce Fr. 40.10 (20.66)		67242005	01.10.2019, B
	20967	cpr 10/40 mg blist 98 pce Fr. 98.30 (71.32)		67242006	01.10.2019, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12 G		EZETIMIB SIMVASTATIN MEPHA (Simvastatinum, Ezetimibum)	Mepha Pharma AG		
	20762	cpr 10/10 mg bte 28 pce Fr. 34.45 (15.74)		66166001	01.10.2019, B
	20762	cpr 10/10 mg bte 98 pce Fr. 79.45 (54.94)		66166002	01.10.2019, B
	20762	cpr 10/20 mg bte 28 pce Fr. 36.75 (17.73)		66166003	01.10.2019, B
	20762	cpr 10/20 mg bte 98 pce Fr. 87.45 (61.91)		66166004	01.10.2019, B
	20762	cpr 10/40 mg bte 28 pce Fr. 40.10 (20.66)		66166005	01.10.2019, B
	20762	cpr 10/40 mg bte 98 pce Fr. 98.30 (71.32)		66166006	01.10.2019, B

07.12		PRALUENT (Alirocumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20487	sol inj 75 mg/ml stylo pré-rempli 2 pce Fr. 558.75 (472.44)		65882002	01.07.2017, B
	20487	sol inj 150 mg/ml stylo pré-rempli 2 pce Fr. 558.75 (472.44)		65882005	01.07.2017, B

Après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Praluent est remboursé en complément d'un régime alimentaire et d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C, pour le traitement:

- Des patients adultes avec hypercholestérolémie familiale sévère et présentant une valeur de LDL-C > 5 mmol/l en prévention primaire ou une valeur de LDL-C > 4.5 mmol/l chez les patients présentant au moins l'un des facteurs de risque additionnels suivants: diabète sucré, valeur de lipoprotéine (a) > 50 mg/dL, hypertension artérielle fortement élevée, antécédent familial de maladie athérosclérotique clinique précoce ASCVD (soit < 55 ans chez les hommes et < 60 ans chez les femmes) ou;

- Des patients adultes avec maladie cardiovasculaire athérosclérotique cliniquement manifeste en prévention secondaire et une valeur de LDL-C > 3.5 mmol/l ou pour les patients avec une maladie cardiovasculaire athérosclérotique cliniquement manifeste et progressive (définie par la survenue d'un nouveau syndrome coronarien aigu, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral, ou d'une autre revascularisation coronaire non prévue dans les 5 ans suivant un premier événement cardiovasculaire) avec une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l.

Praluent est uniquement remboursé lorsqu'une réduction supplémentaire du LDL-C est médicalement indiquée en raison d'un risque cardiovasculaire très élevé, à savoir:

- lorsqu'à l'issue d'une thérapie intensive d'au moins 3 mois à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C et comportant au moins deux statines différentes avec ou sans ézetimibe (ou ézetimibe avec ou sans autre médicament hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines) les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pu être atteintes et

- lorsque la tension artérielle est contrôlée et
- lorsque la glycémie est contrôlée avec un taux d'HbA1c inférieur à 7.5% et
- lorsqu'une abstinence à la nicotine est recherchée.

Une intolérance aux statines est attestée quand:

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatine kinase d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en Angiologie, Diabétologie / Endocrinologie, Cardiologie, Néphrologie, Neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste de ces experts est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>

La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.8mmol/l a été atteinte.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12		REPATHA (Evolocumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20427	sol inj 140 mg/ml stylo 1 pce Fr. 233.35 (188.96)		65622001	01.06.2017, B
	20427	sol inj 140 mg/ml stylo 2 pce Fr. 450.25 (377.92)		65622002	01.06.2017, B

Après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Repatha est remboursé en complément d'un régime alimentaire et d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C.

En prévention secondaire, après un événement cardiovasculaire ischémique cliniquement manifeste d'origine athérosclérotique et avec une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l chez :

- les patients adultes avec hypercholestérolémie,
- les patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote,
- les patients adultes et adolescents à partir de 12 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote.

En prévention primaire, uniquement chez les patients à haut risque :

- Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l,
- Patients adultes et adolescents à partir de 12 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l,
- Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 4.5 mmol/l et au moins l'un des facteurs de risque additionnels suivants : diabète sucré, valeur de lipoprotéine (a) > 50 mg/dl (respectivement 120 nmol/L), hypertension artérielle fortement élevée.

Repatha est uniquement remboursé lorsqu'une réduction supplémentaire du LDL-C est médicalement indiquée en raison d'un risque cardiovasculaire très élevé, à savoir :

- lorsqu'à l'issue d'une thérapie intensive d'au moins 3 mois à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C et comportant au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre médicament hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines) les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pu être atteintes et
- lorsque la pression artérielle est contrôlée et lorsque le contrôle de la glycémie avec un taux d'HbA1c inférieur à 8% et une abstinence à la nicotine sont recherchés.

Une intolérance aux statines est attestée quand :

- une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou
- à une augmentation de la créatine kinase d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou
- une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste de ces experts est disponible à l'adresse suivante : <http://www.bag.admin.ch/lis-ref>

La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.8 mmol/l a été atteinte (hypercholestérolémie familiale homozygote exclue).

Amgen AG rembourse à l'assureur-maladie chez lequel la personne était assurée au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrication pour chaque boîte de Repatha achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		BENDAMUSTIN ACCORD (Bendamustini hydrochloridum)	Accord Healthcare AG		
G	20972	subst sèche 25 mg flac 1 pce Fr. 102.90 (75.35)		67461001	01.10.2019, A
	20972	subst sèche 25 mg flac 1 pce Fr. 102.90 (75.35)		67461001	01.10.2019, A
	20972	subst sèche 25 mg flac 5 pce Fr. 375.95 (313.20)		67461002	01.10.2019, A
	20972	subst sèche 25 mg flac 5 pce Fr. 375.95 (313.20)		67461002	01.10.2019, A
	20972	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 296.45 (243.95)		67461003	01.10.2019, A
	20972	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 296.45 (243.95)		67461003	01.10.2019, A

Traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) à cellules B. Le traitement de première intention avec RIBOMUSTIN ne doit être initié que chez des patients qui sont déjà à un stade avancé de la maladie, c'est-à-dire aux stades B ou C de la classification de Binet, accompagné de symptômes liés à la maladie ou de signes d'une progression de la maladie.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		BENDAMUSTINE SANDOZ (Bendamustini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20970	subst sèche 25 mg flac 1 pce Fr. 102.90 (75.37)		67412001	01.10.2019, A
	20970	subst sèche 25 mg flac 1 pce Fr. 102.90 (75.37)		67412001	01.10.2019, A
	20970	subst sèche 25 mg flac 5 pce Fr. 375.95 (313.21)		67412002	01.10.2019, A
	20970	subst sèche 25 mg flac 5 pce Fr. 375.95 (313.21)		67412002	01.10.2019, A
	20970	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 296.45 (243.96)		67412005	01.10.2019, A
	20970	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 296.45 (243.96)		67412005	01.10.2019, A

Traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) à cellules B. Le traitement de première intention avec RIBOMUSTIN ne doit être initié que chez des patients qui sont déjà à un stade avancé de la maladie, c'est-à-dire aux stades B ou C de la classification de Binet, accompagné de symptômes liés à la maladie ou de signes d'une progression de la maladie.

07.16.10		ONCASPAR (Pegaspargasum)	Servier (Suisse) SA		
	20920	subst sèche 3750 UI flac 1 pce Fr. 1884.50 (1662.17)		66934001	01.10.2019, A

Oncaspar est indiqué en association à d'autres agents antinéoplasiques pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë (LLA).

07.16.10		STIVARGA (Regorafenibum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20050	cpr pell 40 mg 84 pce Fr. 3528.05 (3202.02)		62808002	01.06.2013, A

Limitation valide pour toutes les indications (CCR, GIST et CHC)

Stivarga n'est remboursé dans toutes ses indications qu'après obtention d'une garantie de prise en charge des coûts par la caisse-maladie, faisant suite à une consultation préalable du médecin-conseil.

Pour toutes les indications, en cas d'arrêt définitif du traitement dû à des effets indésirables liés à STIVARGA survenus au cours des 21 jours suivant le début du traitement, Bayer (Schweiz) AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Ces interruptions de traitement doivent être annoncées par le médecin traitant à l'assureur-maladie immédiatement et de façon informelle, par ex. au moyen de la phrase « Je confirme par la présente l'interruption définitive du traitement par Stivarga dans les 21 jours suivant son instauration en raison d'effets indésirables liés au médicament ».

En cas de progression, le traitement par STIVARGA doit être interrompu pour toutes les indications.

Les critères de traitement suivants doivent être remplis pour toutes les indications:

- performance status ECOG 0 – 1
- fonction hépatique, fonction rénale et fonction de la moelle osseuse adéquate

Carcinome colorectal (CCR)

Traitement de patients souffrant d'un cancer colorectal métastatique qui ont déjà reçu une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, d'oxaliplatine et d'irinotécan, un traitement anti-VEGF et – chez les patients porteurs d'un gène RAS de type sauvage – un traitement anti-EGFR et répondant aux critères mentionnés ci-dessus valides pour toutes les indications.

Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)

Traitement de patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) avec métastases ou inopérables, traités auparavant avec deux inhibiteurs tyrosine-kinase (imatinib et sunitinib) et répondant, en plus des critères mentionnés ci-dessus valides pour toutes les indications, au critère suivant:

- au moins une nouvelle lésion GIST mesurable (>2cm) avec CT ou MRI

Carcinome hépatocellulaire (CHC)

Traitement de patients souffrant d'un carcinome hépatocellulaire traités auparavant par le sorafénib et répondant, en plus des critères mentionnés ci-dessus valides pour toutes les indications, aux critères suivants:

- progression radiologique documentée au cours d'un traitement antérieur par le sorafénib
- tolérance au traitement antérieur par le sorafénib
- en présence d'une cirrhose hépatique, uniquement si la fonction hépatique est conservée (max. Child Pugh A)

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		TRAZIMERA (Trastuzumabum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	20966	subst sèche 150 mg flac 1 pce Fr. 562.45 (475.67)		66975001	01.10.2019, A
	20966	subst sèche 440 mg c solv flac 1 pce Fr. 1586.75 (1390.68)		66975002	01.10.2019, A

08.03		EPCLUSA (Sofosbuvirum, Velpatasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20566	cpr pell 400/100 28 pce Fr. 10317.40 (9825.75)		66095001	01.01.2017, A

Pour le traitement des adultes atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 à 6 ainsi qu'en association à la ribavirine pour le traitement des patients atteints d'HCC de génotype 3 avec cirrhose compensée et des patients atteints d'HCC de génotype 1 à 6 avec cirrhose décompensée.

La durée maximale du remboursement est limitée de la manière suivante :

- patients sans cirrhose : 12 semaines
- patients avec cirrhose compensée (le cas échéant en association à la ribavirine chez les patients avec HCC de génotype 3) : 12 semaines
- patients avec cirrhose décompensée en association à la ribavirine : 12 semaines

La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre d'hépatologue, ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante : <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>.

08.03		HARVONI (Sofosbuvirum, Ledipasvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20308	cpr pell 90/400 28 pce Fr. 14631.30 (14034.42)		65331001	01.02.2015, A

Pour le traitement de l'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 chez l'adulte.

La durée maximale du remboursement est limitée de la manière suivante :

- patients naïfs de tout traitement, sans cirrhose, avec charge virale < 6 millions U.I./ml avant le traitement : 8 semaines ;
- patients naïfs de tout traitement, sans cirrhose, avec charge virale = 6 millions U.I./ml avant le traitement : 12 semaines ;
- patients naïfs de tout traitement avec cirrhose : 12 semaines ;
- patients pré-traités sans cirrhose : 12 semaines ;
- patients pré-traités avec cirrhose : 12 semaines ;
- patients après transplantation hépatique, sans cirrhose ou à cirrhose compensée : Harvoni + ribavirine pendant 12 semaines ;
- patients à cirrhose décompensée, indépendamment du statut de transplantation : Harvoni + ribavirine pendant 12 semaines.

Dans le cas d'un traitement de 12 semaines par Harvoni, Gilead Sciences Suisse Sàrl remboursera, sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée à la date de la délivrance du médicament, le prix de fabrique de la troisième boîte du médicament – soit CHF 14'034.42 – si son administration au patient est établie. Un remboursement de la TVA en plus de la somme susmentionnée est exclu. La demande de remboursement doit normalement être soumise dans les 3 mois suivant l'administration du médicament.

La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre d'hépatologue, ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante : <http://www.bag.admin.ch/lr-ref>.

Les thérapies combinées avec d'autres médicaments contre l'hépatite C ne sont pas remboursées.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
08.08		VAXELIS (Polysaccharida haemophili influenzae typus B conjugata cum proteino neisseriae meningitidis B, Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg, Toxoidum pertussis)	Future Health Pharma GmbH		
	20932	susp inj ser pré 0.500 ml Fr. 75.10 (51.14)		66940001	01.10.2019, B

L'article 12a de l'OPAS règle la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des vaccins pour les mesures médicales de prévention. Les conditions de remboursement de ces vaccins sont énoncées de manière exhaustive aux lettres a à m de cet article.

Les prix des vaccins sont des prix maximum (art. 52, 3ème al, LAMal). Ils ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (p. ex. à celles effectuées par les services médicaux dans les écoles). Sont applicables pour ces cas, les tarifs fixés par convention entre les assureurs et les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités compétentes.

Pour les vaccinations en série contre l'hépatite B pour les enfants et les jeunes, le prix est de Fr. 19.80 pour une dose à condition d'une commande minimale de 100 doses à l'adresse d'un destinataire.

Si le vaccin est obtenu au prix de série susmentionné, le médecin ne peut pas le facturer au prix par unité (= prix publique) de la LS. Cela équivaudrait à éluder manifestement l'article 56 alinéas 3 et 4 LAMal et serait considéré comme un abus de droit.

11.99		JETREA (Ocriplasminum)	mmpharm GmbH		
	20223	conc inj 0.5 mg/0.2 ml flac 0.500 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		63053001	01.07.2014, B
	20984	sol inj 0.375 mg/0.3 ml flac 0.300 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		66337001	01.10.2019, B

Après la garantie de prise en charge préalable de l'assureur-maladie, après consultation du médecin-conseil.

Pour le traitement de la traction vitréo-maculaire (TVM) symptomatique, fonctionnelle, avérée par OCT chez les adultes, indiqué pour la chirurgie, qui ne résout pas spontanément, notamment lorsque associé à un trou maculaire de diamètre plus petit ou égal à 400 µm et un diamètre d'adhérence vitréo-maculaire (AVM) plus petit ou égal à 750 µm, sans membrane épirétinienne (MER) dans la zone fovéolaire et la zone de la TVM, avérée par OCT.

Pour un traitement unique d'un œil, un traitement du deuxième œil est possible au plus tôt après 28 jours suivant le traitement du premier œil.

11.99		OZURDEX INTRAVITRÉEN (Dexamethasonum)	Allergan AG		
	19470	implant dans applicateur 1 pce Fr. 1382.00 (1204.02)		60324001	01.01.2012, A

Œdème maculaire après occlusion de la branche veineuse ou centrale de la rétine

L'utilisation est limitée à 2 applications d'implants. Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Uvéite

Administrations répétées en cas d'uvéite non infectieuse dans le segment postérieur chez les patients répondant à la thérapie après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Troubles de la vision en raison d'un œdème maculaire diabétique

Chez les patients pseudophaques ou ne répondant pas suffisamment à une thérapie sans corticostéroïdes, ou chez lesquels cette dernière est considérée non conforme. L'utilisation est limitée à 7 applications d'implants. Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.07.10 0	16046	LAMICTAL (Lamotriginum) cpr disp 5 mg fl 60 pce Fr. 7.35 (2.83)	GlaxoSmithKline AG	52853001	01.10.2019, B
02.05.10	20777	AIMOVIG (Erenumabum) sol inj 140 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml Fr. 616.20 (522.47)	Novartis Pharma Schweiz AG	66748003	01.10.2019, B

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence : au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence : au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie :

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois :

- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50%), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.

Contrôle après 6 mois :

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50 % par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Arrêt du traitement au bout d'un an :

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12		REPATHA (Evolocumabum)	Amgen Switzerland AG		
	20427	sol inj 140 mg/ml stylo 1 pce Fr. 233.35 (188.96)		65622001	01.10.2019, B
Après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.					
Repatha est remboursé en complément d'un régime alimentaire et d'une thérapie intensive à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C.					
En prévention secondaire, après un événement cardiovasculaire ischémique cliniquement manifeste d'origine athérosclérotique et avec une valeur de LDL-C > 2.6 mmol/l chez:					
<ul style="list-style-type: none"> • les patients adultes avec hypercholestérolémie, • les patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote, • les patients adultes et adolescents à partir de 12 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote. 					
En prévention primaire, uniquement chez les patients à haut risque:					
<ul style="list-style-type: none"> • Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l, • Patients adultes et adolescents à partir de 12 ans avec hypercholestérolémie familiale homozygote présentant une valeur de LDL-C > 5.0 mmol/l, • Patients adultes avec hypercholestérolémie familiale hétérozygote sévère présentant une valeur de LDL-C > 4.5 mmol/l et au moins l'un des facteurs de risque additionnels suivants: diabète sucré, valeur de lipoprotéine (a) > 50 mg/dl (respectivement 120 nmol/L), hypertension artérielle fortement élevée. 					
Repatha est uniquement remboursé lorsqu'une réduction supplémentaire du LDL-C est médicalement indiquée en raison d'un risque cardiovasculaire très élevé, à savoir:					
<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'à l'issue d'une thérapie intensive d'au moins 3 mois à la dose maximale tolérée visant à réduire le LDL-C et comportant au moins deux statines différentes avec ou sans ézétimibe (ou ézétimibe avec ou sans autre médicament hypolipémiant en cas d'intolérance aux statines) les valeurs de LDL-C ci-dessus n'ont pu être atteintes et • lorsque la pression artérielle est contrôlée et lorsque le contrôle de la glycémie avec un taux d'HbA1c inférieur à 8% et une abstinence à la nicotine sont recherchés. 					
Une intolérance aux statines est attestée quand:					
<ul style="list-style-type: none"> • une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou • à une augmentation de la créatine kinase d'au moins 5 fois la valeur normale supérieure ou • une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine. 					
Le diagnostic, la prescription initiale et les contrôles réguliers doivent être effectués par des médecins spécialistes FMH en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie, neurologie ou par des experts reconnus dans le domaine de l'hypercholestérolémie. La liste de ces experts est disponible à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/lis-ref					
La thérapie ne peut être poursuivie que lorsqu'un contrôle dans les 6 mois après le début du traitement a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1.8 mmol/l a été atteinte (hypercholestérolémie familiale homozygote exclue).					
Amgen AG rembourse à l'assureur-maladie chez lequel la personne était assurée au moment de l'achat, dès sa première demande, une part forfaitaire du prix de fabrique pour chaque boîte de Repatha achetée. L'assureur-maladie sera informé du montant pris en charge. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à compter de l'administration.					
14.01.13		ULTRAVIST 300 (Iopromidum)	Bayer (Schweiz) AG		
	15897	sol inj 300 mg fl 10 ml Fr. 16.60 (7.30)		46969001	01.10.2019, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
III. Préparations/emballages radiés					
01.06		CIPRALEX MELTZ (Escitalopramum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	19891	cpr orodisp 10 mg 12 pce Fr. 18.85 (9.28)		62184001	01.10.2019, B
	19891	cpr orodisp 10 mg 30 pce Fr. 39.80 (20.40)		62184002	01.10.2019, B
	19891	cpr orodisp 10 mg 60 pce Fr. 60.05 (38.03)		62184003	01.10.2019, B
	19891	cpr orodisp 20 mg 30 pce Fr. 60.05 (38.03)		62184004	01.10.2019, B
	19891	cpr orodisp 20 mg 60 pce Fr. 103.70 (76.05)		62184005	01.10.2019, B
07.02.50		CALCIMAGON D3 (Cholecalciferolum (Vitamin D3), Calcium ionisatum)	Takeda Pharma AG		
	16787	cpr croquer orange (nouv) 20 pce Fr. 8.90 (4.82)		53929040	01.10.2019, D
	16787	cpr croquer orange (nouv) 60 pce Fr. 23.05 (12.50)		53929041	01.10.2019, D
	16787	cpr croquer orange (nouv) 120 pce Fr. 40.65 (22.02)		53929042	01.10.2019, D
07.08.30		DUPHASTON (Dydrogesteronum)	BGP Products GmbH		
	10063	cpr 10 mg 28 pce Fr. 17.30 (7.92)		28079086	01.10.2019, B
07.16.10		ONCASPAR (Pegaspargasum)	Servier (Suisse) SA		
	20597	sol inj 750 UI/ml flac 5 ml Fr. 1884.50 (1662.17)		66178001	01.10.2019, A
08.01.60		ERYTHROCIN ES 500 (Erythromycinum)	Recordati AG		
	18770	cpr pell 500 mg 12 pce Fr. 14.40 (5.39)		47322057	01.10.2019, B
	18770	cpr pell 500 mg 24 pce Fr. 16.55 (7.28)		47322030	01.10.2019, B
08.01.60		KLACID ONE (Clarithromycinum)	Mylan Pharma GmbH		
	18020	cpr ret 500 mg 7 pce Fr. 25.30 (11.31)		56327002	01.10.2019, A
	18020	cpr ret 500 mg 14 pce Fr. 39.25 (19.90)		56327004	01.10.2019, A
08.03		HEPSERA (Adefovirum dipivoxilum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	17950	cpr pell 10 mg 30 pce Fr. 703.70 (598.67)		56309002	01.10.2019, A
08.08		TWINRIX 720/20 (Vaccinum hepatitis A inactivatum adsorbatum, Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg)	GlaxoSmithKline AG		
	18774	susp inj ser prè 1 ml Fr. 75.25 (51.28)		00592001	01.10.2019, B
11.06.20 G		AZELASTIN-COMOD (Azelastini hydrochloridum)	Ursapharm Schweiz GmbH		
	20470	gtt opht 0.500 mg/ml 10 ml Fr. 18.55 (9.00)		62881002	01.10.2019, B
11.09		ARTEOPTIC LA UD (Carteololi hydrochloridum)	Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma		
	17954	gtt opht 1 % 30 unidos 0.200 ml Fr. 20.00 (10.28)		56215002	01.10.2019, B
11.09 G		BRINZOLAMID MEPHA (Brinzolamidum)	Mepha Pharma AG		
	20511	susp opht 10 mg/ml 5 ml Fr. 26.55 (12.40)		65962001	01.10.2019, B
	20511	susp opht 10 mg/ml 3x 5 ml Fr. 52.70 (31.64)		65962002	01.10.2019, B

PRÉPARATION/Substances actives	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveaux prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
OZEMPIC DUALDOSE stylo pré 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	136.70	104.79
OZEMPIC FIXDOSE 2 stylo pré 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	136.70	104.79
IV.b. Comparaison des prix avec l'étranger					
JETREA flac 0.500 ml	mmpharm GmbH	119900	20223	3495.35	3170.08
IV.c. Mutation de prix normale					
CYRAMZA flac 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	20403	486.65	409.62
flac 1 pce			20403	2301.10	2042.03
REPATHA 2 pce	Amgen Switzerland AG	071200	20427	450.25	377.92
STIVARGA 84 pce	Bayer (Schweiz) AG	071610	20050	3528.05	3202.02
VERZENIOS 28 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	20839	1854.05	1634.40
28 pce			20839	1854.05	1634.40
28 pce			20839	1854.05	1634.40
28 pce			20839	1854.05	1634.40
IV.d. Mut. de prix après l'expiration du brevet					
FORSTEO Cartouche 2.4 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	079900	17985	448.85	376.71
TERROSA cartouche 2.4 ml	Gedeon Richter (Schweiz) AG	079900	20965	340.75	282.53
cartouche 2.4 ml			20965	340.75	282.53

PRÉPARATION/Substances actives	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveaux prix	nouveau ex-fact.
--------------------------------	--------------------	---------------	---------------	---------------	------------------

VI. Modifications de la limitation / de l'indication

AIMOVIG sol inj 70 mg/ml stylo pré-rempli 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	020510	20777	616.20	522.47
---	----------------------------	--------	-------	--------	--------

Vieille limitation :

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence : au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence : au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie :

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois :

- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50 %), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.

Contrôle après 6 mois :

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50 % par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Arrêt du traitement au bout d'un an :

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

À la demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au point de référence respectif, la société Novartis Pharma Schweiz AG rembourse, pour le traitement de patients recevant 140 mg d'AIMOVIG par mois, Fr. 522.47 pour deux solutions injectables à 70 mg en stylo pré-rempli AIMOVIG. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit généralement être effectuée au cours des 6 mois suivant la facturation.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2020 :

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une durée maximale de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence : au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence : au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique ou un anticonvulsivant ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie :

- Documentation de la durée du traitement et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AIMOVIG
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois du traitement par AIMOVIG

PRÉPARATION/Substances actives	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveaux prix	nouveau ex-fact.
Contrôle après 3 mois:					
- Le traitement par AIMOVIG 70 mg ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport au début du traitement par AIMOVIG 70 mg et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.					
- Si une réduction du nombre des jours de migraine est survenue après 3 mois, mais que cette réduction est insuffisante (réduction inférieure à 50 %), la dose peut être augmentée à AIMOVIG 140 mg par mois. Cette augmentation de dose doit être notifiée par écrit à l'assureur maladie.					
Contrôle après 6 mois:					
- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50 % par rapport au début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.					
- La réduction d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.					
Arrêt du traitement au bout d'un an:					
- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par AIMOVIG peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.					
En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'AIMOVIG, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.					
ARTEOPTIC LA	Bausch & Lomb Swiss AG	110900			
gtt opht 2 % Fl 3 ml			17741	17.50	8.11
gtt opht 2 % 3 Fl 3 ml			17741	40.20	20.73
gtt opht 2 % 30 Unidos 0.200 ml			17954	26.00	11.95
Nouvelle limitation:					
Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
ARTEOPTIC LA UD	Bausch & Lomb Swiss AG	110900			
gtt opht 2 % Fl 3 ml			17741	17.50	8.11
gtt opht 2 % 3 Fl 3 ml			17741	40.20	20.73
gtt opht 2 % 30 Unidos 0.200 ml			17954	26.00	11.95
Nouvelle limitation:					
Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					
BENDAMUSTIN SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071610			
subst sèche 25 mg flac 10 pce			0	0.00	0.00
subst sèche 25 mg flac 20 pce			0	0.00	0.00
subst sèche 100 mg flac 5 pce			0	0.00	0.00
Nouvelle limitation:					
Traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) à cellules B. Le traitement de première intention avec RIBOMUSTIN ne doit être initié que chez des patients qui sont déjà à un stade avancé de la maladie, c'est-à-dire aux stades B ou C de la classification de Binet, accompagné de symptômes liés à la maladie ou de signes d'une progression de la maladie.					
Traitement de première ligne du lymphome non hodgkinien folliculaire en association avec le rituximab pour au plus 6 cycles.					
Chez les patients avec lymphome non hodgkinien folliculaire en progression pendant ou dans les 6 mois suivant le traitement par rituximab ou un traitement comprenant du rituximab.					
CYRAMZA	Eli Lilly (Suisse) SA	071610			
Inf Konz 100 mg/10 ml flac 1 pce			20403	486.65	409.62
Inf Konz 500 mg/50 ml flac 1 pce			20403	2301.10	2042.03
Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.09.2021:					
En association avec FOLFIRI (irinotécan, 5-fluorouracile et acide folinique) chez les patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique (mCRC) ayant progressé durant ou après une chimiothérapie précédente avec bévacizumab, oxaliplatine et une fluoropyrimidine. Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.					
Pour chaque boîte de Cyramza achetée, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur. Elle informe l'assureur du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.					
TRANDATE	Aspen Pharma Schweiz GmbH	020300			
cpr 100 mg Ds 100 pce			13232	26.85	12.69
cpr 200 mg Ds 100 pce			13232	38.20	19.01
Nouvelle limitation:					
Uniquement pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.					

PRÉPARATION/Substances actives	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveaux prix	nouveau ex-fact.
VECTIBIX	Amgen Switzerland AG	071610			
Inf Konz 100 mg/5ml flac 5 ml			18910	577.65	488.88
Inf Konz 400 mg/20ml flac 20 ml			18910	2206.20	1955.52
Vielle limitation :					
Uniquement après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil :					
Pour le traitement des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique avec RAS wild-type :					
- en premier intention, en association avec FOLFOX ou FOLFIRI					
- en seconde intention, en association avec une chimiothérapie à base d'irinotécan					
- en monothérapie, après échec ou non applicabilité des protocoles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, oxaliplatine et irinotécan.					
En cas de progression, il convient d'interrompre le traitement par VECTIBIX.					
Nouvelle limitation :					
Uniquement après accord préalable de prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil :					
Pour le traitement des patients atteints d'un cancer colorectal métastatique avec RAS wild-type :					
- en premier intention, en association avec FOLFOX ou FOLFIRI					
- en seconde intention, en association avec une chimiothérapie à base d'irinotécan					
- en monothérapie, après échec ou non applicabilité des protocoles de chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, oxaliplatine et irinotécan.					
En cas de progression, il convient d'interrompre le traitement par VECTIBIX.					
VERZENIOS	Eli Lilly (Suisse) SA	071610			
cpr pell 50 mg 28 pce			20839	1854.05	1634.40
cpr pell 100 mg 28 pce			20839	1854.05	1634.40
cpr pell 150 mg 28 pce			20839	1854.05	1634.40
cpr pell 200 mg 28 pce			20839	1854.05	1634.40
cpr pell 50 mg 56 pce			20839	3589.25	3261.72
cpr pell 100 mg 56 pce			20839	3589.25	3261.72
cpr pell 150 mg 56 pce			20839	3589.25	3261.72
cpr pell 200 mg 56 pce			20839	3589.25	3261.72
Vielle limitation :					
Verzenios est indiqué pour le traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH) et négatif aux récepteurs du facteur de croissance épidermique humain 2 (HER2) :					
<ul style="list-style-type: none"> en association avec le fulvestrant en deuxième ligne, chez des femmes à un stade métastatique, lorsque que la thérapie endocrinienne a été initiée en première ligne à un stade métastatique. comme monothérapie après progression de la maladie lors d'une thérapie endocrinienne et un ou deux régimes de chimiothérapie au stade métastatique, lorsqu'une chimiothérapie n'est pas indiquée. 					
Chez les femmes en pré/périménopause, l'hormonothérapie doit être associée à un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (luteinizing hormone-releasing hormone, LH-RH).					
Aucune utilisation lors de progression après une thérapie avec un inhibiteur des kinases cycline-dépendantes (CDK) 4 et 6.					
Les patients devraient être traité jusqu'à une progression de la maladie.					
Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.09.2021 :					
Pour le traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH) et négatif aux récepteurs du facteur de croissance épidermique humain 2 (HER2) :					
<ul style="list-style-type: none"> en association avec un inhibiteur de l'aromatase en 1ère ligne, lorsqu'une monothérapie endocrinienne n'est pas indiquée pour des raisons justifiées. Ne pas utiliser en cas de crise viscérale. L'intervalle sans maladie après la fin du traitement endocrinienne néoadjuvante ou adjuvante doit être > 12 mois. en association avec le fulvestrant en première ligne, chez les femmes avec une récurrence pendant la thérapie endocrinienne néoadjuvante ou adjuvante ou dans les 12 mois après l'arrêt de la thérapie endocrinienne adjuvante. en association avec le fulvestrant en deuxième ligne, chez des femmes à un stade métastatique, lorsque que la thérapie endocrinienne a été initiée en première ligne à un stade métastatique. comme monothérapie après progression de la maladie lors d'une thérapie endocrinienne et un ou deux régimes de chimiothérapie au stade métastatique, lorsqu'une chimiothérapie n'est pas indiquée. 					
Chez les femmes en pré/périménopause, l'hormonothérapie doit être associée à un agoniste de l'hormone de libération de la lutéinostimuline (luteinizing hormone-releasing hormone, LHRH).					
Aucune utilisation lors de progression après une thérapie avec un inhibiteur des kinases cycline-dépendantes (CDK) 4 et 6.					
Les patients devraient être traité jusqu'à une progression de la maladie.					
Pour chaque boîte de Verzenios achetée, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la demande de l'assureur qui est alors informé du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.					

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Zurich		8162176

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

41/2019