



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 13 mars 2017

Semaine

OFSP-Bulletin 11/2017

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

Progression du chikungunya chez les touristes suisses, p. 10

Liste des spécialités, p. 20

Limitation de l'admission des médecins : nouvelle solution en préparation, p. 26

Impressum

EDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

ea Druck AG
Zürichstrasse 46
CH-8840 Einsiedeln
Téléphone 055 418 82 82

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Progression du chikungunya chez les touristes suisses	10
La febbre chikungunya in aumento tra i turisti svizzeri	15
Liste des spécialités	20
Limitation de l'admission des médecins : nouvelle solution en préparation	26
Vol d'ordonnances	27

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 09^e semaine (07.03.2017)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e La déclaration obligatoire d'infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2016.

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

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 09^e semaine^a

	Semaine 09			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive		1 0.60	4 2.50	6 0.90	12 1.90	14 2.20	111 1.30	99 1.20	110 1.30	18 1.20	24 1.70	29 2.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	142 88.30	350 217.60	766 476.30	1582 245.90	1264 196.50	3112 483.80	9581 114.60	3024 36.20	4938 59.00	6066 419.10	1827 126.20	4179 288.80
Légionellose	6 3.70	3 1.90	4 2.50	23 3.60	16 2.50	17 2.60	371 4.40	386 4.60	314 3.80	52 3.60	48 3.30	51 3.50
Méningocoques: maladie invasive			2 1.20	7 1.10	3 0.50	9 1.40	54 0.60	39 0.50	45 0.50	19 1.30	15 1.00	14 1.00
Pneumocoques: maladie invasive	33 20.50	24 14.90	34 21.10	137 21.30	95 14.80	116 18.00	949 11.40	841 10.10	800 9.60	316 21.80	207 14.30	240 16.60
Rougeole	2 1.20	1 0.60	1 0.60	25 3.90	1 0.20	4 0.60	111 1.30	32 0.40	19 0.20	43 3.00	3 0.20	7 0.50
Rubéole^c						1 0.20		1 0.01	6 0.07			3 0.20
Rubéole, materno-foetale^d												
Tuberculose	9 5.60	18 11.20	8 5.00	35 5.40	51 7.90	31 4.80	617 7.40	534 6.40	487 5.80	89 6.20	92 6.40	86 5.90
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	41 25.50	103 64.00	51 31.70	232 36.10	409 63.60	261 40.60	7261 86.80	7254 86.80	7274 87.00	830 57.40	1382 95.50	1011 69.80
Hépatite A	2 1.20		2 1.20	10 1.60	5 0.80	5 0.80	52 0.60	48 0.60	55 0.70	21 1.40	12 0.80	5 0.40
Infection à E. coli entérohémorragique	9 5.60	8 5.00	3 1.90	28 4.40	30 4.70	8 1.20	467 5.60	349 4.20	128 1.50	63 4.40	71 4.90	17 1.20
Listériose				3 0.50	3 0.50		45 0.50	54 0.60	81 1.00	6 0.40	12 0.80	10 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1 0.60	1 0.20	2 0.30	2 0.30	23 0.30	16 0.20	23 0.30	1 0.07	2 0.10	3 0.20
Salmonellose, autres	15 9.30	23 14.30	16 10.00	56 8.70	62 9.60	45 7.00	1503 18.00	1394 16.70	1208 14.40	156 10.80	161 11.10	120 8.30
Shigellose	6 3.70	2 1.20	5 3.10	15 2.30	16 2.50	12 1.90	161 1.90	210 2.50	139 1.70	26 1.80	51 3.50	21 1.40

	Semaine 09			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	143 88.90	259 161.10	191 118.80	774 120.30	884 137.40	794 123.40	10960 131.10	10412 124.50	9715 116.20	1883 130.10	1991 137.60	1665 115.00
Gonorrhée	42 26.10	51 31.70	31 19.30	195 30.30	177 27.50	153 23.80	2458 29.40	2028 24.20	1649 19.70	450 31.10	430 29.70	339 23.40
Hépatite B, aiguë					3 0.50		36 0.40	35 0.40	42 0.50	1 0.07	7 0.50	3 0.20
Hépatite B, total déclarations	9	29	26	85	132	87	1373	1478	1331	207	300	185
Hépatite C, aiguë		2 1.20	1 0.60		4 0.60	1 0.20	33 0.40	59 0.70	46 0.60	4 0.30	10 0.70	3 0.20
Hépatite C, total déclarations	5	32	41	98	133	138	1472	1477	1679	252	326	271
Infection à VIH	13 8.10	18 11.20	7 4.40	58 9.00	49 7.60	47 7.30	563 6.70	541 6.50	517 6.20	96 6.60	96 6.60	95 6.60
Sida				6 0.90	6 0.90	6 0.90	72 0.90	83 1.00	87 1.00	14 1.00	12 0.80	9 0.60
Syphilis	35 21.80	42 26.10	27 16.80	150 23.30	84 13.10	94 14.60	1249 14.90	1033 12.40	1102 13.20	282 19.50	184 12.70	195 13.50
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							8 0.10	1 0.01	3 0.04	1 0.07		
Chikungunya	1 0.60			1 0.20	3 0.50	2 0.30	26 0.30	42 0.50	82 1.00	2 0.10	9 0.60	6 0.40
Dengue	3 1.90	8 5.00	3 1.90	7 1.10	19 3.00	15 2.30	168 2.00	216 2.60	133 1.60	21 1.40	49 3.40	26 1.80
Encéphalite à tiques					1 0.20		200 2.40	123 1.50	112 1.30		2 0.10	
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 0.60			3 0.50	3 0.50	2 0.30	46 0.60	43 0.50	40 0.50	6 0.40	8 0.60	4 0.30
Infection à Hantavirus							3 0.04	1 0.01	2 0.02			1 0.07
Infection à virus Zika ^e		4 2.50		1 0.20	8 1.20		47 0.60	9 0.10		2 0.10	9 0.60	
Paludisme	9 5.60	7 4.40	4 2.50	25 3.90	21 3.30	23 3.60	325 3.90	422 5.00	319 3.80	56 3.90	49 3.40	48 3.30
Trichinellose								2 0.02				
Tularémie		1 0.60	1 0.60		3 0.50	2 0.30	53 0.60	51 0.60	40 0.50	4 0.30	5 0.40	4 0.30
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	2 0.02	1 0.01			
Diphthérie ^f							5 0.06	11 0.10	1 0.01		1 0.07	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					1 0.20	3 0.50	13 0.20	15 0.20	21 0.20	2 0.10	3 0.20	7 0.50
Tétanos								1 0.01				

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 03.03.2017 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	6		7		8		9		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	351	26.2	211	16.1	116	9.2	76	7.5	188.5	14.8
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	7	0.5	5	0.4	5	0.4	6	0.6	5.8	0.5
Piqûre de tiques	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Borréliose de Lyme	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Herpès zoster	3	0.2	6	0.5	6	0.5	6	0.6	5.3	0.5
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Médecins déclarants	144		144		139		116		135.8	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

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

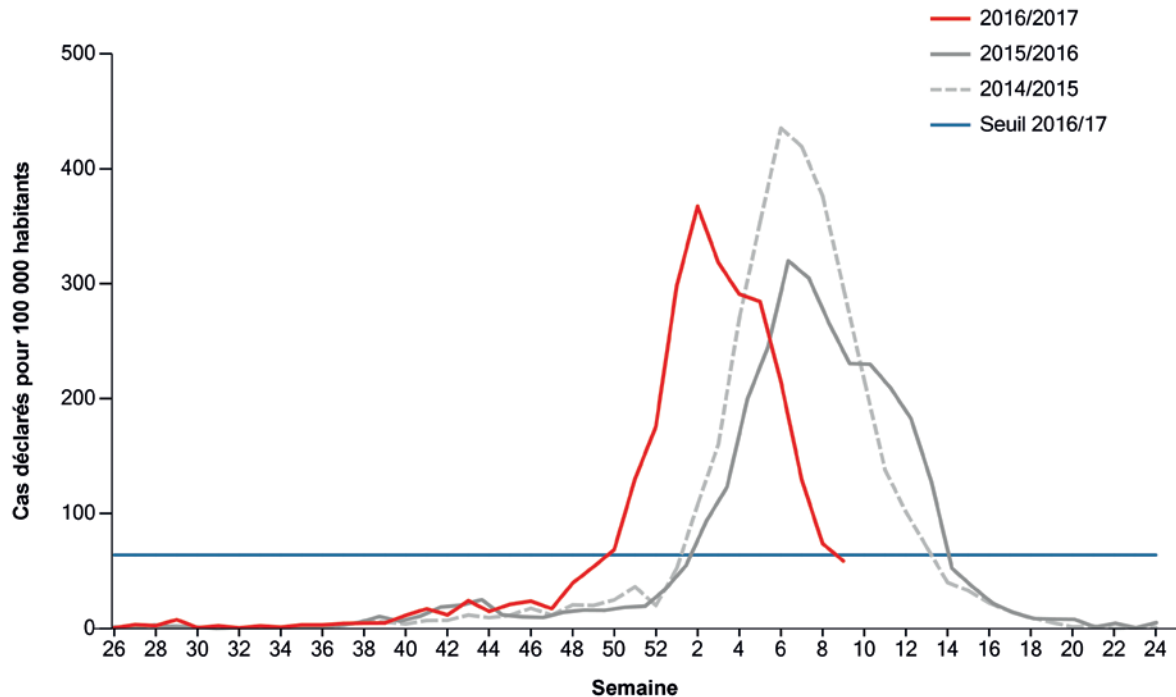
Après une vague de la grippe d'une durée de 11 semaines, l'incidence est à nouveau sous le seuil épidémique; l'épidémie d'affections grippales 2016/17 est ainsi terminée.

Semaine 9/2017 (état au 7.3.2017)

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement répandue. Durant la semaine 9/2017, 116 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 7,5 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la

population, ce taux correspond à une incidence de 59 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants. Pour la première fois depuis la semaine 50/2016, l'incidence est passée sous le seuil épidémique saisonnier de 64 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants ; l'épidémie d'affections grippales 2016/17 est ainsi terminée. Elle s'est étendue sur 11 semaines, atteignant son pic durant la semaine 2/2017, avec une incidence de 368 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants (Figure 1).

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



L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans (Tableau 1). La propagation de la grippe était sporadique dans les régions 1, 3 et 4, et répandue dans les régions 2, 5 et 6 (Figure 2, Encadré). L'incidence pour la région 6 (GR, TI) n'est pas interprétable à cause des vacances dans les deux cantons concernés.

Une vague grippale peut parfois causer dans la population une mortalité plus élevée que d'habitude pendant les mois d'hiver.

Tableau 1:
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 09/2017

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	107	-
5-14 ans	21	-
15-29 ans	85	-
30-64 ans	59	-
≥65 ans	39	-
Suisse	59	-

Tableau 2:
Virus Influenza circulant en Suisse

Fréquence des types, sous-types et lignages d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées, et couverture par les vaccins 2016/17

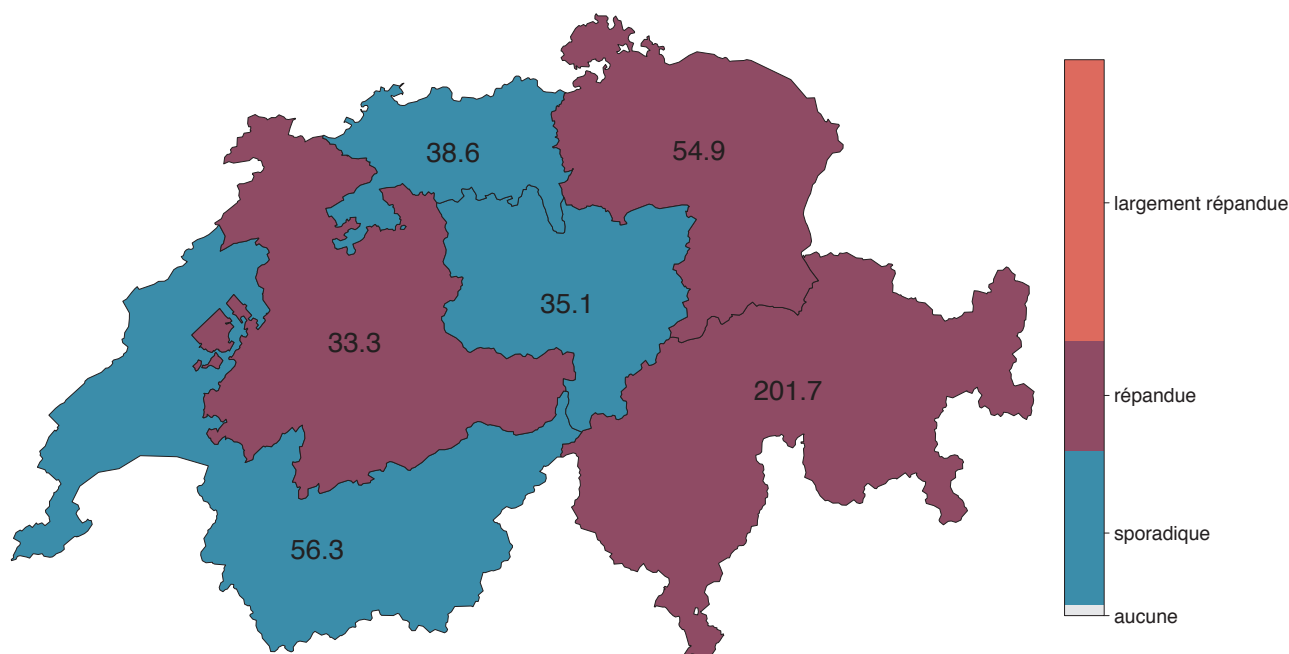
	Semaine 09/2017*	Semaines cumulées 2016/17	Couverture par les vaccins*	
Part d'échantillons positifs	33 %	51 %	96 %	97 %
Nombre d'échantillons testés	27	920		
B Victoria	0 %	<1 %	100 %	100 %
B Yamagata	0 %	2 %	0 %	100 %
B non sous-typé	11 %	1 %		
A(H3N2)	0 %	94 %	97 %	97 %
A(H1N1)pdm09	0 %	1 %	100 %	100 %
A non sous-typé	89 %	2 %		

▲ Couvert par le vaccin trivalent 2016/17

■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2016/17

* Données provisoires

Figure 2
Incidence des consultations pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 06/2017



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

Cet « excès de mortalité » a été observé pendant les semaines 52/2016 à 6/2017 dans la classe d'âge des ≥ 65 ans [1].

Durant la semaine 9/2017, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence des virus Influenza A dans 8 et Influenza B un des 27 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella (Tableau 2).

Dans des échantillons prélevés par les médecins Sentinella, le CNRI a mis en évidence par inhibition de l'hémagglutination les virus suivants :

- Influenza A/Slovenia/3188/2015;
- Influenza A/Hong Kong/4801/2014;
- Influenza A/Switzerland/9715293/2013;
- Influenza A/Texas/50/2012;
- Influenza B/Wisconsin/1/2010;
- Influenza B/Johannesburg/3964/2012.

A l'exception d'Influenza A/Texas/50/2012 trouvé à un seul exemplaire, tous les virus Influenza détectés étaient couverts par les vaccins 2016/17 (Tableau 2).

Situation internationale

En Europe, on a récemment observé une activité grippale haute, avec le pic de la vague atteint ou dépassé dans la plupart des pays [2]. De même, l'Amérique du Nord et l'Asie ont enregistré une activité haute avec le pic de la vague dépassé dans presque toutes les régions [3–6]. Influenza A(H3N2) était le sous-type le plus communément détecté dans l'hémisphère nord [2–6].

La surveillance sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

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

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

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

GLOSSAIRE

- Incidence :** Nombre de consultations pour affections grippales pour 100 000 habitants par semaine.
- Intensité :** Comparaison de l'incidence actuelle avec l'incidence historique. L'intensité est fournie seulement pendant l'épidémie. Elle se subdivise en quatre catégories : basse, moyenne, élevée et très élevée.
- Propagation :** La propagation se base :
- sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et
 - sur la mise en évidence de virus Influenza au CNRI dans les échantillons prélevés par les médecins Sentinella.
- Elle est classée dans les catégories suivantes: aucune, sporadique, répandue, largement répandue
- Seuil épidémique :** Niveau de l'incidence à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique. Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à 64 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2016/17.
- Tendance :** Comparaison du niveau d'intensité de la semaine actuelle à celui des deux semaines précédentes. La tendance n'est fournie qu'après le dépassement du seuil épidémique et se subdivise en trois catégories: ascendante, descendante et constante.

Références

1. Office fédéral de la statistique: Mortalité, causes de décès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html> (accessed on 7.3.2017)
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 7.3.2017).
3. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 7.3.2017).
4. Canada Rappports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 7.3.2017).
5. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 7.3.2017).
6. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 7.3.2017).

Prévention pendant la vague de grippe

Tant les personnes en bonne santé que les personnes atteintes de la grippe devraient suivre ces mesures de prévention et ces règles d'hygiène, qui permettent de réduire à la fois le risque de transmission et le risque d'infection.



Lavez-vous les mains.

Lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon plusieurs fois par jour.



Toussez et éternuez dans un mouchoir en papier.

Placez un mouchoir en papier devant la bouche et le nez pour tousser et éternuer. Après usage, jetez les mouchoirs en papier dans une poubelle et lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon.



Restez à la maison.

Si vous souffrez de symptômes grippaux, restez impérativement à la maison. Vous éviterez ainsi la propagation de la maladie. Restez à la maison jusqu'à la guérison complète de votre grippe. Attendez au moins un jour après la disparition de la fièvre avant de retourner à vos occupations habituelles.



Toussez et éternuez dans le creux du coude.

Si vous n'avez pas de mouchoir en papier sur vous, tousser et éternuez dans le creux du coude. Ce geste est plus hygiénique que de mettre la main devant la bouche. Si vous deviez toutefois utiliser les mains, lavez-les soigneusement avec de l'eau et du savon le plus rapidement possible.

Progression du chikungunya chez les touristes suisses

Personne ne s'attend à se retrouver cloué au lit après un séjour en République dominicaine ou en Floride. Pourtant, depuis quelques années, il existe un risque de ramener de ces régions une maladie appelée chikungunya [1]. Quelques cas de cette fièvre tropicale rare sont même déjà apparus en Europe. C'est pourquoi l'OFSP recommande aux voyageurs de s'informer avant leur départ de la situation actuelle dans le pays de destination. Par ailleurs, le corps médical doit être sensibilisé à cette thématique. La présente Epi-Notice passe en revue les cas recensés en Suisse depuis l'introduction de la déclaration obligatoire et informe sur les mesures préventives à mettre en œuvre.

Tableau clinique et voie de transmission

Le chikungunya est provoqué par le virus du même nom (*ChikV*). Il est transmis à l'homme par la piqûre de moustiques femelles, principalement le moustique tigre (*Aedes albopictus*) et le moustique dit « fièvre jaune » (*Aedes aegypti*). Les symptômes apparaissent après une période d'incubation de 3 à 12 jours : rapide poussée de fièvre, ainsi que des douleurs articulaires typiquement localisées dans les articulations des mains, des pieds et des genoux. D'autres symptômes fréquents sont les douleurs musculaires, les éruptions cutanées, les céphalées et les saignements spontanés du nez ou des gencives. Ce sont les douleurs articulaires des membres, qui perdurent longtemps chez environ 10 à 50% des patients infectés, qui sont à l'origine du nom donné à la maladie : chikungunya signifie en langue Makonde (ethnie de Tanzanie) « celui qui marche tordu » [2,3]. Dans quelques cas rares, l'infection peut conduire à des phénomènes hémorragiques, voire avoir une issue fatale. Par ailleurs, pendant la grossesse, il existe un risque de transmission de la mère à l'enfant [3].

Situation mondiale

Le chikungunya a été décrit pour la première fois en 1952 en Tanzanie. Son aire de répartition géographique s'est ensuite

pendant longtemps limitée à l'Afrique de l'Ouest, l'Inde, l'Asie du Sud-Est, les Philippines et la Thaïlande, avec des épidémies régulières. Cependant, en 2004, le virus a été repéré pour la première fois sur différentes îles de l'Océan indien (Comores, Mayotte, Seychelles, Réunion et Maurice), où il a provoqué d'importantes épidémies en 2005 et 2006 [4]. En 2013, la maladie a gagné le continent américain : les premiers cas ont été signalés sur l'île caribéenne de Saint-Martin. Au cours des années qui ont suivi, le virus s'est propagé dans plus de 33 pays et régions

des Caraïbes, ainsi que d'Amérique du Sud, centrale et du Nord. A ce jour, environ 2 millions de cas ont été recensés sur le continent américain [5]. Une centaine de voyageurs suisses ont eux aussi été infectés sur ce continent.

Lieu d'infection

Depuis l'introduction de la déclaration obligatoire en 2008, 154 cas de chikungunya ont été signalés à l'OFSP. Plus de la moitié de ces cas (54%) sont apparus en 2014. La raison en est expliquée au graphique 1. Il montre clairement que

Graphique 1
Cas par continent de destination, par an, 2008 – 2015

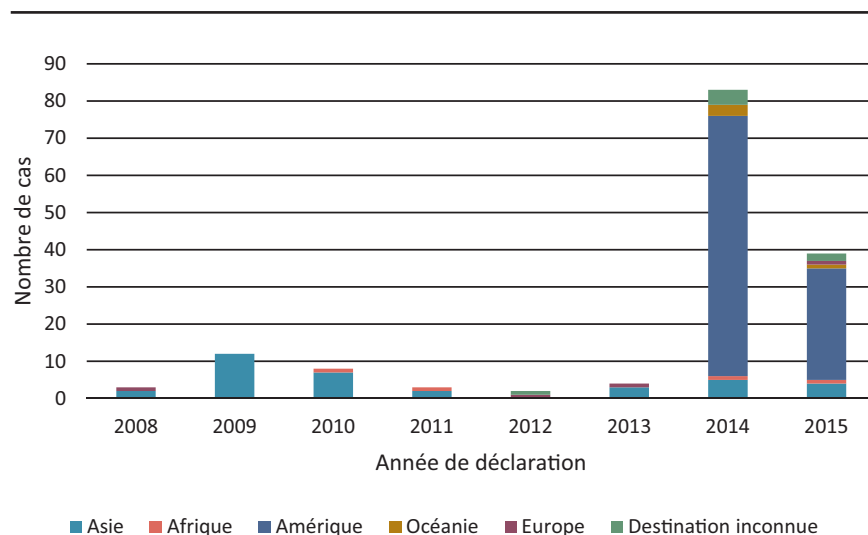


Tableau 1
Nombre de cas par continent et pays de destination par an (2008 – 2015) et total

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Amérique									
Amérique du Nord									
Amérique du Nord	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Caraïbes									
République dominicaine	0	0	0	0	0	0	39	1	40
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Autres	0	0	0	0	0	0	12	2	14
Amérique centrale									
Pays d'Amérique centrale	0	0	0	0	0	0	3	15	18
Amérique du Sud									
Colombie	0	0	0	0	0	0	5	5	10
Venezuela	0	0	0	0	0	0	4	2	6
Autres	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Asie									
Inde	1	1	2	2	0	1	4	2	13
Indonésie	0	1	4	0	0	1	1	0	7
Maldives	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Thaïlande	0	3	1	0	0	0	0	1	5
Autres	1	1	0	0	0	1	0	1	4
Europe									
France	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Italie	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Afrique									
Pays d'Afrique	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Océanie									
Pays d'Océanie	0	0	0	0	0	0	3	1	4
Destination inconnue									
Pays de destination inconnu	0	0	0	0	1	0	4	2	7
Total	3	12	8	3	2	4	83	39	154

la situation épidémiologique a changé en 2014. Jusqu'en 2013, seuls quelques voyageurs suisses avaient été infectés par le chikungunya. Toutefois, avec la propagation de la maladie outre-Atlantique, le nombre d'infections a brusquement augmenté.

Bien qu'une contamination ne soit possible sur le continent américain que depuis 2014, environ 65% des cas (100 personnes) sur l'ensemble de la

période de déclaration (2008–2015) ont contracté la maladie dans cette région du monde. Les autres infections ont eu lieu pour 23% en Asie (35 personnes), et pour 3% en Afrique, 3% en Océanie et 3% en Europe (4 personnes pour chacun de ces continents). Dans 5% des cas (7 personnes), la destination était inconnue.

Le tableau 1 montre que la plupart des personnes qui ont contracté le virus sur

le continent américain voyageaient dans les Caraïbes. Toutefois, des infections ont également eu lieu en Amérique du Nord, en Amérique centrale et en Amérique du Sud. Dans les Caraïbes, c'est la République dominicaine qui est le premier pays d'infection, avec 40 personnes. En Amérique centrale, c'est le Nicaragua qui est en tête, avec 6 cas d'infection. En Amérique du Sud, la plupart des malades ont été infectés

en Colombie (10 personnes). Seules deux personnes ont contracté la maladie après un voyage en Amérique du Nord, mais l'OFSP n'a pas connaissance de leur lieu d'exposition précis. Pour l'Asie, la majeure partie des infections ont été signalées après un voyage en Inde (13 personnes). Concernant l'Afrique, l'OFSP n'a recensé que 4 cas de voyageurs infectés, qui revenaient de 4 destinations différentes : Gabon, Cameroun, Nigéria et Madagascar. Pour l'Océanie, 4 cas ont été enregistrés : 2 personnes de retour de Polynésie française, une personne de retour de Tonga et une autre de Kiribati. Le tableau 1 donne davantage de détails sur les lieux d'infection présumés.

COMMENTAIRE SUR QUELQUES LIEUX D'INFECTION

République dominicaine

Le fait qu'un nombre aussi important de personnes aient été infectées en République dominicaine s'explique par deux aspects : d'une part, ce pays est une destination très prisée par les touristes suisses – même si l'OFSP n'a pas connaissance du nombre exact de voyages. D'autre part, l'épidémie de chikungunya de 2014 a pris des proportions considérables sur cette île des Caraïbes (plus de 500 000 suspicions de cas pour l'année 2014), avec pour conséquence un nombre important d'infections parmi les touristes [6].

Europe

Nous tenons à examiner de plus près les quatre cas de voyageurs qui ont contracté la maladie en Europe : une personne a probablement été infectée en Italie, et trois autres en France. Tous ces cas ont été diagnostiqués sur la base d'un taux d'IgM élevé, et un cas également sur la base d'une PCR. Toutes les personnes concernées souffraient de fièvres et de douleurs musculaires ou articulaires.

Le patient dont l'infection a été confirmée par PCR avait fait un voyage en Italie en 2008. L'OFSP ne connaît pas précisément les lieux visités. Une infection au chikungunya en Italie en 2008 semble plausible, car une épidémie a effectivement eu lieu dans ce pays en 2007, avec environ 200 cas recensés.

Des cas de transmission isolés pouvaient donc encore apparaître en 2008. Ce cas n'a pas fait l'objet de plus amples investigations.

Pour les trois autres personnes, chez qui l'infection a été diagnostiquée sur la base d'un taux unique élevé d'IgM, l'OFSP ne connaît la destination que dans un cas : Béziers, en région Languedoc-Roussillon (France). Cette ville est proche de Montpellier, où 11 cas autochtones ont été enregistrés en 2014. Cependant, c'est en 2013 que cette personne a séjourné dans la région. Et chez les deux autres personnes, qui ont probablement été infectées en France en 2012 et 2015, le lieu et la date d'infection sont également sujets à caution. En effet, au cours de ces deux années, aucun autre cas de transmission du chikungunya n'a été signalé en France. Pour l'évaluation des cas de chikungunya déclarés, l'OFSP se fonde généralement sur les résultats d'analyse, le tableau clinique et le lien épidémiologique. Cependant, ces quatre cas démontrent clairement que des investigations diagnostiques et épidémiologiques supplémentaires sont nécessaires lorsque le lieu d'infection supposé est inhabituel pour cette maladie. C'est pourquoi, désormais, dans les cas présentant une anamnèse de voyage inhabituelle, des investigations supplémentaires seront menées : l'OFSP demandera au médecin et/ou au labo-

ratoire d'envoyer l'échantillon au Centre national de référence pour les infections virales émergentes (CRIVE) à Genève, afin de confirmer le diagnostic.

Sexe et âge

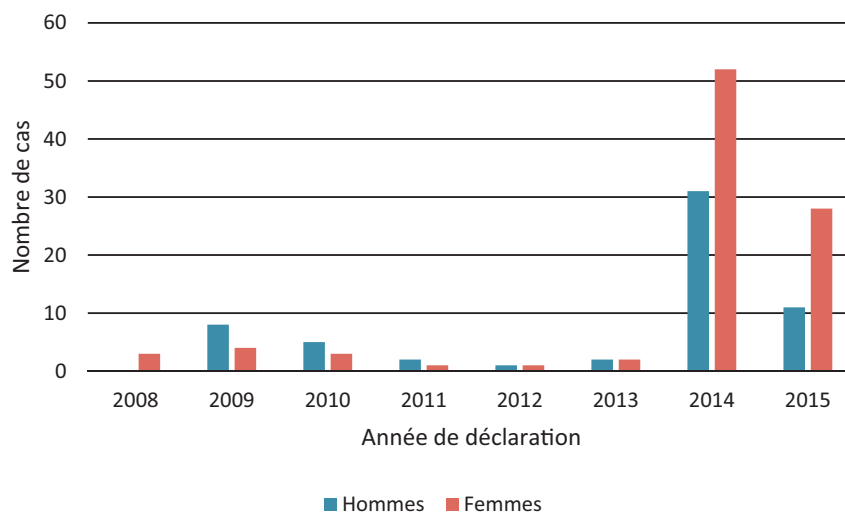
L'évolution de la répartition entre les sexes est intéressante : les hommes étaient plus nombreux que les femmes parmi les personnes qui ont contracté le chikungunya dans les années 2009 à 2011, mais ce rapport s'est inversé les années suivantes – à l'exception de l'année 2013, avec une répartition 50-50. Ce renversement s'est produit en même temps que l'augmentation des cas décrite plus haut, due à la propagation du virus en Amérique. Nous n'avons pas d'explication pour ce phénomène.

Chez les hommes comme chez les femmes, la plupart des infections ont eu lieu chez des individus âgés de 25 à 64 ans. C'est en effet le groupe d'âge qui voyage le plus. Les cas chez les enfants sont rares. On observe un pic d'infections, inexpliqué, chez les femmes âgées de 15 à 24 ans en 2014.

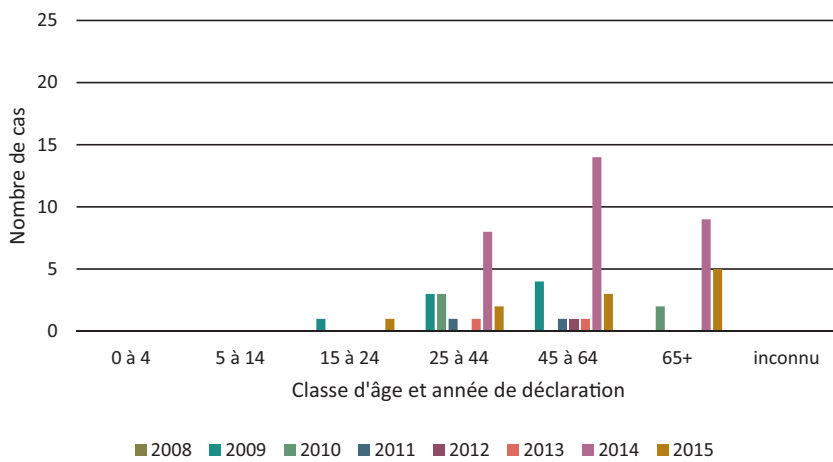
Aspects cliniques

Sur l'ensemble des cas déclarés (N=154), 13 personnes (8,4%) ont dû être hospitalisées et 2 autres (1%) ont développé une forme hémorragique de la maladie. Dans 67 cas (44%), le signe clinique a été une arthrite, dans

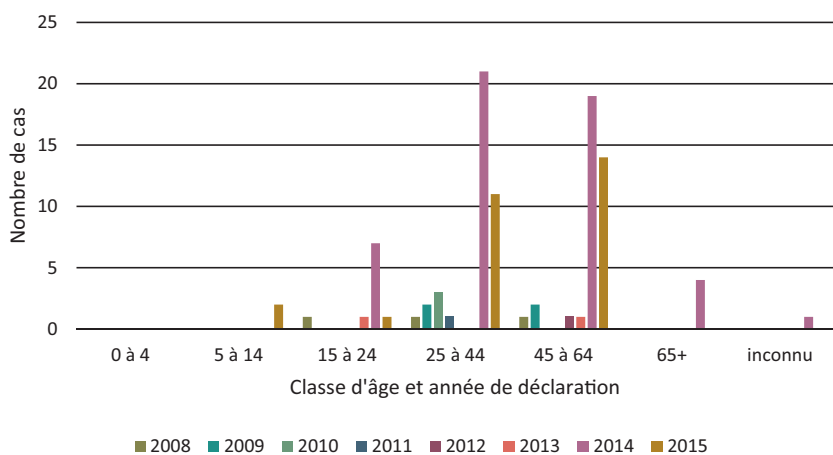
Graphique 2
Répartition entre les sexes, 2008 – 2015



Graphique 3

Nombre de cas chez les hommes, par année de déclaration et classe d'âge, 2008 – 2015

Graphique 4

Nombre de cas chez les femmes, par année de déclaration et classe d'âge, 2008 – 2015

57 cas (37%), une fièvre, dans 41 cas (27%), des douleurs musculaires, dans 38 cas (25%), un exanthème et dans 5 cas (3%), des céphalées. Dans 24 cas (16%), d'autres manifestations cliniques ont été signalées. Plusieurs signes cliniques pouvaient être mentionnés pour un même cas.

Propagation du chikungunya en Suisse?

La propagation du chikungunya a été suivie avec attention ces dernières années.

Il convient de distinguer entre deux types de propagation : dans le premier cas de figure, la maladie devient endémique dans une nouvelle région, lorsque le virus est intégré par les populations locales de moustiques et qu'un cycle de transmission parvient à s'installer. Cela se produit surtout dans les régions tropicales, où les espèces de moustiques susceptibles de devenir vecteurs de la maladie sont déjà implantées depuis longtemps en densité importante, et où d'autres facteurs sont présents, tels qu'une température élevée. Un exemple

de ce cas de figure est la propagation du chikungunya en République dominicaine en 2013–2014. Lorsque le virus est introduit dans des régions présentant ces caractéristiques, les nombres de cas peuvent rester élevés pendant plusieurs années. Ce n'est qu'après que la fréquence d'apparition dans la population a atteint un certain seuil qu'une certaine immunisation apparaît, et la courbe des nouveaux cas commence alors à baisser. Dans le deuxième type de propagation, la maladie apparaît de façon isolée dans de nouveaux lieux, dans des zones tempérées, sans devenir endémique. Cela se produit lorsque des moustiques *Aedes* s'implantent dans une région, sans que le cycle de transmission ne parvienne à se perpétuer. Dans le sud de la France, par exemple, 2 cas ont été enregistrés à Fréjus (près de Nice) en 2010, et 11 autres à Montpellier en 2014. Mais l'épidémie qui a suscité le plus d'attention dans ce contexte est celle qui s'est déclarée en Italie en 2007, près de Ravenne. Environ 200 cas ont alors été enregistrés. Les mesures de lutte contre l'épidémie ont permis d'éviter une progression plus importante en Italie et en France.

En 2003 un moustique tigre (*Aedes albopictus*) a été identifié pour la première fois en Suisse, au sud des Alpes, et cette espèce s'est implantée au Tessin malgré les mesures prises. On ne peut complètement exclure l'éventualité que ces moustiques, devenus endémiques dans cette région, se contaminent en prélevant le virus du chikungunya sur une personne revenant d'un voyage. Au Tessin, il existe donc un risque théorique de transmissions autochtones. Le groupe de travail sur les moustiques de la Haute école spécialisée SUPSI (*Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana*) surveille les moustiques tigres depuis plusieurs années au Tessin et définit des mesures pour contrer leur progression. Ces chercheurs ont une connaissance précise de la présence de l'insecte et procèdent à des analyses pour identifier d'éventuels porteurs du virus parmi la population de moustiques. Pour surveiller une éventuelle propagation du moustique tigre dans le reste de la Suisse et évaluer son ampleur, un programme de surveillance est également en place depuis 2013, le long des

Vue d'ensemble des mesures de prévention :

1. S'informer de la situation épidémiologique actuelle sur son lieu de destination. Pour cela, consulter le site de Safetravel: www.safetravel.ch. Les groupes à risque, comme les femmes enceintes, les enfants et les personnes âgées, doivent également consulter un médecin spécialiste des maladies tropicales.
2. Se protéger contre les piqûres de moustiques. Pour cela, il faut utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des sprays insecticides et des sprays répulsifs, et porter des vêtements couvrants et de couleur claire, éventuellement traités avec de l'insecticide. Pour tous ces produits, il convient de bien étudier la notice, car certains ne conviennent pas aux nourrissons et aux jeunes enfants. Comme les moustiques *Aedes* piquent également pendant la journée, il faut se protéger le jour comme la nuit. Les moustiques *Aedes* peuvent transmettre le chikungunya, mais également la dengue et le virus Zika.
3. D'une manière générale, toute personne qui contracte une fièvre après un retour de voyage doit consulter un médecin. Il est important que le médecin soit informé des expositions possibles pendant le voyage.
4. Bien que la probabilité d'une transmission du chikungunya ou de la dengue en Suisse soit infime, il faut quand même penser à ces maladies en présence de patients sans anamnèse de voyage dès lors qu'on soupçonne une possibilité de transmission autochtone au Tessin.
5. Le traitement du chikungunya se limite aux symptômes, car aucun médicament efficace n'existe contre le virus. Les troubles peuvent seulement être atténués grâce à des médicaments contre la fièvre et contre la douleur. La prise de médicaments qui fluidifient le sang, tels que l'aspirine, peut être dangereuse. Pour compenser une perte de liquide, l'OFSP recommande de bien s'hydrater.
6. Pour empêcher les transmissions locales, il est important que les personnes atteintes de chikungunya ou de la dengue, en particulier au Tessin, se protègent contre les piqûres de moustiques.
7. Enfin, il importe également de lutter contre la propagation et l'implantation des moustiques tigres. Au Tessin, en particulier, la population doit veiller à éviter tout point d'eau stagnante (pots, vieux pneus, récupérateurs d'eau de pluie, etc.). En effet, c'est à proximité de ces eaux stagnantes que le moustique tigre se reproduit pendant les mois d'été.

routes nationales et aux autres points d'introduction potentiels, tels que les ports et les aéroports. Cette surveillance est assurée par le *Swiss Tropical and Public Health Institute* (Swiss TPH) et l'école SUPSI, sur mandat de l'Office fédéral de l'environnement (OFEV). Jusqu'à présent, on a trouvé quelques œufs dans des pièges, ainsi que quelques individus adultes isolés. Comme le moustique tigre ne peut pas voler sur de longues distances, il voyage comme passager clandestin dans des voitures ou des camions. Les résultats des recherches ont prouvé que des moustiques tigres avaient bel et

bien été transportés de cette façon vers le nord. Mais ils ont aussi montré que l'espèce n'était pas parvenue à s'implanter au nord des Alpes.

Mesures préventives

A des fins d'évaluation de la situation épidémiologique et d'intervention rapide, la déclaration des cas de chikungunya est obligatoire en Suisse depuis 2008. En cas de positivité des tests de laboratoire, un formulaire doit être rempli pour déclarer les constatations cliniques. Comme le moustique tigre s'est largement implanté au Tessin et qu'une

intervention rapide pourrait s'avérer nécessaire dans cette région, le délai de déclaration est de 24 heures depuis 2016. Depuis cette année également, le nom et l'adresse complète du patient doivent être déclarés. Le service médical cantonal du Tessin est en contact étroit avec le groupe de travail chargé de la surveillance des moustiques de la Haute école spécialisée SUPSI, qui dispose des connaissances les plus précises sur la population de moustiques dans ce canton. Ces deux institutions peuvent décider conjointement de la nécessité de pulvériser de l'insecticide dans les environs immédiats du domicile d'un voyageur infecté, pour éradiquer les moustiques tigres. Il s'agit d'empêcher que les moustiques prélevés le virus sur la personne infectée et le transmettent à d'autres individus.

Mais la principale mesure pour lutter contre le chikungunya consiste à se protéger scrupuleusement contre les moustiques lors des voyages. Car il n'existe pas de vaccin contre cette maladie. L'encadré suivant récapitule les principales mesures de prévention pour les voyageurs et pour les habitants du Tessin.

References :

1. Centers for Disease Control and Prevention: Chikungunya Virus, Geographic Distribution, Chikungunya virus in the United States, 2014 data [15.02.2017]. Abrufbar unter: www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/2014table1_final.pdf
2. Heymann DJ, et al. Control of Communicable Diseases Manual. Chapter Arthropod-borne viral arthritis and rash, Chikungunya virus disease S. 40. 19th Edition. American Public Health Association. Washington, United States of America: 2008.
3. Blum JA, Hatz CF. Dengue- und Chikungunya-Fieber in der Allgemeinpraxis, Die zwölf wichtigsten Fragen. Schweiz Med Forum. 2009; 9 (35): 610–14.
4. Schuffenecker I, Itemen I, Michault A, Microevolution of chikungunya Virus Causing the Indian Ocean Outbreak. PLoS Med. 2006 May 23; 3(7): e263.
5. Chikungunya disease: gaps and opportunities in public health and research in the Americas. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(42):571–6. PMID: 26477060.
6. DIGEPI: Direccion General de Epidemiologia, Republica Dominicana, Ministerio de salud publica. Directorio Epidemiologico, Documentos, Vigilancia Epidemiologica, Alertas Epidemiologica, Fiebre de Chikungunya, Nacional, Boletines, Boletin Especial No. 9 [15.2.2017]. Abrufbar unter: digeprisalud.gob.do/

La febbre chikungunya in aumento tra i turisti svizzeri

Nessuno si aspetta di doversi ritrovare bloccato a letto dopo le proprie ferie nella Repubblica Dominicana o in Florida. Eppure, effettivamente, da un paio di anni sussiste il rischio di tornare a casa da queste destinazioni con la febbre chikungunya [1]. Alcuni sporadici casi di questa rara malattia tropicale si sono già anche manifestati in Europa. Pertanto, l'UFSP raccomanda ai viaggiatori di informarsi sulla situazione attuale presso le mete previste prima di recarsi in viaggio. Inoltre, occorre sensibilizzare il personale medico al riguardo. Il seguente report sull'epidemia riassume pertanto i casi registrati dall'inizio della dichiarazione obbligatoria in Svizzera e informa inoltre sulle possibili misure preventive da mettere in atto.

Clinica e modalità di trasmissione

La febbre chikungunya è provocata dall'omonimo virus (*ChikV*). La trasmissione avviene tramite la puntura delle zanzare femmine, prevalentemente le zanzare tigre (*Aedes albopictus*) e le zanzare della febbre gialla (*Aedes aegypti*). Dopo un periodo di incubazione che va dai 3 ai 12 giorni si manifestano i sintomi come l'improvviso e rapido aumento della febbre e dolori articolari, che colpiscono tipicamente le articolazioni delle mani e dei piedi così come le ginocchia. Spesso vengono descritti anche altri sintomi come dolori muscolari, eruzione cutanea, cefalea o sanguinamento spontaneo del naso o delle gengive. La condizione per cui l'infezione con il virus può portare in circa il 10–50% dei pazienti anche a dolori articolari protratti ha dato il nome alla malattia: chikungunya nella lingua dei Makonde – una popolazione che vive in Tanzania – significa «dall'andatura curva» [2,3]. In rari casi l'infezione porta a una manifestazione emorragica o ha un esito letale. In gravidanza è inoltre possibile la trasmissione dalla madre al feto [3].

Situazione mondiale

La febbre chikungunya è stata descritta per la prima volta in Tanzania nel 1952. Successivamente, l'area di diffusione geografica si limitò per diverso tempo all'Africa occidentale, all'India, all'Asia sud-orientale, alle Filippine e alla Thailan-

dia, dove si verificavano periodicamente delle epidemie. Tuttavia, il virus venne registrato per la prima volta nel 2004 in varie isole dell'Oceano Indiano (Comore, Mayotte, Seychelles, La Réunion e Mauritius) dove provocò importanti epidemie tra il 2005 e il 2006 [4]. Dal 2013 la patologia è diffusa anche nel continente americano, dove venne segnalata per la prima volta nell'isola caraibica di St. Martin e da dove nei successivi anni si diffuse il virus chikungunya in oltre 33 paesi e aree dei Caraibi, dell'America meridionale, centrale e settentrionale. Finora nel

continente americano sono stati identificati circa 2 milioni di casi [5]. Anche 100 turisti svizzeri sono stati contagiati in queste aree.

Luogo di infezione

Dall'introduzione dell'obbligo di segnalazione nel 2008, all'UFSP sono stati segnalati in tutto 154 casi di febbre chikungunya. Oltre la metà di questi casi (54%) si sono verificati nel 2014. La ragione di ciò è mostrata nel grafico 1, che illustra come la situazione epidemiologica sia cambiata nel 2014: fino

Grafico 1
Casi per continente visitato per anno, 2008 – 2015

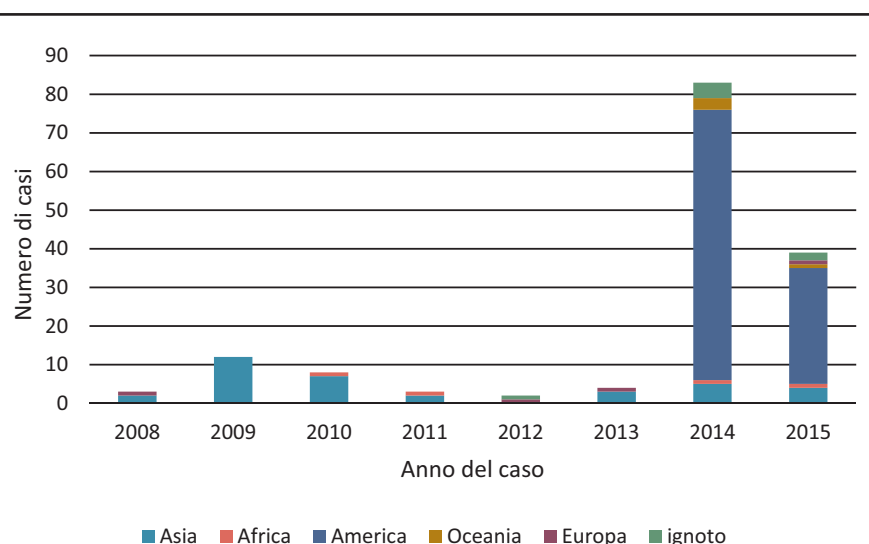


Tabella 1

Numero di casi per continente e meta di viaggio per anno (2008 – 2015) e in totale

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
America									
Nord America									
Nord America	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Caraibi									
Repubblica Dominicana	0	0	0	0	0	0	39	1	40
Guadalupa	0	0	0	0	0	0	6	0	6
Altro	0	0	0	0	0	0	12	2	14
America centrale									
Paesi dell'America centrale	0	0	0	0	0	0	3	15	18
Sud America									
Colombia	0	0	0	0	0	0	5	5	10
Venezuela	0	0	0	0	0	0	4	2	6
Altro	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Asia									
India	1	1	2	2	0	1	4	2	13
Indonesia	0	1	4	0	0	1	1	0	7
Maldiva	0	6	0	0	0	0	0	0	6
Thailandia	0	3	1	0	0	0	0	1	5
Altro	1	1	0	0	0	1	0	1	4
Europa									
Francia	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Italia	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Africa									
Paesi dell'Africa	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Oceania									
Paesi dell'Oceania	0	0	0	0	0	0	3	1	4
Meta di viaggio sconosciuta									
Paese meta di viaggio sconosciuto	0	0	0	0	1	0	4	2	7
Totale	3	12	8	3	2	4	83	39	154

al 2013 solo pochi viaggiatori svizzeri hanno contratto la febbre chikungunya. Con la diffusione della malattia nel Nuovo Mondo, il numero di contagi tuttavia è aumentato esponenzialmente.

Sebbene nel continente americano sia possibile contrarre la malattia solo dal 2014, nel corso dell'intero periodo di segnalazione dal 2008 al 2015 circa il 65% di tutti i casi (100 persone) si sono infettati in questa regione. Il resto dei

contagi è avvenuto per il 23% (35 persone) in Asia e rispettivamente per il 3% (4 persone) in Africa, Oceania ed Europa. Nel 5% dei casi (7 persone) la destinazione del viaggio è sconosciuta.

La tabella 1 mostra che la maggior parte delle persone che hanno contratto il virus nel continente americano erano nei Caraibi. Tuttavia, si sono verificate infezioni anche nell'America meridiona-

le, centrale e settentrionale. Nei Caraibi, la Repubblica Dominicana è stata il primo luogo di contagio, con 40 persone. In vetta nell'America centrale troviamo il Nicaragua, con 6 contagi. Nel Sud America le persone hanno contratto il virus perlopiù in Colombia (10 persone). Solo due persone si sono ammalate dopo un viaggio in Nord America, al riguardo delle quali l'UFSP non possiede informazioni sull'esatto luogo di esposi-

zione. Per l'Asia la maggior parte delle infezioni è stata segnalata nei viaggi in India (13 persone). Dall'Africa l'UFSP ha registrato in tutto solo 4 casi, rispettivamente dopo i loro viaggi in Gabon, Camerun, Nigeria e Madagascar. Dall'Oceania sono stati registrati solo 4 casi: 2 persone dalla Polinesia francese, una da Tonga e una dalle Kiribati. Ulteriori dettagli sui presunti luoghi di infezione sono riportati nella tabella 1.

COMMENTO SUI LUOGHI DI INFEZIONE SELEZIONATI

Repubblica Dominicana

Il fatto che così tante persone si siano ammalate nella Repubblica Dominicana da un lato è riconducibile al fatto che questo paese è una meta di viaggio molto popolare tra gli svizzeri. L'UFSP non ha tuttavia informazioni sul numero di viaggi. Un ulteriore motivo per l'elevato numero di casi in questa meta di viaggio potrebbe però anche essere che l'insorgenza della febbre chikungunya nel 2014 raggiunse un'enorme portata (oltre 500 000 casi sospetti per il 2014) su questa isola caraibica, provocando così un numero particolarmente elevato di infezioni tra i turisti [6].

Europa

Desideriamo approfondire in modo particolare i quattro casi di persone che sono state contagiate durante un viaggio in Europa: una persona ha contratto presumibilmente il virus in Italia e tre in Francia. Tutti i casi sono stati diagnosticati mediante l'identificazione di IgM ad alto titolo, un caso anche mediante PCR. Tutte le persone infette hanno sofferto di febbre, dolori muscolari o articolari. Nel caso confermato mediante PCR si tratta di una persona che nel 2008 si è recata in Italia. L'UFSP non dispone di informazioni dettagliate sui luoghi visitati. Un contagio da chikungunya nel 2008 in Italia è plausibile in quanto in Italia nel 2007 si è manifestata un'insorgenza di circa 200 casi. Potrebbe essere che nel 2008 si siano ancora manifestati dei contagi isolati. Tuttavia, all'epoca non sono stati svolti ulteriori accertamenti. Per quanto riguarda le altre tre persone alle quali è stata diagnosticata l'infezione sulla base di un unico riscontro di IgM ad alto titolo, l'UFSP conosce la destinazione

di viaggio solo in un caso: Béziers nella regione Languedoc-Roussillon (Francia), nelle vicinanze di Montpellier, dove nel 2014 si sono verificati 11 casi autoctoni. La persona, tuttavia, avrebbe soggiornato in questa zona nel 2013. E anche per le altre persone che avrebbero contratto il virus presumibilmente nel 2012 e nel 2015 in Francia non è chiaro quale sia il luogo e il momento dell'infezione.

Infatti, in entrambi gli anni menzionati, in Francia non sono stati citati altri contagi di febbre chikungunya.

In generale l'UFSP nella valutazione di casi di chikungunya segnalati si basa sui risultati di laboratorio, sulla clinica e sul legame epidemiologico. I quattro casi dimostrano tuttavia chiaramente che quando il presunto luogo d'infezione è inabituale per la malattia, sono necessari ulteriori accertamenti diagnostici ed epidemiologici. In futuro, nei casi dove sarà riscontrata un'anamnesi di viaggio insolita, saranno effettuati ulteriori accertamenti: l'UFSP inviterà il medico o il laboratorio a far confermare il campione dal Centro nazionale di riferimento per infezioni virali (NAVI) a Ginevra.

Sesso ed età

Risulta interessante l'evoluzione della distribuzione per sesso: mentre dal 2009 al 2011 più uomini hanno contratto la febbre chikungunya, negli altri anni, fatta eccezione per il 2013, sono state prevalentemente le donne a esser-

ne colpite. Nel 2013 la proporzione è stata rispettivamente del 50%.

Non appena si verificò l'aumento dei casi già descritto per via della diffusione geografica del virus in America, la quota di contagi tra le donne ha preso il sopravvento. Non ci sono motivazioni plausibili al riguardo.

Sia tra le donne sia tra gli uomini la maggior parte dei casi è stata segnalata nella fascia d'età tra i 25 e i 64 anni. Si tratta in effetti della fascia d'età che viaggia di più. I casi tra i bambini sono rari. Resta inspiegato il picco tra le ragazze tra i 15 e i 24 anni d'età nel 2014.

Aspetti clinici

Tra i casi segnalati (N=154), 13 (8,4%) hanno necessitato di un ricovero ospedaliero e 2 (1%) hanno presentato una manifestazione emorragica. In 67 casi (44%) il sintomo clinico è stato un'artrite, in 57 (37%) la febbre, in 41 (27%) dolori muscolari, in 38 (25%) un esantema e in 5 (3%) la cefalea. In 24 casi (16%) sono state segnalate altre manifestazioni. In tutti i conteggi effettuati era possibile segnalare vari sintomi.

Diffusione della febbre chikungunya anche in Svizzera?

La diffusione della febbre chikungunya negli ultimi anni ha destato continuamente preoccupazione.

Grafico 2
Distribuzione per sesso, 2008 – 2015

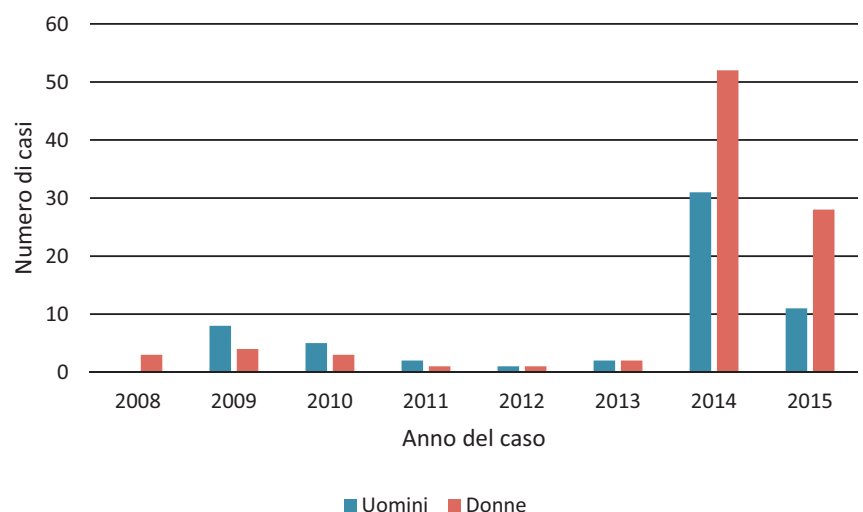


Grafico 3
Numero di casi tra gli uomini per anno di dichiarazione e fascia di età, 2008 – 2015

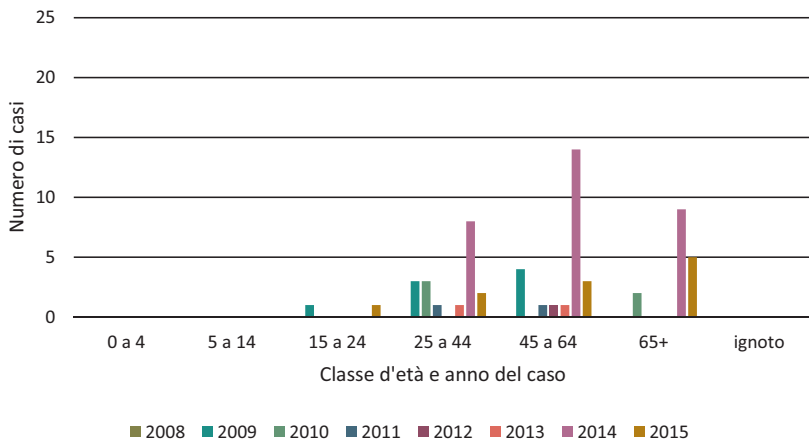
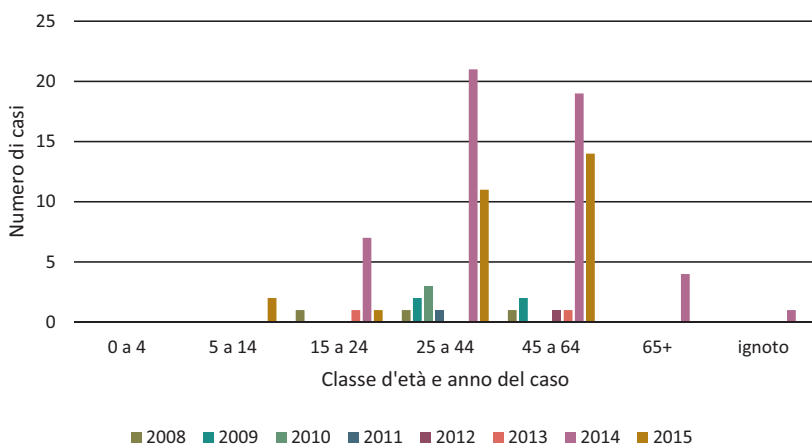


Grafico 4
Numero di casi tra le donne per anno di dichiarazione e fascia di età, 2008 – 2015



A tal riguardo, occorre distinguere tra due tipi di diffusione: da un lato la malattia diventa endemica in una nuova regione quando viene contratta da zanzare locali e si stabilisce un ciclo di trasmissione. Ciò accade soprattutto nelle regioni tropicali dove le zanzare considerate responsabili della trasmissione della malattia si sono insediate da lungo tempo, presentano un'elevata densità e sono disponibili ulteriori fattori come temperature sufficientemente elevate. Un esempio è la diffusione della febbre chikungunya nel 2013/2014

nella Repubblica Dominicana. Se in tali zone si verifica un'importazione del virus, si possono manifestare elevati numeri di casi per diversi anni. Le trasmissioni diminuiscono solo quando per via della frequente comparsa della malattia tra la popolazione si genera una certa immunità.

Dall'altro lato, la malattia si manifesta in forma isolata anche in nuove località in misura più attenuata, senza diventare endemica. Questo fenomeno si osserva dove si insediano ex novo le zanzare *Aedes* e il ciclo di trasmissione non può

instaurarsi. Nella Francia del Sud, ad esempio, nel 2010 a Fréjus (nei pressi di Nizza) sono stati registrati 2 casi e nel 2014 ne sono stati registrati 11 a Montpellier. L'insorgenza della malattia nel 2007 in Italia nella regione di Ravenna ha destato grande preoccupazione. In questa cittadina sono stati registrati 200 casi. Le misure adottate per contrastare questa malattia hanno consentito di arrestare l'ulteriore diffusione in Italia e Francia.

Dopo che nel 2003 per la prima volta venne attestata la presenza di una zanzara tigre (*Aedes albopictus*) in Svizzera a Sud delle Alpi, questa tipologia di zanzara si è diffusa in Ticino nonostante le misure per contrastarne la diffusione. Pertanto, oggi non è più possibile escludere completamente che le zanzare qui insediate contraggano il virus chikungunya da un viaggiatore che rientra malato e infettino ulteriori persone. Per il Ticino sussiste quindi la possibilità teorica di trasmissioni autotone. Ciò significa che si potrebbero manifestare delle trasmissioni in loco. Il gruppo di lavoro per le zanzare presso la SUPSI (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana*) monitora e contrasta da anni le zanzare tigre in Ticino [1]. Dispone di ampie conoscenze sulla presenza dell'insetto e analizza se le zanzare sono portatrici del virus. Per valutare se e in quale misura la zanzara tigre ha trovato diffusione anche nel resto della Svizzera, dal 2013 anche in questa regione viene svolto un programma di monitoraggio lungo le strade nazionali e altri potenziali punti di importazione quali porti e aeroporti. Questo monitoraggio avviene a cura dello *Swiss Tropical and Public Health Institute* (Swiss TPH) e della SUPSI per conto dell'Ufficio federale dell'ambiente (UFAM). Finora nelle trappole per zanzare oltre alle uova sono stati trovati singoli insetti adulti. Poiché la zanzara tigre non può volare lontano, viaggia come passeggero clandestino nelle macchine o nei camion e, quando i veicoli si fermano, esce all'aria aperta. Le prove mostrano che la zanzara tigre viene effettivamente trasportata a Nord, ma anche che finora non è riuscita a insediarsi nella parte a Nord delle Alpi.

Una panoramica delle misure preventive:

1. In caso di viaggi informarsi in merito alla situazione epidemiologica attuale nella meta di viaggio desiderata. Safetravel fornisce informazioni a tal riguardo: www.safetravel.ch. Specifiche categorie a rischio quali donne incinte, bambini ma anche persone anziane devono inoltre consultare un medico specializzato in medicina dei viaggi.
2. Proteggersi dalle punture di zanzara. Tra le misure rientrano l'utilizzo di zanzariere trattate con insetticidi, spray insetticidi, repellenti e indossare indumenti coprenti chiari possibilmente precedentemente spruzzati con insetticidi. Per tutti i prodotti occorre leggere il foglietto illustrativo in quanto non tutti sono adatti per neonati e bambini piccoli. Poiché le zanzare *Aedes* pungono anche di giorno, occorre prestare attenzione a una buona protezione anche di giorno. Le zanzare *Aedes* possono trasmettere il virus chikungunya, ma anche dengue e zika.
3. In generale chi sviluppa la febbre dopo essere rientrato da un viaggio all'estero dovrebbe consultare un medico. È importante che il medico venga informato in merito a possibili esposizioni avvenute nel corso di un viaggio.
4. Sebbene sussista solo una scarsissima possibilità che anche in Svizzera si manifesti una trasmissione dei virus chikungunya o dengue, qualora si sospetti trasmissioni autoctone in Ticino occorre pensare a queste malattie anche in caso di persone malate senza anamnesi di viaggio.
5. Il trattamento della febbre chikungunya avviene a livello puramente sintomatico in quanto non esiste alcun medicamento efficace contro l'infezione di per sé. I disturbi possono essere alleviati solo con preparati antipiretici e analgesici. A tal riguardo può risultare pericolosa l'assunzione di medicinali emodiluenti come ad esempio l'aspirina. Per contrastare una perdita di liquidi l'UFSP raccomanda inoltre di bere molta acqua.
6. Per evitare trasmissioni locali è importante che in particolare le persone in Ticino malate di chikungunya o dengue si proteggano dalle punture di zanzara.
7. Infine è anche importante evitare la diffusione e l'insediamento di zanzare tigre. Soprattutto in Ticino la popolazione viene invitata a prestare attenzione affinché non si verifichino da nessuna parte accumuli di acqua stagnante, ad esempio nei sottovasi, in vecchi pneumatici, contenitori per l'acqua piovana e simili. Difatti, questi luoghi fungono da punti di incubazione e consentono la riproduzione durante i mesi estivi.

Misure preventive

Per valutare la situazione epidemiologica e avviare rapidamente le misure necessarie, in Svizzera dal 2008 sussiste l'obbligo di segnalazione per la febbre chikungunya. In caso di riscontro positivo dal laboratorio è obbligatorio compilare una segnalazione sul referto clinico. Poiché in Ticino la zanzara tigre è riuscita ad affermarsi ampiamente e in questa zona può essere importante la rapida adozione di provvedimenti, dal 2016 il termine di segnalazione è di 24 ore. Da quest'anno deve essere indicato anche il nome completo e l'indirizzo di domicilio del paziente. L'ufficio

del medico cantonale del Canton Ticino è a stretto contatto con il gruppo di lavoro delle zanzare della Scuola Universitaria SUPSI, che dispone di conoscenze molto precise sulla popolazione di zanzare in Ticino. I due enti decidono di concerto se effettuare delle disinfestazioni con lo spray nei pressi del domicilio di un viaggiatore che rientra a casa infetto per eliminare le zanzare tigre. Occorre evitare che le zanzare possano contrarre il virus della persona infetta e trasmetterlo a loro volta.

La misura più efficace per contrastare la febbre chikungunya consiste tuttavia

sempre in una protezione efficace dalle punture di zanzare in viaggio. Infatti, non esiste una vaccinazione contro questa malattia. Nel seguente riquadro è riassunto a cosa devono prestare particolare attenzione i viaggiatori e la popolazione ticinese.

Bibliografia:

1. Centers for Disease Control and Prevention: Chikungunya Virus, Geographic Distribution, Chikungunya virus in the United States, 2014 data [15.02.2017]. Abrufbar unter: www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/2014table1_final.pdf
2. Heymann DJ, et al. Control of Communicable Diseases Manual. Chapter Arthropod-borne viral arthritis and rash, Chikungunya virus disease S. 40. 19th Edition. American Public Health Association. Washington, United States of America: 2008.
3. Blum JA, Hatz CF. Dengue- und Chikungunya-Fieber in der Allgemeinpraxis, Die zwölf wichtigsten Fragen. Schweiz Med Forum. 2009; 9 (35): 610–14.
4. Schuffenecker I, Itemen I, Michault A, Microevolution of chikungunya Virus Causing the Indian Ocean Outbreak. PLoS Med. 2006 May 23; 3(7): e263.
5. Chikungunya disease: gaps and opportunities in public health and research in the Americas. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(42):571–6. PMID: 26477060.
6. DIGEPI: Direccion General de Epidemiologia, Republica Dominicana, Ministerio de salud publica. Directorio Epidemiologico, Documentos, Vigilancia Epidemiologica, Alertas Epidemiologica, Fiebre de Chikungunya, Nacional, Boletines, Boletin Especial No. 9 [15.2.2017]. Abrufbar unter: digeprisalud.gob.do/

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} mars 2017

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.99 (L)		ZINBRYTA (Daclizumabum beta)	Biogen Switzerland AG		
	20591	Inj Lös 150 mg/ml Fertigspritze 1 Stk CHF 1'868.40 [1'647.51]		66005001	01.03.2017, B
Indiqué chez les patients adultes pour le traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente. Première prescription par un spécialiste en neurologie FMH.					
(L)		ZINBRYTA (Daclizumabum beta)	Biogen Switzerland AG		
	20591	Inj Lös 150 mg/ml Fertigen 1 Stk CHF 1'868.40 [1'647.51]		66069001	01.03.2017, B
Indiqué chez les patients adultes pour le traitement de la sclérose en plaques (SEP) récurrente. Première prescription par un spécialiste en neurologie FMH.					
02.07.10 G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 10 mg 28 Stk CHF 28.05 [13.74]		65987001	01.03.2017, B
	20618	Lactab 10 mg 98 Stk CHF 63.35 [40.88]		65987002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 20 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.50]		65987003	01.03.2017, B
	20618	Lactab 20 mg 98 Stk CHF 72.75 [49.07]		65987004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN MEPHA (Olmesartani medoxomilum)	Mepha Pharma AG		
	20618	Lactab 40 mg 28 Stk CHF 40.55 [21.05]		65987005	01.03.2017, B
	20618	Lactab 40 mg 98 Stk CHF 88.25 [62.60]		65987006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 10 mg 28 Stk CHF 33.95 [15.27]		65933001	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 10 mg 98 Stk CHF 68.55 [45.42]		65933002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 20 mg 28 Stk CHF 37.45 [18.33]		65933003	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 20 mg 98 Stk CHF 79.00 [54.52]		65933004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SANDOZ (Olmesartani medoxomilum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20621	Filmtabl 40 mg 28 Stk CHF 43.25 [23.38]		65933005	01.03.2017, B
	20621	Filmtabl 40 mg 98 Stk CHF 96.25 [69.56]		65933006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 10 mg 30 Stk CHF 33.95 [15.27]		66013001	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 10 mg 100 Stk CHF 68.55 [45.42]		66013002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 20 mg 30 Stk CHF 37.45 [18.33]		66013003	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 20 mg 100 Stk CHF 79.00 [54.52]		66013004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum)	Spirig HealthCare AG		
	20608	Filmtabl 40 mg 30 Stk CHF 43.25 [23.38]		66013005	01.03.2017, B
	20608	Filmtabl 40 mg 100 Stk CHF 96.25 [69.56]		66013006	01.03.2017, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.20		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 5 mg/5 mg 30 Stk CHF 26.30 [12.21]		65904001	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 5 mg/5 mg 90 Stk CHF 52.15 [31.14]		65904002	01.03.2017, B
		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 5 mg/10 mg 30 Stk CHF 29.20 [14.74]		65904003	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 5 mg/10 mg 90 Stk CHF 59.55 [37.59]		65904004	01.03.2017, B
		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 10 mg/5 mg 30 Stk CHF 28.90 [14.46]		65904005	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 10 mg/5 mg 90 Stk CHF 58.75 [36.87]		65904006	01.03.2017, B
		COSYREL (Bisoprololi fumaras (2:1), Perindoprilum argininum)	Servier (Suisse) SA		
	20570	Filmtabl 10 mg/10 mg 30 Stk CHF 35.90 [16.99]		65904007	01.03.2017, B
	20570	Filmtabl 10 mg/10 mg 90 Stk CHF 66.15 [43.32]		65904008	01.03.2017, B
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 20 mg/5 mg 28 Stk CHF 36.15 [17.22]		66103001	01.03.2017, B
	20620	Lactab 20 mg/5 mg 98 Stk CHF 72.85 [49.18]		66103002	01.03.2017, B
	Le traitement combiné de SEVIKAR/HCT et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.				
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 40 mg/5 mg 28 Stk CHF 40.85 [21.29]		66103003	01.03.2017, B
	20620	Lactab 40 mg/5 mg 98 Stk CHF 86.75 [61.29]		66103004	01.03.2017, B
	Le traitement combiné de SEVIKAR/HCT et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.				
G (L)		OLMESARTAN-AMLODIPIN MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum)	Mepha Pharma AG		
	20620	Lactab 40 mg/10 mg 28 Stk CHF 41.90 [22.20]		66103005	01.03.2017, B
	20620	Lactab 40 mg/10 mg 98 Stk CHF 93.60 [67.24]		66103006	01.03.2017, B
	Le traitement combiné de SEVIKAR/HCT et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA ne sera pas remboursé par l'assurance de base.				
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 20 mg/12.5 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.51]		65896001	01.03.2017, B
	20619	Lactab 20 mg/12.5 mg 98 Stk CHF 72.80 [49.11]		65896002	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 20 mg/25 mg 28 Stk CHF 35.35 [16.51]		65896003	01.03.2017, B
	20619	Lactab 20 mg/25 mg 98 Stk CHF 72.80 [49.11]		65896004	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 40 mg/12.5 mg 28 Stk CHF 38.10 [18.91]		65896005	01.03.2017, B
	20619	Lactab 40 mg/12.5 mg 98 Stk CHF 88.35 [62.66]		65896006	01.03.2017, B
G		OLMESARTAN-HCT MEPHA (Olmesartani medoxomilum, Hydrochlorothiazidum)	Mepha Pharma AG		
	20619	Lactab 40 mg/25 mg 28 Stk CHF 40.60 [21.07]		65896007	01.03.2017, B
	20619	Lactab 40 mg/25 mg 98 Stk CHF 88.35 [62.66]		65896008	01.03.2017, B
07.16.10 (L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 75 mg 21 Stk CHF 4'145.50 [3'804.37]		66138001	01.03.2017, A
	En association au fulvestrant pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif aux RH et négatif au HER2 chez des femmes pré/péréménopausées (en association avec des analogues de la LHRH) ou post-ménopausées qui ont reçu un traitement endocrinien préalable.				

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
(L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 100 mg 21 Stk CHF 4'145.50 [3'804.37]		66138002	01.03.2017, A
En association au fulvestrant pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif aux RH et négatif au HER2 chez des femmes pré/périménopausées (en association avec des analogues de la LHRH) ou post-ménopausées qui ont reçu un traitement endocrinien préalable.					
(L)		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	Kaps 125 mg 21 Stk CHF 4'145.50 [3'804.37]		66138003	01.03.2017, A
En association au fulvestrant pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif aux RH et négatif au HER2 chez des femmes pré/périménopausées (en association avec des analogues de la LHRH) ou post-ménopausées qui ont reçu un traitement endocrinien préalable.					
07.99 (L)		GALAFOLD (Migalastatum)	SFL Pharma GmbH		
	20573	Kaps 123 mg 14 Stk CHF 20'580.45 [19'838.48]		66108001	01.03.2017, B
Galafold est indiqué dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en a-galactosidase A) et qui sont porteurs d'une mutation sensible. Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Le coût du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalastat jusqu'à présent sera pris en charge par SFL Pharma GmbH (info@sfl-pharma.ch). GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire de soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Universitätsspital Bern [Inselspital]). Dérogation : les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient proches du patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires. GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase beta (FABRAZYME). Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement les données nécessaires dans le logiciel internet prédéterminé du Registre (http://sfl-pharma.ch/Galafold-Patientenregister/). Un consentement écrit du patient doit être disponible.					
10.99		SOOLANTRA (Ivermectinum)	Galderma Schweiz AG		
	20586	Creme 10 mg/g 30 g CHF 38.30 [19.06]		65561002	01.03.2017, B
11.09 G		DUOKOPT (Dorzolamidum, Timololum)	Théa PHARMA SA		
	20578	Gtt 0pht Fl 5 ml CHF 27.35 [13.09]		66001001	01.03.2017, B
	20578	Gtt 0pht 3 Fl 5 ml CHF 60.40 [38.33]		66001002	01.03.2017, B
II. Autres emballages et dosages					
01.10.20 (L)		ELVANSE (Lisdexamphetamini dimesylas)	Opopharma Vertriebs AG		
	20194	Kaps 20 mg 30 Stk CHF 119.60 [89.91]		63023004	01.03.2017, A
Enfants et adolescents: Uniquement pour le traitement de deuxième ligne du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) c.-à-d. en cas d'intolérance, de contre-indication ou de non-réponse au méthylphénidate dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Lorsque des patients on été traités depuis plus d'une année, la nécessité du traitement doit être reconsidérée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH.					
Adultes: Uniquement pour le traitement de deuxième ligne du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) c.-à-d. en cas d'intolérance, de contre-indication ou de non-réponse méthylphénidate dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH doit poser le diagnostic et effectuer la prescription initiale. Le diagnostic doit se fonder sur les critères/directives donnés dans l'information professionnelle. Chez l'adulte, des symptômes correspondants doivent avoir existé dès l'enfance. Lorsque des patients on été traités depuis plus d'une année, la nécessité du traitement doit être reconsidérée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH.					
01.99 (L)		COPAXONE (Glatiramerum acetat)	Teva Pharma AG		
	18034	Inj Lös 40 mg/ml 12 Fertspr 1 ml CHF 1'194.20 [1'032.77]		56363003	01.03.2017, B
Au maximum 3 fois 40 mg par semaine.					
02.07.20 G		CO-CANDESARTAN SPIRIG HC (Candesartanum cilixetilum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	19970	Tabl 32/12.5 mg neu 28 Stk CHF 20.35 [10.57]		65930005	01.03.2017, B
	19970	Tabl 32/12.5 mg neu 98 Stk CHF 56.35 [34.79]		65930006	01.03.2017, B
G		CO-CANDESARTAN SPIRIG HC (Candesartanum cilixetilum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	19970	Tabl 32/25 mg neu 28 Stk CHF 20.35 [10.57]		65930007	01.03.2017, B
	19970	Tabl 32/25 mg neu 98 Stk CHF 56.35 [34.79]		65930008	01.03.2017, B
02.08.10		DAFLON 500 (Diosminum, Hesperidinum)	Servier (Suisse) SA		
	13036	Tabl 500 mg 120 Stk CHF 69.45 [37.65]		40380002	01.03.2017, C

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
III. Préparations / emballages radiés					
01.01.30		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 150 mg 20 Stk CHF 19.60 [9.93]		55175026	01.03.2017, A
	18239	Ret Tabl 150 mg 50 Stk CHF 41.05 [21.48]		55175028	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 200 mg 20 Stk CHF 26.10 [12.03]		55175032	01.03.2017, A
	18239	Ret Tabl 200 mg 50 Stk CHF 47.85 [27.38]		55175034	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 300 mg 50 Stk CHF 56.85 [35.22]		55175040	01.03.2017, A
		TRADONAL ONE (Tramadoli hydrochloridum)	MEDA Pharma GmbH		
	18239	Ret Tabl 400 mg 50 Stk CHF 67.95 [44.91]		55175044	01.03.2017, A
01.99 (L)		DONEPEZIL SANDOZ SOLUFILM (Donepezili hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19906	Schmelztabl 5 mg 14 Stk CHF 46.80 [26.46]		62357001	01.03.2017, B
	19906	Schmelztabl 5 mg 98 Stk CHF 229.05 [185.22]		62357006	01.03.2017, B
(L)		DONEPEZIL SANDOZ SOLUFILM (Donepezili hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19906	Schmelztabl 10 mg 14 Stk CHF 46.80 [26.46]		62357003	01.03.2017, B
	19906	Schmelztabl 10 mg 98 Stk CHF 229.05 [185.22]		62357008	01.03.2017, B
04.08.13		COLOSAN MITE MOCCA (Sterculiae gummi)	Vifor SA		
	13716	Gran 200 g CHF 12.35 [6.71]		43319108	01.03.2017, D
	13716	Gran 500 g CHF 28.30 [15.34]		43319116	01.03.2017, D
04.99 6		PANTOPRAZOL ACTAVIS MEDIS (Pantoprazolum)	Actavis Switzerland AG		
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 15 Stk CHF 6.85 [2.41]		59834006	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 30 Stk CHF 9.20 [4.46]		59834007	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 60 Stk CHF 17.95 [8.49]		59834008	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Ds 120 Stk CHF 34.80 [16.04]		59834009	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 15 Stk CHF 6.85 [2.41]		59834001	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk CHF 9.20 [4.46]		59834002	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 60 Stk CHF 17.95 [8.49]		59834003	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 20 mg Blist 120 Stk CHF 34.80 [16.04]		59834004	01.03.2017, B
6		PANTOPRAZOL ACTAVIS MEDIS (Pantoprazolum)	Actavis Switzerland AG		
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 15 Stk CHF 8.60 [3.92]		59834015	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 30 Stk CHF 16.80 [7.49]		59834016	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 60 Stk CHF 28.20 [13.86]		59834017	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 100 Stk CHF 40.05 [20.61]		59834020	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Ds 120 Stk CHF 44.75 [24.73]		59834018	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 7 Stk CHF 6.50 [2.08]		59834010	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 15 Stk CHF 8.60 [3.92]		59834011	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 30 Stk CHF 16.80 [7.49]		59834012	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 60 Stk CHF 28.20 [13.86]		59834013	01.03.2017, B
	19268	Filmtabl 40 mg Blist 100 Stk CHF 40.05 [20.61]		59834019	01.03.2017, B
07.10.30		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 10 mg/0.5 ml Amp 0.500 ml CHF 15.25 [6.16]		38036017	01.03.2017, B
		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	Inj Lös 20 mg/0.5 ml Amp 0.500 ml CHF 17.30 [7.94]		38036033	01.03.2017, B
08.01.22		STABICILLINE (Phenoxymethylpenicillinum kalicum)	Vifor SA		
	7765	Filmtabl 1 Mio E 10 Stk CHF 14.00 [5.06]		22384074	01.03.2017, B
	7765	Filmtabl 1 Mio E 20 Stk CHF 18.70 [9.16]		22384082	01.03.2017, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
11.99		OCULOTECT (Retinoli palmitas)	Alcon Switzerland SA		
	17018	Augengel 10 g CHF 6.45 [3.50]		54080018	01.03.2017, C
	17018	Augengel 3 x 10 g CHF 17.05 [9.23]		54080026	01.03.2017, C

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

IV. Réductions de prix

ESMYA Tabl 5 mg 28 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070900	20113	184.50	146.42
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk	AbbVie AG	071500	17903	733.80	624.91
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml vorgefüllt Injektor/Pen 1 Stk	AbbVie AG	071500	18538	733.80	624.91
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Durchstechflasche 2 Stk	AbbVie AG	071500	18538	1'449.15	1'265.22
LETROZOL LABATEC Filmtabl 2.500 mg 30 Stk	Labatec Pharma SA	071620	20320	80.05	55.45
Filmtabl 2.500 mg 100 Stk			20320	227.60	183.97
SYNTOCINON Inj Lös 5 E/ml i.m./i.v. 5 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	070320	7630	8.25	3.61

V. Augmentations de prix

KONAKION MM PAEDIATRIC Inj Lös 2 mg/0.2 ml 5 Amp 0.200 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	060400	16000	9.10	4.37
NOVALGIN Filmtabl 500 mg 50 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	010110	11985	8.30	3.65
VALIUM Inj Lös 10 mg/2 ml i.m./i.v. 5 Amp 2 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	010410	10164	7.15	2.67

VI. Modifications de la limitation/de l'indication

ESMYA Tabl 5 mg 28 Stk	Gedeon Richter (Schweiz) AG	070900	20113	184.50	146.42
Vieille limitation : Un traitement unique d'une durée maximale de trois mois.					
Nouvelle limitation : Chez les femmes adultes en âge de procréer - Pour le traitement temporaire des symptômes liés aux fibromes utérins (uterus myomatosus) dans l'attente d'un traitement définitif du myome (c.-à-d. une intervention chirurgicale appropriée) limité à un seul traitement d'une durée de 3 mois au maximum. - Pour le traitement intermittent des symptômes liés aux fibromes utérins, limité à 4 cycles de traitement. Pour le traitement intermittent à long terme de plus de 4 cycles de patientes pour lesquelles un traitement curatif n'est pas prévu ou n'est pas souhaité, un accord préalable de prise en charge des frais du médecin conseil de la caisse maladie est nécessaire.					
HUMIRA Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertspr 1 Stk	AbbVie AG	071500	17903	733.80	624.91
Inj Lös 40 mg/0.8 ml vorgefüllt Injektor/Pen 1 Stk			18538	733.80	624.91
Inj Lös 40 mg/0.8 ml Durchstechflasche			18538	1449.15	1265.22
Vieille limitation : Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique : traitement par HUMIRA en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil. Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes et pédiatriques par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.					

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puavathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Nouvelle limitation :

Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, arthrite psoriasique : traitement par HUMIRA en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes et pédiatriques par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par HUMIRA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puavathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil) : traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.

Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.

Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HICR d'au moins 50% après 12 semaines.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

REMSIMA	iQone Healthcare Switzerland Sarl	071500			
Trockensub 100 mg Durchstf 1 Stk			20402	627.25	532.11

Vieille limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn sévère active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1.) les UVB et la PUVA ou 2.) l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 3.) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Seuls des dermatologues ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques peuvent le prescrire.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1.) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2.) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

Seuls des rhumatologues/dermatologues ou des cliniques universitaires/polycliniques rhumatologiques/dermatologiques peuvent le prescrire.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Nouvelle limitation:

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active lorsque le traitement antirhumatismal standard précédent par des antirhumatismeaux de fond (DMARD) a été insuffisant. Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de patients atteints de maladie de Crohn active lorsque le traitement conventionnel précédent (p. ex. par l'azathioprine, la 6-mercaptopurine, les stéroïdes) a été insuffisant.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de la maladie de Bechterew en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par REMSIMA lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Traitement de patients adultes, atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels 1.) les UVB et la PUVA ou 2.) l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) et 3.) un anti-TNF alpha (p. ex. étanercept) n'ont pas permis d'obtenir un succès thérapeutique. En l'absence de succès thérapeutique au bout de 14 semaines, il faut arrêter le traitement. La durée maximale du traitement est de 1 an.

Seuls des dermatologues ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques peuvent le prescrire.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Traitement de patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active 1.) seulement en association avec le méthotrexate, en cas d'échec d'au moins deux DMARD de fond, dont le méthotrexate et 2.) après échec des associations méthotrexate/étanercept ou méthotrexate/adalimumab.

Seuls des rhumatologues/dermatologues ou des cliniques universitaires/polycliniques rhumatologiques/dermatologiques peuvent le prescrire.

Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.

Limitation de l'admission des médecins : nouvelle solution en préparation

Le Conseil fédéral élaborera une nouvelle méthode pour régler l'admission des médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance de base. À cette fin, il devra mieux prendre en compte la mobilité des patients et le taux d'occupation des médecins. Telle est la recommandation d'un rapport rédigé en réponse à un postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États, que le Conseil fédéral a approuvé lors de sa séance du 3 mars 2017. Plusieurs options pour gérer le domaine ambulatoire et freiner la hausse des coûts ont été examinées avec les milieux intéressés. Le Conseil fédéral préparera, d'ici le milieu de l'année, une modification en ce sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Pour gérer le domaine ambulatoire, les cantons ont actuellement la possibilité de limiter le nombre de nouveaux médecins autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins (AOS, assurance de base). Une majorité d'entre eux recourent à cet instrument.

En décembre 2015, le Parlement a rejeté un projet visant à inscrire définitivement dans la loi la gestion des admissions. Il a adopté en juin 2016 une loi urgente prévoyant la prorogation, jusqu'en été 2019, de la limitation de l'admission à pratiquer. Il a par ailleurs chargé le Conseil fédéral de trouver une solution à long terme permettant de freiner la hausse des coûts tout en garantissant une couverture médicale de qualité.

Recherche d'une solution susceptible de rallier une majorité

Afin de trouver une solution susceptible de rallier une majorité, la Confédération avec les experts et les acteurs clés du domaine ambulatoire ont examiné en septembre 2016 trois pistes possibles : l'introduction de tarifs différenciés, un assouplissement de l'obligation de contracter et, enfin, une amélioration de la gestion des admissions.

Ils ont conclu que la solution passe par un modèle amélioré et affiné de la gestion des admissions. La solution des tarifs différenciés aurait l'inconvénient de créer des inégalités entre les patients des différentes régions. Quant à l'assouplissement de l'obligation de contracter, qui restreint pour l'assuré le choix du médecin, cette solution nécessiterait encore de longues négociations pour trouver un modèle susceptible de rallier une majorité et de remplacer à temps celui de la gestion de l'admission.

Qualité et économie mieux prises en compte

L'affinement de la gestion des admissions implique de créer les conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité des prestations et du contrôle des coûts. La solution à long terme devra en outre permettre aux cantons d'intervenir plus efficacement pour limiter la hausse des coûts des prestations, en tenant compte à la fois de la mobilité croissante des patients et de l'évolution des modèles de travail des fournisseurs de prestations, en particulier de l'augmentation du travail à temps partiel.

Sur la base de ces analyses, le Conseil fédéral élaborera une proposition de modification de la LAMal qui se substituera aux mesures actuelles en 2019. Le projet correspondant sera mis en consultation d'ici le milieu de l'année 2017.

Gestion des admissions depuis 2001

De janvier 2001 à décembre 2011, la gestion des admissions, introduite pour trois ans à titre de mesure exceptionnelle pour maîtriser les coûts, a été prolongée à trois reprises. En juillet 2013, elle a été réintroduite comme mesure urgente pour trois ans en raison d'une nette augmentation du nombre de cabinets médicaux dans certaines régions, qui avait conduit à une hausse des coûts dans les cantons concernés.

Berne, 03.03.2017

Renseignements :

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

Département responsable :

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision de l'assurance-maladie sociale > Révision LAMal : admission des fournisseurs de prestations

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivant sont bloquées

Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Berne	223059D	5576464
	223067D	5576673
Vaud	206276F	5156877



Osez doser !



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

A-PRIORITY

P.P. A
CH-3003 Berne
Post CH AG

OFSP - Bulletin

Semaine
11/2017