



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 27 novembre 2017

Semaine

OFSP-Bulletin 48/2017

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

Recommandations de vaccination contre le zona (herpès zoster) , p. 12

**Nouveau guide pratique contre l'obésité destiné aux médecins
et aux professionnels de la santé , p. 20**

Système de santé suisse : les seniors s'informent souvent sur Internet , p. 22

**La coopération transfrontalière dans le domaine
de la santé devient durable , p. 25**

Impressum

EDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
www.anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	10
Recommandations de vaccination contre le zona (herpès zoster)	12
Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'herpes zoster («fuoco di Sant'Antonio»)	16
Nouveau guide pratique contre l'obésité destiné aux médecins et aux professionnels de la santé	20
L'étude de l'Université de Berne sur la consommation de cannabis ne peut pas être autorisée	21
Système de santé suisse : les seniors s'informent souvent sur Internet	22
La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé devient durable	25
Vol d'ordonnances	26

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 46^e semaine (21.11.2017)^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 46^e semaine (21.11.2017)^a

	Semaine 46			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	2 1.20	2 1.20	12 1.80	5 0.80	6 0.90	118 1.40	105 1.20	110 1.30	98 1.30	97 1.30	94 1.30
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	11 6.80	16 9.80	4 2.50	45 6.90	31 4.80	8 1.20	9493 112.20	3715 43.90	5804 69.40	7788 104.10	3604 48.20	5752 77.80
Légionellose	6 3.70	7 4.30	6 3.70	37 5.70	32 4.90	29 4.50	472 5.60	385 4.60	372 4.40	449 6.00	343 4.60	349 4.70
Méningocoques: maladie invasive	2 1.20	1 0.60	1 0.60	2 0.30	3 0.50	2 0.30	55 0.60	50 0.60	45 0.50	52 0.70	47 0.60	39 0.50
Pneumocoques: maladie invasive	16 9.80	29 17.80	18 11.20	63 9.70	70 10.80	67 10.40	963 11.40	829 9.80	838 10.00	818 10.90	694 9.30	741 10.00
Rougeole	1 0.60			4 0.60	2 0.30		120 1.40	49 0.60	36 0.40	104 1.40	49 0.60	36 0.50
Rubéole^c									4 0.05			4 0.05
Rubéole, materno-foetale^d												
Tuberculose	6 3.70	14 8.60	10 6.20	39 6.00	47 7.20	40 6.20	560 6.60	596 7.00	525 6.30	490 6.60	542 7.20	482 6.50
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	79 48.60	133 81.80	119 74.00	510 78.40	559 85.90	504 78.40	6943 82.10	7969 94.20	6735 80.50	6249 83.50	7070 94.50	5954 80.50
Hépatite A	2 1.20	1 0.60		7 1.10	1 0.20	2 0.30	116 1.40	41 0.50	45 0.50	111 1.50	36 0.50	36 0.50
Infection à E. coli entérohémorragique	12 7.40	8 4.90	7 4.40	63 9.70	35 5.40	28 4.40	705 8.30	453 5.40	282 3.40	659 8.80	425 5.70	259 3.50
Listériose			1 0.60	4 0.60	3 0.50	5 0.80	46 0.50	54 0.60	55 0.70	43 0.60	49 0.60	48 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			2 1.20	3 0.50		4 0.60	24 0.30	22 0.30	17 0.20	21 0.30	20 0.30	15 0.20
Salmonellose, autres	34 20.90	32 19.70	45 28.00	148 22.80	123 18.90	181 28.10	1861 22.00	1473 17.40	1359 16.20	1714 22.90	1360 18.20	1246 16.80
Shigellose	2 1.20	5 3.10	8 5.00	18 2.80	24 3.70	31 4.80	141 1.70	194 2.30	178 2.10	127 1.70	169 2.30	156 2.10

	Semaine 46			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	170 104.50	238 146.30	213 132.40	857 131.70	835 128.40	846 131.50	11101 131.30	10940 129.40	9952 119.00	9845 131.60	9732 130.10	8876 120.00
Gonorrhée	61 37.50	45 27.70	78 48.50	194 29.80	174 26.80	172 26.70	2458 29.10	2381 28.20	1867 22.30	2197 29.40	2152 28.80	1701 23.00
Hépatite B, aiguë	1 0.60	2 1.20	1 0.60	1 0.20	5 0.80	1 0.20	24 0.30	41 0.50	30 0.40	18 0.20	38 0.50	27 0.40
Hépatite B, total déclarations	27	32	21	107	94	94	1229	1467	1298	1062	1286	1167
Hépatite C, aiguë					1 0.20	3 0.50	31 0.40	50 0.60	46 0.60	28 0.40	40 0.50	43 0.60
Hépatite C, total déclarations	27	24	29	117	98	94	1449	1508	1454	1270	1340	1241
Infection à VIH	10 6.20	10 6.20	8 5.00	35 5.40	34 5.20	42 6.50	487 5.80	514 6.10	571 6.80	420 5.60	482 6.40	521 7.00
Sida	1 0.60	2 1.20		2 0.30	7 1.10	6 0.90	83 1.00	70 0.80	85 1.00	76 1.00	63 0.80	74 1.00
Syphilis	37 22.80	21 12.90	40 24.90	127 19.50	83 12.80	75 11.70	1308 15.50	998 11.80	1060 12.70	1152 15.40	897 12.00	945 12.80
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.60		1 0.20	1 0.20		9 0.10	7 0.08	2 0.02	9 0.10	7 0.09	1 0.01
Chikungunya		1 0.60			2 0.30		16 0.20	39 0.50	47 0.60	16 0.20	33 0.40	33 0.40
Dengue	1 0.60	4 2.50	2 1.20	5 0.80	17 2.60	12 1.90	141 1.70	210 2.50	177 2.10	125 1.70	185 2.50	167 2.30
Encéphalite à tiques	3 1.80		3 1.90	36 5.50	8 1.20	11 1.70	280 3.30	207 2.40	112 1.30	273 3.60	195 2.60	108 1.50
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1 0.60	2 1.20		4 0.60	3 0.50		35 0.40	51 0.60	37 0.40	33 0.40	46 0.60	32 0.40
Infection à Hantavirus							3 0.04	1 0.01	2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03
Infection à virus Zika ^e		1 0.60		4 0.60	1 0.20		14 0.20	52 0.60		12 0.20	52 0.70	
Paludisme	8 4.90	9 5.50	18 11.20	15 2.30	22 3.40	45 7.00	335 4.00	337 4.00	398 4.80	317 4.20	297 4.00	373 5.00
Trichinellose									2 0.02			2 0.03
Tularémie	1 0.60	2 1.20	1 0.60	4 0.60	5 0.80	6 0.90	106 1.20	58 0.70	49 0.60	98 1.30	49 0.60	41 0.60
Autres déclarations												
Botulisme							3 0.04	1 0.01	2 0.02	2 0.03	1 0.01	2 0.03
Diptérie ^f			1 0.60			1 0.20	4 0.05	4 0.05	10 0.10	2 0.03	4 0.05	10 0.10
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60		1 0.20	1 0.20	4 0.60	15 0.20	14 0.20	18 0.20	14 0.20	13 0.20	17 0.20
Tétanos									1 0.01			1 0.01

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 17.11.2017 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	43		44		45		46		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	29	2.2	27	2.3	27	2.0	23	2.3	26.5	2.2
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	5	0.4	7	0.6	7	0.5	5	0.5	6	0.5
Piqûre de tiques	10	0.8	8	0.7	5	0.4	3	0.3	6.5	0.6
Borréliose de Lyme	4	0.3	6	0.5	5	0.4	1	0.1	4	0.3
Herpès Zoster	9	0.7	9	0.8	6	0.5	8	0.8	8	0.7
Néuralgie post-zostérienne	3	0.2	1	0.1	3	0.2	2	0.2	2.3	0.2
Médecins déclarants	147		147		153		124		142.8	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

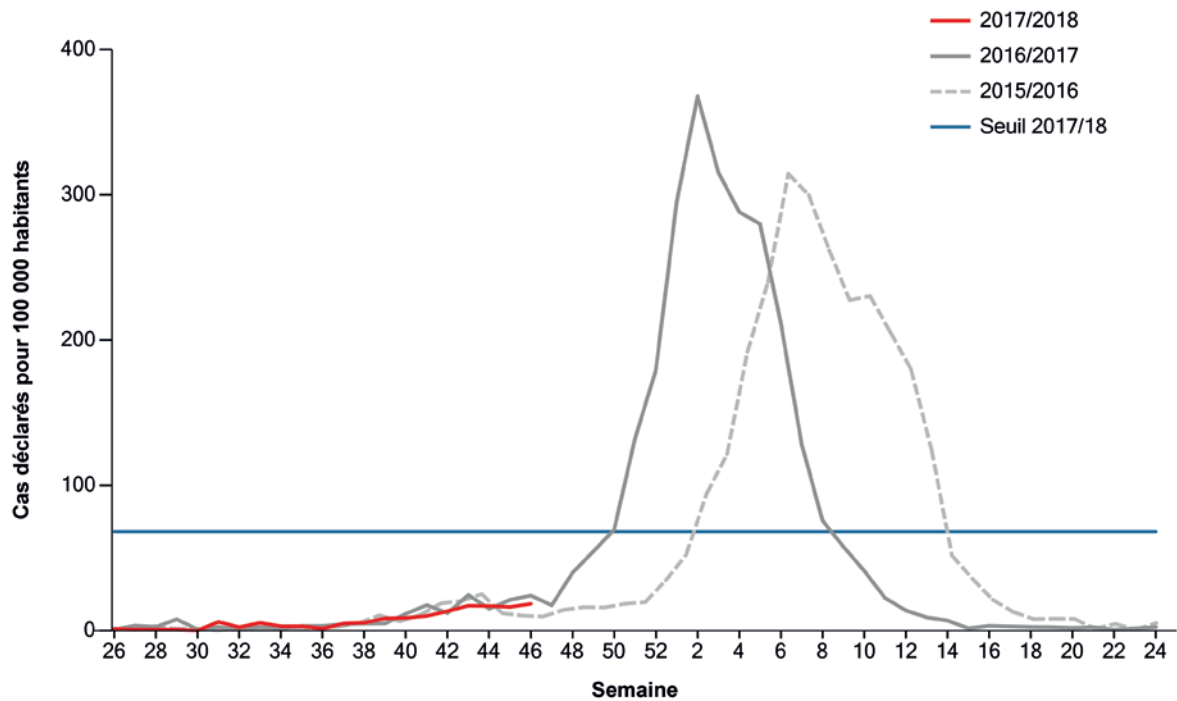
Sous nos latitudes, les affections grippales surviennent de façon saisonnière. Jusqu'à présent, une vague de grippe est observée chaque hiver. D'une année à l'autre, l'intensité, la durée, les souches virales et les répercussions sur la population varient. Afin d'informer la population et les médecins 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 si nécessaire.

Semaine 46/2017

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement sporadique. Durant la semaine 46, 124 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 2,3 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 18 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

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

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



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

Durant la semaine 46, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) n'a mis en évidence aucun virus Influenza dans les 12 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella.

Tableau 1:
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 46/2017

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	39	-
5-14 ans	34	-
15-29 ans	32	-
30-64 ans	12	-
≥65 ans	5	-
Suisse	18	-

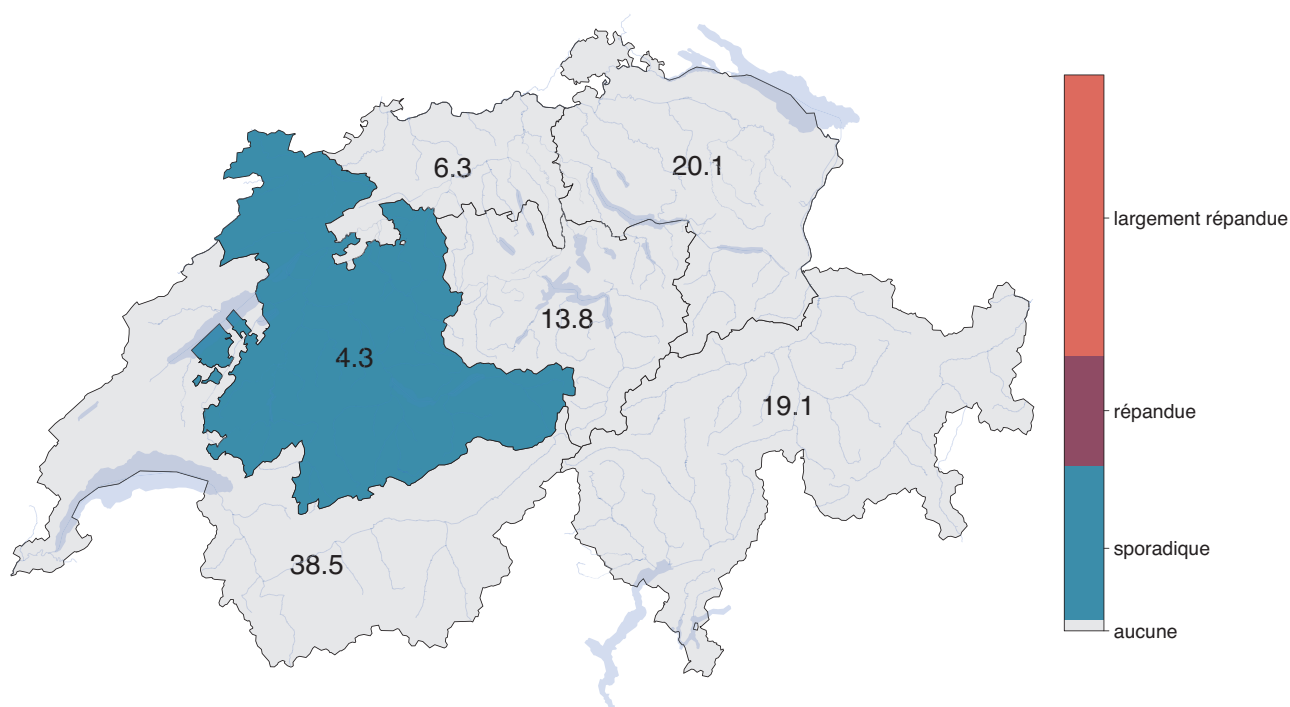
Tableau 2:
Virus Influenza circulant en Suisse

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

	Semaine 46/2017	Semaines cumulées 2017/18	
	Fréquence des virus	Fréquence des virus	Couverture par les vaccins
			▲ ■
Echantillons positifs	0 de 12 (0 %)	2 de 72 (3 %)	- -
B Victoria	-	0 %	- -
B Yamagata	-	0 %	- -
B non sous-typé	-	0 %	- -
A(H3N2)	-	100 %	- -
A(H1N1)pdm09	-	0 %	- -
A non sous-typé	-	0 %	- -
▲ Couvert par le vaccin trivalent 2017/18			
■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2017/18			

Figure 2

Incidence des consultations pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 46/2017



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

Situation internationale

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

La majorité des virus détectés dans l'hémisphère nord appartiennent au sous-type Influenza A(H3N2) [1–5].

La surveillance sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

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

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

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

GLOSSAIRE

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

Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 21.11.2017).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 21.11.2017).
3. Canada Rapports 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 21.11.2017).
4. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 21.11.2017).
5. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 21.11.2017).

www.anresis.ch :

Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse

FQR-E. coli Escherichia coli résistants aux fluoroquinolones, définis comme tous les E. coli de sensibilité intermédiaire ou résistants à la norfloxacine et/ou à la ciprofloxacine.

ESCR-E. coli Escherichia coli résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme E. coli de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe, 85–100 % de ces ESCR-E. coli sont productrices de BLSE (β -Lactamases à Spectre Étendu).

ESCR-KP Klebsiella pneumoniae résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme K. pneumoniae de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe 85–100 % de ces ESCR-KP sont productrices de BLSE.

MRSA Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline, définis comme tous les S. aureus de sensibilité intermédiaire ou résistants à au moins l'un des antibiotiques céfoxitine, flucloxacilline, méthicilline ou oxacilline.

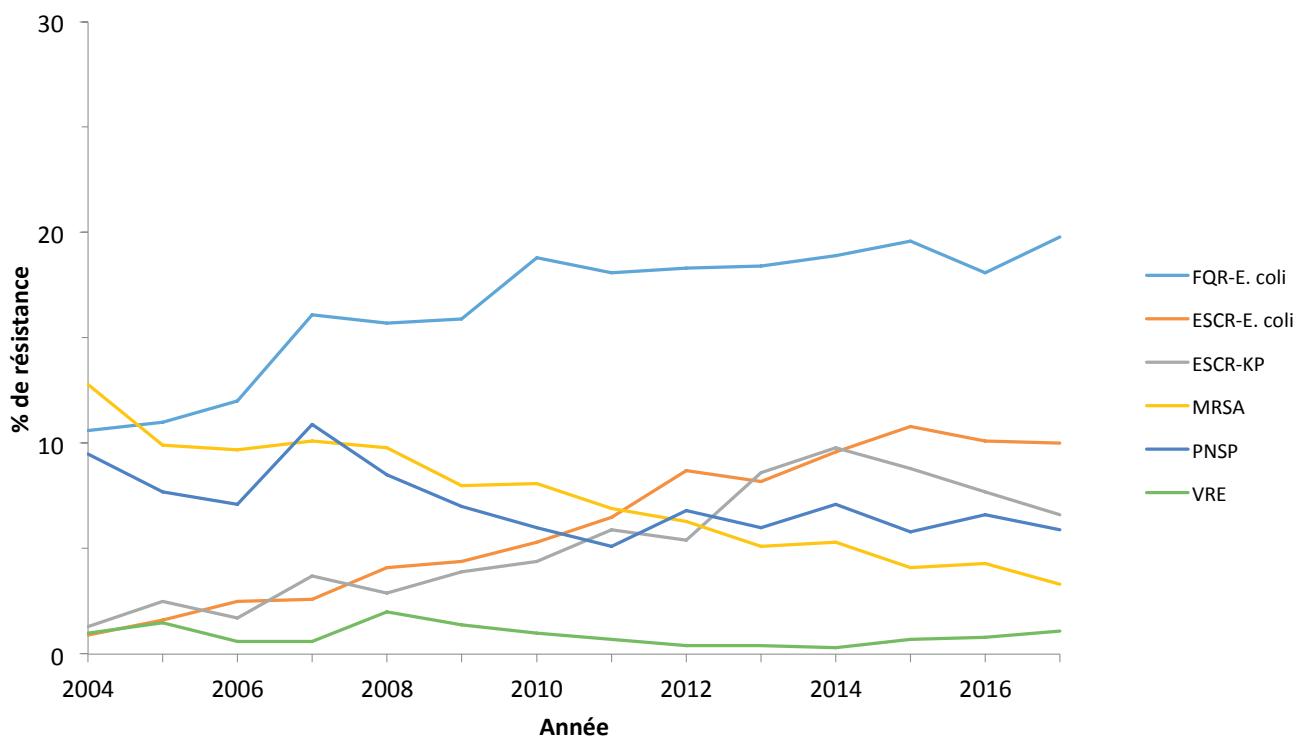
PNSP Streptococcus pneumoniae résistants à la pénicilline, définis comme tous les S. pneumoniae de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline.

VRE Entérocoques résistants à la vancomycine, définis comme les entérocoques de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique vancomycine. Eu égard à la résistance intrinsèque de E. gallinarum, E. flavescens et E. casseliflavus à la vancomycine, seuls E. faecalis et E. faecium ont été pris en compte. Les entérocoques non spécifiés ont été exclus de l'analyse.

Anresis:

Situation : enquête anresis.ch du 15.11.2017

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2004–2017.



Année		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FQR-E. coli	%	10.6	11.0	12.0	16.1	15.7	15.9	18.8	18.1	18.3	18.4	18.9	19.6	18.1	19.8
	n	1'353	1'534	2'086	2'287	2'722	3'142	3'393	3'528	3'713	4'109	4'668	4'964	5'047	3'252
ESCR-E. coli	%	0.9	1.6	2.5	2.6	4.1	4.4	5.3	6.5	8.7	8.2	9.6	10.8	10.1	10.0
	n	1'420	1'622	2'167	2'359	2'804	3'258	3'528	3'695	3'712	4'102	4'676	4'991	5'069	3'273
ESCR-KP	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.6	9.8	8.8	7.7	6.6
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	870	922	998	558
MRSA	%	12.8	9.9	9.7	10.1	9.8	8.0	8.1	6.9	6.3	5.1	5.3	4.1	4.3	3.3
	n	758	840	1'063	1'120	1'220	1'393	1'413	1'464	1'383	1'477	1'712	1'777	1'787	1'250
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.8	6.0	7.1	5.8	6.6	5.9
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	539	635	610	454
VRE	%	1.0	1.5	0.6	0.6	2.0	1.4	1.0	0.7	0.4	0.4	0.3	0.7	0.8	1.1
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1'116	1'012	626

Explications

Le tableau et le graphique prennent en compte tous les isolats provenant de cultures d'échantillons de sang et de liquide céphalorachidien enregistrés dans la base de données à la date spécifiée et qui ont été testés pour les substances citées. Les résultats envoyés par les laboratoires sont intégrés tels quels et les données analysées. anresis.ch ne procède à aucun test de validation de résistance sur les isolats individuels.

La quantité de données envoyée est relativement constante depuis 2009. De légères distorsions dues à des retards de transmission ou à des changements dans l'organisation des laboratoires sont cependant possibles, notamment en ce qui concerne les données les plus récentes. A cause de ces distorsions, la prudence est de mise lors de l'interprétation des chiffres absolus; ces données ne permettent pas une extrapolation à l'échelle nationale.

Seul l'isolat initial a été pris en compte lors de doublons (même germe chez le même patient dans la même année de déclaration). Les examens de dépistage et les tests de confirmation provenant de laboratoires de référence ont été exclus. Les données de résistance sont utilisées pour la surveillance épidémiologique de résistances spécifiques, mais sont trop peu différenciées pour orienter le choix d'un traitement.

Contact

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

Renseignements complémentaires

Des données de résistance supplémentaires concernant les principaux micro-organismes sont disponibles sur le site www.anresis.ch.

Recommandations de vaccination contre le zona (herpès zoster)

La vaccination contre le zona (herpès zoster) par le vaccin Zostavax® est désormais recommandée en Suisse pour les personnes âgées de 65 à 79 ans, ainsi que pour les personnes de 50 à 79 ans, pour lesquelles un traitement immunosuppresseur est prévu dans un futur proche. Un remboursement par l'assurance obligatoire des soins est encore en cours d'examen.

DESCRIPTION DE LA MALADIE

Le zona est la conséquence d'une réactivation du virus varicelle-zona (VVZ), virus à ADN de la famille des Herpesviridae, qui, lors de la primo-infection, est à l'origine de la varicelle. En Suisse, dans la plupart des cas, la varicelle est contractée durant l'enfance. Jusqu'à l'âge de 40 ans, plus de 99 % des adultes ont eu un contact avec le VVZ. À la suite de la primo-infection, le VVZ demeure sous forme latente pendant toute la vie dans les ganglions des nerfs sensoriels de la moelle épinière.

Toute personne, qui a déjà eu la varicelle, peut développer un zona ; toutefois, la réactivation du VVZ est plus fréquente chez les personnes immunodéprimées ou âgées, le risque associé à l'âge étant probablement lié au déclin avec le temps de l'immunité acquise lors de la primo-infection et de l'immunité spécifique à médiation cellulaire observé durant le processus normal de vieillissement. Ainsi, on observe une augmentation progressive de la sévérité du zona et de ses complications chez les personnes de plus de 50 ans.

À la suite de la réactivation et de la réplication du virus dans un ganglion, celui-ci migre via les nerfs sensoriels vers le dermatome correspondant. Le **zona** se manifeste sous forme d'éruption cutanée douloureuse unilatérale, généralement limitée au dermatome innervé par le ganglion nerveux atteint. L'éruption commence par une rougeur importante, suivie de l'apparition de vésicules qui, après quelques jours, sèchent en formant des croûtes, qui finissent par tomber. L'éruption est accompagnée par une forte sensation de brûlure et/ou de douleurs avec des symptômes généraux. Selon la localisation, les complications du zona aigu peuvent être graves, en particulier lors d'infection oculaire avec un risque de cécité, si aucun traitement n'est entrepris. En Suisse comme dans la plupart des pays occidentaux, la prévalence estimée du zoster ophtalmicus est d'environ 10 %.

La complication la plus fréquente est un état douloureux chronique, qui peut apparaître des semaines ou des mois après un zona. Lorsque cet état perdure plus de trois mois, on parle de **névralgies post-zostériennes (NPZ)**. Parfois, les crises

de douleurs sont très fortes et peuvent détériorer considérablement la qualité de vie des personnes atteintes. Les NPZ touchent environ 20 % des malades de plus de 65 ans.

Les personnes ayant un déficit de l'**immunité cellulaire** ont un risque plus élevé de souffrir un jour d'un zona et de ses complications comme les NPZ. Plus spécifiquement sont concernées les personnes atteintes d'un cancer, d'une infection VIH avancée, d'un trouble congénital de l'immunité cellulaire ou qui suivent un traitement immunosuppresseur. Très rarement, un zona peut se révéler mortel chez une personne immunodéficiente.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

À l'aide des notifications faites par les médecins de famille au **système de déclaration suisse Sentinella**, durant la période 1998–2001, le nombre de consultations annuelles dues à un zona a été estimé à environ 17 000. En 2016, la surveillance via Sentinella a été réintroduite et il en ressort, pour la Suisse, un nombre extrapolé d'environ 21 400 consultations par an dues à un épisode de zona. Un peu plus de la moitié des cas touchait des malades âgés de plus de 65 ans.

VACCINATION CONTRE LE ZONA (HERPÈS ZOSTER)

En 2007, le vaccin vivant atténué **Zostavax®** a été autorisé en Suisse par Swissmedic pour les personnes de plus de 50 ans. En 2010, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) ont examiné la possibilité de le recommander. À cette époque, en raison de données insuffisantes sur l'efficacité à long terme, d'un besoin limité pour la santé publique, ainsi que d'une analyse coûts-bénéfices défavorable, il a été décidé de ne pas insérer ce vaccin dans le plan de vaccination suisse.

Depuis 2010, la vaccination contre le zona a été incluse dans les plans vaccinaux de plusieurs états, dont l'Australie, la France, le Canada, l'Autriche, la Suède, les USA et l'Angleterre. En outre, des données sur l'efficacité à long terme ont été publiées et, à la suite de la réduction du prix du vaccin, de nouvelles études de coûts-bénéfices (y compris pour la Suisse) montrent des résultats plus favorables, motifs pour lesquels

la question d'une recommandation de vaccination a été à nouveau examinée par l'OFSP et la CFV en 2015. Sur la base d'un cadre analytique « **Evaluation of zoster vaccine according to the evaluation criteria for the development of national guidelines in Switzerland. 23 décembre 2015.** », la CFV a identifié deux groupes cibles susceptibles de bénéficier de cette vaccination et a élaboré en conséquence des recommandations de vaccination. Une version en allemand et en français de ce document légèrement simplifiée est consultable sur le site web de l'OFSP : www.bag.admin.ch/varicelle.

A) Caractéristiques du vaccin

Le vaccin Zostavax® est un **vaccin à virus vivant atténué**, dont les composants sont les mêmes que ceux du vaccin monovalent contre la varicelle, mais dont la concentration du virus est environ quatorze fois plus élevée (souche atténuée Oka/Merck du VVZ). Il contient des traces de néomycine (toutefois, une allergie de contact à la néomycine ne représente pas une contre-indication). Il ne contient pas d'adjuvants. Zostavax® doit être administré par voie sous-cutanée.

B) Efficacité

Les corrélats immuns de la protection contre le zona parmi les personnes ayant eu la varicelle ne sont pas encore établis ; il n'existe donc pour l'instant aucun marqueur immunologique de protection.

Les **études cliniques** (Shingles Prevention Study et d'autres^{1,2,3}) montrent que, trois ans après la vaccination, environ 51 % des cas de zona et 67 % des cas de NPZ sont évités chez les personnes en bonne santé dès 60 ans. Ensuite, pour la période allant de quatre à sept ans après la vaccination, l'efficacité diminue à environ 40 % contre le zona et 60 % en ce qui concerne les NPZ. Pour la période qui s'étend de sept à dix ans, ces taux diminuent respectivement à 21 % et à 35 %. En général, l'efficacité reste comparable chez les personnes vaccinées de 60-69 ans versus celles qui reçoivent le vaccin à l'âge de 70-79 ans. Par contre, elle diminue considérablement après l'âge de 80 ans.

Dans une étude cohorte américaine, chez des patients âgés de 60 ans et plus, qui étaient vaccinés avec Zostavax® et qui ont par la suite subi une chimiothérapie, 58 % des cas de zona ont été évités pendant une période de 30 mois⁴.

C) Effets indésirables de la vaccination (EIV)

La tolérance et la sécurité du vaccin Zostavax® ont été évaluées lors d'une vaste étude contrôlée par placebo (Shingles Prevention Study), dans laquelle un sous-groupe de sujets (n = 6616) a fait l'objet d'un suivi spécifique⁵ : les EIV les plus fréquents étaient les réactions locales au point d'injection (douleur, œdème et rougeur), soit 48.3 % chez les sujets vaccinés (n = 3326) comparativement à 16.6 % dans le groupe placebo (n = 3249) ; la plupart des réactions avaient disparu quatre jours après l'administration du vaccin. Une éruption cutanée varicelliforme ayant duré cinq-six jours au point d'injection a été observée chez 0.11 % des vaccinés versus 0.04 % dans le groupe placebo ; les éruptions varicelliformes ailleurs sur le

corps étaient comparables dans les deux groupes et ont duré plus longtemps. Les EIV systémiques bénins, comme les céphalées, étaient de 6.3 % chez les sujets vaccinés versus 4.9 % dans le groupe placebo. Au cours de cette étude, aucune différence statistiquement significative entre le groupe vacciné et le groupe placebo n'a été mise en évidence pour ce qui concernait la survenue d'EIV graves.

Complications oculaires :

Le Guide canadien d'immunisation 2016⁶ cite plusieurs cas de zona ophtalmique signalés à l'échelle mondiale après la vaccination contre le zona chez les personnes ayant des antécédents de zona ophtalmique. L'évaluation de la causalité de sept cas de zona ophtalmique effectuée par le Comité consultatif national de l'immunisation du Canada a conclu que les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour recommander ou déconseiller l'administration du vaccin contre le zona chez les personnes, qui ont des antécédents de zona ophtalmique.

Lors du suivi post-marketing, au moins quatre cas de rétinite nécrosante ont été observés chez des personnes polymorbides (arthrite rhumatoïde, carcinome mammaire, antécédents de rétinite et toxoplasmose) ; pour l'un des cas, une patiente âgée de 80 ans, le traitement comprenait entre autres du Méthotrexate (dosage non précisé)⁷. Ces événements graves sont toutefois et heureusement extrêmement rares au regard des 32 millions de doses de Zostavax® administrées à ce jour.

D) Contre-indications et précautions

Zostavax® est **contre-indiqué** chez les personnes présentant une hypersensibilité connue au vaccin (vaccin contre la varicelle !) ou à d'autres composés, chez les enfants et adolescents, durant la grossesse, lors d'une tuberculose active non traitée, chez les personnes souffrant d'un déficit modéré ou grave de l'immunité cellulaire, congénital ou acquis (voir détails sous chapitre recommandations). La vaccination contre le zona devrait être reportée chez les personnes atteintes d'une maladie aiguë.

Personnes sous traitement immunosuppresseur :

Le vaccin contre le zona ne devrait pas être administré aux patients, qui ont suivi récemment ou suivent toujours un traitement immunosuppresseur, en particulier lorsque plusieurs médicaments sont associés. Toutefois, le vaccin n'est pas contre-indiqué pour les patients, qui reçoivent des corticostéroïdes topiques ou en inhalation, des corticostéroïdes à faibles doses, des médicaments immunosuppresseurs à faible dose, **à l'exception du Méthotrexate, sous traitement duquel, selon Swissmedic, la vaccination contre le zona est contre-indiquée quelle que soit la dose.**

E) Administration simultanée d'autres vaccins, interactions médicamenteuses

Zostavax® peut être administré en même temps qu'un vaccin antigrippal en des sites corporels différents. L'administration simultanée de Zostavax® avec d'autres vaccins n'a pas été évaluée.

L'efficacité d'un vaccin contre le VZV peut être réduite en présence d'un traitement antiviral systémique comme acyclovir, valacyclovir ou famciclovir. D'après l'opinion d'experts, il est recommandé aux personnes recevant un traitement antiviral de longue durée de cesser de prendre ce médicament, si possible, au moins 24 heures avant l'administration d'un vaccin contre le VZV et jusqu'à quatorze jours après la vaccination.

Il n'existe aucune donnée sur l'innocuité ou l'efficacité du vaccin contre le zona chez les personnes ayant récemment reçu des immunoglobulines ou d'autres produits sanguins, toutefois le vaccin est connu comme étant immunogène chez les adultes, qui possèdent des anticorps VZV préexistants, si bien que, en théorie, l'administration d'immunoglobulines ne devrait pas perturber la réponse immunitaire au vaccin. En conséquence, certains experts ne considèrent pas l'administration d'immunoglobulines ou de produits sanguins comme une raison de reporter l'administration du vaccin contre le zona.

Remboursement de la vaccination

La question du remboursement par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) de la vaccination recommandée pour l'un ou les deux groupes de personnes mentionnées est **encore examinée** par le Département fédéral de l'intérieur (DFI).

RECOMMANDATIONS DE VACCINATION

Une **vaccination unique (une seule dose) de Zostavax®** est recommandée par l'OFSP et la CFV pour les deux groupes de personnes les plus touchées par le zona, c.-à-d. **a) pour les personnes immunocompétentes âgées de 65 à 79 ans ; et b) pour les personnes âgées de 50 à 79 ans, qui seront ou pourraient être immunodéprimées dans un futur proche.** Les recommandations détaillées de vaccination sont valables en Suisse dès à présent.

A noter que ce vaccin n'est pas destiné à la prévention de la varicelle, ni au traitement du zona ou des NPZ.

a) Vaccination recommandée complémentaire pour les personnes immunocompétentes âgées de 65 à 79 ans

La vaccination est recommandée indépendamment du fait que la personne ait contracté la varicelle et/ou le zona par le passé. En principe, il n'est pas nécessaire de tester l'immunité à l'égard du VZV avant une vaccination avec Zostavax®.

b) Vaccination recommandée pour les groupes à risques, c.-à-d. pour un groupe défini de personnes âgées de 50 à 79 ans, qui actuellement ne présentent aucune immunodéficience ou seulement une immunodéficience « légère » et chez lesquelles on s'attend à une immunodéficience en raison de l'introduction prochaine d'un traitement immunosuppresseur. La vaccination devrait être administrée au moins quatre semaines avant une immunodéficience modérée ou sévère planifiée.

Cette recommandation doit faire l'objet d'une évaluation précise des risques (âge, présence de polymorbidité et de poly-

médication) et des bénéfices attendus de la vaccination contre le zona et si nécessaire d'un conseil auprès d'un spécialiste en immunologie et/ou vaccinologie.

En accord avec les recommandations de l'*US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*^{8,9}, **Zostavax®** peut cependant être administré aux **personnes, qui présentent une légère immunodéficience, respectivement une légère immunosuppression, mais seulement sous les conditions suivantes** :

- Personnes avec **hémopathie maligne** : seulement lors d'une rémission et au plus tôt trois mois après la fin d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie ;
- Personnes **VIH positives** : si elles sont séropositives au VZV et si le nombre de cellules T et CD4 est ≥ 200 cellules/ μ l ou représente $\geq 15\%$ de tous les lymphocytes ;
- Personnes sous **traitement de corticostéroïdes** :
 - a) si la **durée de la thérapie est inférieure à quatorze jours**,
 - b) si le **dosage est faible à modéré** (c.-à-d. < 20 mg/jour de prednisonne ou d'une dose équivalente),
 - c) si la thérapie est **topique** (cutanée, intranasale, par inhalation, intra-articulaire), et/ou,
 - d) s'il s'agit d'un **traitement systémique discontinu** avec un stéroïde, qui a une courte durée d'action et que le dosage est faible à modéré (voir ci-dessus).
 Dans tous les autres cas, c'est au plus tôt un mois après la fin de la thérapie que le vaccin peut être administré.
- Personnes traitées avec **d'autres immunosuppresseurs** : Azathioprine (< 3 mg/kg/jour) ; 6-Mercaptopurine ($< 1,5$ mg/kg/jour) pour le traitement d'arthrite rhumatoïde, polymyosite, psoriasis, sarcoïdose, affections intestinales inflammatoires ou d'autres maladies systémiques inflammatoires ;
- Personnes avec évidence clinique ou biologique **d'immunodéficience humorale** (hypogamma-, dysgammaglobulinémie) : peuvent recevoir la vaccination (toutefois, elle est déconseillée aux personnes présentant une immunodéficience cellulaire) ;
- Personnes après **transplantation de cellules souches hématopoïétiques** : pour autant qu'il y ait une indication de vaccination, elle doit être administrée au plus tôt 24 mois après la transplantation.
- Personnes sous traitement immunomodulateur recombinant (en particulier Adalimumab, Etanercept, Infliximab) : en principe, le vaccin doit être administré avant le début du traitement ou au plus tôt un mois après la fin du traitement. Exception : pour le Rituximab, au plus tôt douze mois après la fin du traitement.
- Personnes, qui ont une **transplantation programmée d'organe solide** : entre l'administration d'un vaccin vivant atténué et la transplantation d'un organe, un intervalle de minimum quatre semaines (30 jours) est conseillé.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Section recommandations de vaccination et mesures de contrôle
Tél : +41 58 463 87 06

Littérature

- ¹ Oxman MN, Levin M and the Shingles Prevention Study Group. Vaccination against Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *J Infect Dis.* 2008 Mar 1;197 Suppl 2:S228-36. doi: 10.1086/522159. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419402
- ² Schmader KE1, Oxman MN, Levin MJ et al. Persistence of the efficacy of zoster vaccine in the shingles prevention study and the short-term persistence substudy. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1320-8. doi: 10.1093/cid/cis638. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828595
- ³ Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. *Clin Infect Dis.* 2015 Mar 15;60(6):900-9. doi: 10.1093/cid/ciu918. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754
- ⁴ Tseng HF, Tartof S, Harpaz R et al. Vaccination against zoster remains effective in older adults who later undergo chemotherapy. *Clin Infect Dis.* 2014 Oct;59(7):913-9. doi: 10.1093/cid/ciu498. Epub 2014 Aug 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097079
- ⁵ Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010 May 4;152(9):545-54. doi: 10.7326/0003-4819-152-9-201005040-00004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439572
- ⁶ Gouvernement du Canada. Novembre 2016. Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Vaccin contre le zona. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-8-vaccin-contre-zona.html
- ⁷ Charkoudian LD1, Kaiser GM et al. Acute retinal necrosis after herpes zoster vaccination. *Arch Ophthalmol.* 2011 Nov;129(11):1495-7. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.320. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084222
- ⁸ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and mortality weekly report.* 2008(57(RR-5)):1-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318
- ⁹ Hales CM et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Aug 22;63(33):729-31 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144544

Raccomandazioni per la vaccinazione contro l'herpes zoster («fuoco di Sant'Antonio»)

D'ora in poi in Svizzera la vaccinazione contro l'herpes zoster con il vaccino Zostavax® è raccomandata per le persone di età compresa tra 65 e 79 anni, nonché per i pazienti di età compresa tra 50 e 79 anni per i quali è previsto un trattamento immunosoppressivo in un futuro prossimo. Un rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è in corso di valutazione.

DESCRIZIONE DELLA MALATTIA

L'herpes zoster (comunemente chiamato fuoco di Sant'Antonio) è la conseguenza di una riattivazione del virus varicella-zoster (VVZ), virus a DNA della famiglia degli Herpesviridae, che, al momento della primo-infezione, è all'origine della varicella.

In Svizzera, nella maggior parte dei casi la varicella si contrae durante l'infanzia. Più del 99% degli adulti fino a 40 anni di età sono entrati in contatto con il VVZ. In seguito alla primo-infezione, il VVZ rimane sotto forma latente per tutta la vita nei gangli nervosi sensoriali del midollo spinale.

Chiunque abbia già avuto una varicella può sviluppare un herpes zoster; tuttavia, la riattivazione del VVZ è più frequente nelle persone immunodepresse o anziane, il rischio associato all'età essendo probabilmente legato al declino osservato durante il normale processo di invecchiamento dell'immunità acquisita al momento della primo-infezione e dell'immunità specifica a mediazione cellulare. Pertanto, si osserva un aumento progressivo della gravità dell'herpes zoster e delle sue complicazioni nelle persone di età superiore a 50 anni.

In seguito alla riattivazione e alla replicazione del virus in un ganglio, questo migra attraverso i nervi sensoriali verso il dermatomero corrispondente. L'herpes zoster si manifesta sotto forma di eruzione cutanea dolorosa unilaterale, generalmente limitata al dermatomero innervato dal ganglio nervoso interessato. L'eruzione inizia con un importante arrossamento, seguito dall'apparizione di vescicole che seccano dopo pochi giorni e formano una crosta che infine si stacca. L'eruzione è accompagnata da un'intensa sensazione di bruciore e/o da dolori con sintomi generali. A seconda della localizzazione, le complicazioni dell'herpes zoster acuto possono essere gravi, in particolare in caso d'infezione oculare con un rischio di cecità se un trattamento non è intrapreso. In Svizzera come nella maggior parte dei paesi occidentali, la prevalenza stimata dell'herpes zoster oftalmico è di circa il 10%.

La complicazione più frequente è uno stato doloroso cronico, che può comparire a distanza di settimane o mesi dall'in-

sorgenza di un herpes zoster. Se questo stato dura più di tre mesi, si parla di **nevralgia postherpetica (NPE)**. Gli attacchi dolorosi sono talvolta molto intensi e possono compromettere notevolmente la qualità di vita delle persone che ne sono affette. La NPE colpisce circa il 20% dei malati di più di 65 anni.

Le persone affette da un deficit dell'**immunità cellulare** presentano un rischio maggiore di essere colpite dall'herpes zoster e dalle sue complicazioni come la NPE. Più specificamente, fanno parte di questa categoria i pazienti affetti da una malattia tumorale, le persone con un'infezione HIV avanzata e quelle affette da un disturbo congenito dell'immunità cellulare o sottoposte a terapia immunosoppressiva. In casi molto rari, l'herpes zoster può avere esito letale nelle persone immunodepresse.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In base alle dichiarazioni dei medici di famiglia nel **sistema di dichiarazione svizzero Sentinella**, nel periodo dal 1998 al 2001 il numero annuo di visite mediche per herpes zoster è stimato in circa 17 000. Reintrodotta nel 2016, la sorveglianza nel sistema Sentinella ha evidenziato, estrapolate su tutta la Svizzera, circa 21 400 visite mediche per herpes zoster. Poco più della metà delle persone colpite avevano più di 65 anni.

VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER

Nel 2007 Swissmedic ha autorizzato in Svizzera il vaccino vivo attenuato **Zostavax®** per le persone a partire dai 50 anni d'età. Nel 2010 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) hanno valutato la possibilità di una raccomandazione di vaccinazione. All'epoca era stato deciso di non inserire ancora la vaccinazione nel calendario vaccinale svizzero a causa di dati insufficienti sull'efficacia a lungo termine, dell'utilità limitata per la salute pubblica e di un'analisi costi-benefici sfavorevole.

Dal 2010 la vaccinazione contro l'herpes zoster è stata inserita nei calendari vaccinali di diversi paesi come l'Australia, la Francia, il Canada, l'Austria, la Svezia, gli Stati Uniti e l'Inghilterra. Inoltre, nel frattempo sono stati pubblicati dati sull'efficacia a lungo termine e, in seguito alla riduzione del prezzo

del vaccino, nuovi studi sul rapporto costi-benefici (anche per la Svizzera) mostrano dei risultati più favorevoli; per questo motivo nel 2015 la questione di una raccomandazione di vaccinazione è stata nuovamente esaminata da parte dell'UFSP e della CFV. Sulla base di un quadro analitico « **Evaluation of zoster vaccine according to the evaluation criteria for the development of national guidelines in Switzerland. 23 décembre 2015.** », la CFV ha identificato due gruppi suscettibili di beneficiare di questa vaccinazione e ha elaborato di conseguenza delle raccomandazioni di vaccinazione. Una versione leggermente semplificata di questo documento è disponibile in tedesco e in francese sul sito web del UFSP: www.bag.admin.ch/varicella.

A) Caratteristiche del vaccino

Il vaccino Zostavax® è un **vaccino vivo attenuato** i cui componenti sono gli stessi del vaccino monovalente contro la varicella ma di cui la concentrazione del virus è circa 14 volte più alta (ceppo attenuato Oka/Merck del VVZ). Contiene tracce di neomicina (tuttavia, un'allergia da contatto alla neomicina non rappresenta una controindicazione). Non contiene adiuvanti. Zostavax® deve essere somministrato per via sottocutanea.

B) Efficacia

I correlati immunitari della protezione contro l'herpes zoster nelle persone che hanno avuto la varicella non sono ancora stati stabiliti; non esiste dunque per il momento nessun marcatore immunologico di protezione.

Gli **studi clinici** (Shingles Prevention Study e altri^{1,2,3}) mostrano che, 3 anni dopo la vaccinazione, circa il 51% dei casi di herpes zoster e il 67% dei casi di NPE sono evitati nelle persone in buona salute di 60 anni e più. In seguito, per il periodo che va dai 4 ai 7 anni dopo la vaccinazione, l'efficacia diminuisce a circa il 40% contro l'herpes zoster e al 60% per quanto concerne la NPE. Per il periodo dai 7 ai 10 anni dopo la vaccinazione, questi tassi diminuiscono rispettivamente al 21% e al 35%. In generale, l'efficacia resta paragonabile nelle persone vaccinate di 60–69 anni in confronto a quelle che ricevono il vaccino all'età di 70–79 anni. Per contro, diminuisce considerevolmente dopo l'età di 80 anni.

In uno studio di coorte americano, nei pazienti di 60 anni e più che sono stati vaccinati con Zostavax® e che hanno in seguito avuto una chemioterapia, sono stati evitati il 58% dei casi di herpes zoster durante un periodo di 30 mesi.⁴

C) Effetti indesiderati (EIV)

La tolleranza e la sicurezza del vaccino Zostavax® sono state valutate in un ampio studio controllato con placebo (Shingles Prevention Study) nel quale un sotto-gruppo di soggetti (n = 6616) ha fatto l'oggetto di un monitoraggio specifico⁵: gli EIV più frequenti erano delle reazioni locali al sito d'iniezione (dolore, gonfiore e rossore) presenti nel 48.3% dei soggetti vaccinati (n = 3326) contro il 16.6% nel gruppo placebo (n = 3249); la maggior parte delle reazioni erano sparite 4 giorni dopo la somministrazione del vaccino. Un'eruzione cutanea varicelliforme della durata di 5–6 giorni nel sito d'iniezione è

stata osservata nello 0.11% dei vaccinati contro lo 0.04% nel gruppo placebo; le eruzioni varicelliformi altrove sul corpo erano paragonabili nei due gruppi e sono durate più a lungo. Gli EIV sistemici benigni, come le cefalee, erano del 6.3% nei soggetti vaccinati contro il 4.9% nel gruppo placebo. Nel corso di questo studio non è stata messa in evidenza alcuna differenza statisticamente significativa tra il gruppo vaccinato e il gruppo placebo per quanto concerne la comparsa di EIV gravi.

Complicazioni oculari:

Il Manuale canadese d'immunizzazione 2016⁶ riferisce diversi casi di herpes zoster oftalmico segnalati a livello mondiale dopo la vaccinazione contro l'herpes zoster nelle persone con antecedenti di herpes zoster oftalmico. La valutazione della causalità di 7 casi di herpes zoster oftalmico effettuata dal Comitato consultivo nazionale dell'immunizzazione del Canada ha concluso che i dati disponibili non erano sufficienti per raccomandare o sconsigliare la somministrazione del vaccino contro l'herpes zoster nelle persone con antecedenti di herpes zoster oftalmico.

Nel corso del monitoraggio post-marketing, almeno 4 casi di retinite necrotizzante sono stati osservati in persone con una polimorbilità (artrite reumatoide, carcinoma mammario, antecedenti di retinite e toxoplasmosi); per uno dei casi, una paziente di 80 anni, il trattamento comprendeva tra le altre cose del Metotrexato (dosaggio non precisato).⁷ Tuttavia, questi eventi gravi sono fortunatamente estremamente rari rispetto ai 32 milioni di dosi di Zostavax® somministrate fino ad oggi.

D) Controindicazioni e precauzioni

Zostavax® è **controindicato** nelle persone che presentano un'ipersensibilità conosciuta al vaccino (vaccino contro la varicella!) o ad altri componenti, nei bambini e negli adolescenti, durante la gravidanza, in caso di tubercolosi attiva non trattata, nelle persone che soffrono di un deficit moderato o grave dell'immunità cellulare, congenito o acquisito (vedi dettagli nel capitolo raccomandazioni).

La vaccinazione contro l'herpes zoster dovrebbe essere differita nelle persone con una malattia acuta in corso.

Persones sotto trattamento immunosoppressore :

Il vaccino contro l'herpes zoster non dovrebbe essere somministrato ai pazienti che hanno seguito recentemente o che stanno tuttora seguendo un trattamento immunosoppressore, in particolare nel caso in cui diversi medicinali sono associati. Tuttavia, il vaccino non è controindicato per i pazienti che ricevono dei corticosteroidi topici o per via inalatoria, dei corticosteroidi a basse dosi, dei medicinali immunosoppressivi a basse dosi, **ad eccezione del Metotrexato, sotto terapia del quale, secondo Swissmedic, la vaccinazione è controindicata a qualsiasi dosaggio.**

E) Somministrazione simultanea di altri vaccini, interazioni medicamentose

Zostavax® può essere somministrato contemporaneamente al vaccino contro l'influenza ma in siti d'iniezione diversi. La somministrazione simultanea di Zostavax® con altri vaccini non è stata valutata.

L'efficacia del vaccino contro VVZ può essere ridotta in presenza di un trattamento antivirale sistemico come acyclovir, valacyclovir o famciclovir. Secondo il parere d'esperti, si raccomanda alle persone che ricevono un trattamento antivirale da lungo tempo di smettere di assumere tale medicamento, se possibile, almeno 24 ore prima della somministrazione di un vaccino contro VVZ e fino a 14 giorni dopo la vaccinazione.

Non esiste alcun dato sull'innocuità o l'efficacia del vaccino contro l'herpes zoster nelle persone che hanno recentemente ricevuto delle immunoglobuline o altri prodotti sanguigni, tuttavia il vaccino è conosciuto per essere immunogeno negli adulti che hanno degli anticorpi VVZ preesistenti, cosicché, in teoria, la somministrazione d'immunoglobuline non dovrebbe perturbare la risposta immunitaria al vaccino. Di conseguenza, taluni esperti non considerano la somministrazione d'immunoglobuline o di altri prodotti sanguigni come una ragione di ritardare la somministrazione del vaccino contro l'herpes zoster.

RIMBORSO DELLA VACCINAZIONE

La questione del rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) della vaccinazione raccomandata per l'uno o per i due gruppi di persone menzionate è **ancora in valutazione** da parte del Dipartimento federale dell'interno (DFI).

RACCOMANDAZIONI DI VACCINAZIONE

Una **vaccinazione unica (una sola dose) di Zostavax®** è raccomandata dall'UFSP e dalla CFV per i due gruppi di persone più toccate dall'herpes zoster e cioè per **a) le persone immunocompetenti con età compresa tra 65 e 79 anni;** e **b) le persone con età compresa tra 50 e 79 anni che saranno prevedibilmente immunosopresse in un futuro prossimo.** Le raccomandazioni dettagliate di vaccinazione sono valide da subito in Svizzera.

Da notare che questo vaccino non è destinato alla prevenzione della varicella né al trattamento dell'herpes zoster o della NPE.

a) Vaccinazione raccomandata complementare per le persone immunocompetenti di età compresa tra 65 e 79 anni.

La vaccinazione è raccomandata indipendentemente dal fatto che la persona abbia contratto la varicella e/o l'herpes zoster in passato. In principio, non è necessario testare l'immunità per il VVZ prima di una vaccinazione con Zostavax®.

b) Vaccinazione raccomandata per i gruppi a rischio, cioè per un gruppo definito di persone di età compresa tra 50 e 79 anni, che attualmente non presentano alcuna immunodeficienza o solo un'immunodeficienza « leggera » e per le quali ci si attende un'immunodeficienza a causa dell'introduzione prossima di un trattamento immunosoppressore. La vaccinazione dovrebbe essere somministrata almeno 4 settimane prima di una immunodeficienza moderata o severa pianificata.

Questa raccomandazione deve fare l'oggetto di una valutazione precisa dei rischi (età, presenza di polimorbilità e di polimedicazione) e dei benefici attesi dalla vaccinazione contro l'herpes zoster e se necessario di un parere presso uno specialista in immunologia e/o vaccinologia.

In accordo con le raccomandazioni degli *US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*^{8,9}, **Zostavax®** può tuttavia essere somministrato alle **persone che presentano una leggera immunodeficienza, rispettivamente una leggera immunosoppressione, ma solo alle condizioni seguenti :**

- persone con **emopatia maligna**: solo durante una remissione e al più presto 3 mesi dopo la fine di una chemioterapia o di una radioterapia;
- persone **HIV positive**: se sono sieropositive a VZV e se il numero di cellule T e CD4 è ≥ 200 cellule/ μ l o rappresenta $\geq 15\%$ di tutti i linfociti;
- persone in **trattamento con corticosteroidi**:
 - a) se la **durata della terapia è inferiore a 14 giorni**,
 - b) se il **dosaggio è basso – moderato** cioè < 20 mg / giorno di prednisone o di una dose equivalente),
 - c) se la terapia è **topica** (cutanea, intranasale, per inalazione, intra-articolare), e/o,
 - d) se si tratta di un **trattamento sistemico discontinuo** con uno steroide che ha una corta durata d'azione e che il dosaggio è basso-moderato (vedi qui sopra).
 In tutti gli altri casi, il vaccino potrà essere somministrato al più presto 1 mese dopo la fine della terapia.
- persone trattate con **altri immunosoppressori**: Azatioprina (< 3 mg/kg/giorno) ; 6-mercaptopurina ($< 1,5$ mg/kg/giorno) per il trattamento di artrite reumatoide, polmiosite, psoriasi, sarcoidosi, affezioni infiammatorie intestinali o di altre malattie sistemiche infiammatorie.
- persone con evidenza clinica o biologica **d'immunodeficienza umorale** (ipogamma-, disgammaglobulinemia): possono ricevere la vaccinazione (tuttavia, è sconsigliata alle persone che presentano un'immunodeficienza cellulare).
- persone dopo **trapianto di cellule staminali ematopoietiche**: a condizione che vi sia un'indicazione di vaccinazione, deve essere somministrata al più presto 24 mesi dopo il trapianto.
- persone sotto trattamento immunomodulatore ricombinante (in particolare Adalimumab, Etanercept, Infliximab): in principio, il vaccino deve essere somministrato prima dell'inizio del trattamento o al più presto 1 mese dopo la fine del trattamento. Eccezione: per il Rituximab, al più presto 12 mesi dopo la fine del trattamento.
- persone per le quali è programmato un **trapianto di organo solido**: tra la somministrazione del vaccino vivo attenuato e il trapianto di un organo solido è consigliato un intervallo di almeno 4 settimane (30 giorni).

Contatto

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione Salute pubblica
Divisione Malattie trasmissibili
Sezione raccomandazioni di vaccinazione e misure di controllo
Tel.: +41 58 463 87 06

letteratura

- ¹ Oxman MN, Levin M and the Shingles Prevention Study Group. Vaccination against Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *J Infect Dis.* 2008 Mar 1;197 Suppl 2:S228-36. doi: 10.1086/522159. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419402
- ² Schmader KE1, Oxman MN, Levin MJ et al. Persistence of the efficacy of zoster vaccine in the shingles prevention study and the short-term persistence substudy. *Clin Infect Dis.* 2012 Nov 15;55(10):1320-8. doi: 10.1093/cid/cis638. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828595
- ³ Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. *Clin Infect Dis.* 2015 Mar 15;60(6):900-9. doi: 10.1093/cid/ciu918. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754
- ⁴ Tseng HF, Tartof S, Harpaz R et al. Vaccination against zoster remains effective in older adults who later undergo chemotherapy. *Clin Infect Dis.* 2014 Oct;59(7):913-9. doi: 10.1093/cid/ciu498. Epub 2014 Aug 4. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097079
- ⁵ Simberkoff MS, Arbeit RD, Johnson GR et al. Safety of herpes zoster vaccine in the shingles prevention study: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2010 May 4;152(9):545-54. doi: 10.7326/0003-4819-152-9-201005040-00004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439572
- ⁶ Gouvernement du Canada. Novembre 2016. Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Vaccin contre le zona. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-8-vaccin-contre-zona.html
- ⁷ Charkoudian LD1, Kaiser GM et al. Acute retinal necrosis after herpes zoster vaccination. *Arch Ophthalmol.* 2011 Nov;129(11):1495-7. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.320. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084222
- ⁸ Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and mortality weekly report.* 2008(57(RR-5)):1-30. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318
- ⁹ Hales CM et al. Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Aug 22;63(33):729-31 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144544

Nouveau guide pratique contre l'obésité destiné aux médecins et aux professionnels de la santé

Le nouveau guide pratique contre l'obésité vise à renforcer la collaboration entre les groupes professionnels et, ainsi, à améliorer le traitement des personnes touchées dans la pratique quotidienne. Il a été rédigé sur la base du consensus du traitement de l'obésité qui a été publié en 2016.

Le guide pratique s'appuie sur le consensus du traitement de l'obésité. Ce dernier a été élaboré pour la troisième fois en 2016 par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED) et l'Association suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité (ASEMO) sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Il sert de directive pour les thérapies contre l'obésité dans les soins de base. Les médecins intéressés ont ainsi à disposition un outil pour les aider à comprendre la problématique de l'obésité dans le cadre d'un concept interdisciplinaire et pour pouvoir mieux adapter les traitements. Il est disponible à l'adresse www.sgedssed.ch/fr/asemo/67/.

GUIDE PRATIQUE CONTRE L'OBÉSITÉ : LA VERSION ABRÉGÉE DU CONSENSUS EST DÉSORMAIS DISPONIBLE

Pour que le consensus puisse être mieux utilisé dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé, l'OFSP, la SSED et l'ASEMO ont rédigé ensemble une version abrégée. C'est donc en collaboration avec divers groupes professionnels et experts que le guide pratique contre l'obésité destiné aux médecins et aux professionnels de la santé a été élaboré.

Le guide comporte un schéma de traitement qui souligne la collaboration pluridisciplinaire et un outil pratique avec des liens et des renvois vers des organisations spécialisées.

La version abrégée a été présentée lors de la séance annuelle de la SSED, le 16 novembre 2017. Depuis la mi-novembre, elle peut être commandée ou téléchargée en format PDF sur www.sgedssed.ch en français, en allemand et en italien.

Contact :

Nadine Stoffel-Kurt
Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Section Prévention dans le domaine des soins
Tél. 058 465 58 14
nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch

Références, littérature :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/koerpergewicht-bewegung/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas/praxisleitfaden-adipositas.html>



L'étude de l'Université de Berne sur la consommation de cannabis ne peut pas être autorisée

La demande de l'Institut de médecine sociale et préventive et du Centre d'études cliniques de l'Université de Berne visant à mener une étude scientifique sur la vente légale de cannabis à des fins récréatives ne peut pas être acceptée. L'actuelle loi sur les stupéfiants ne permet pas la consommation de cannabis pour des raisons non médicales. Pour qu'une telle étude puisse être autorisée, il faudrait compléter la loi avec, par exemple, un article relatif aux projets pilotes.

Le 10 mai 2017, l'Université de Berne a demandé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) une autorisation exceptionnelle pour mener une étude scientifique au cours de laquelle les participants pourraient se procurer du cannabis dans les pharmacies. Il s'agissait d'étudier les effets d'une vente régulée de cannabis sur les consommateurs et sur le marché illégal dans la Ville de Berne.

L'actuelle loi sur les stupéfiants interdit notamment la culture, la production, le commerce, la possession et la consommation de cannabis en Suisse. Pour ce qui concerne la culture, la production et le commerce, des exceptions sont possibles pour des projets de recherche scientifiques ou pour des applications médicales limitées. La consommation de cannabis à des fins récréatives, telle que prévue par l'étude, est exclue dans tous les cas, conformément à la loi sur les stupéfiants, même dans le cadre de projets scientifiques. Pour cette raison, l'OFSP n'a pas pu octroyer d'autorisation exceptionnelle. L'Université de Berne dispose d'un délai de 30 jours pour faire recours contre cette décision.

Du point de vue de la politique de la santé, de tels projets permettent d'étudier de nouvelles approches sociétales concernant le cannabis. Il serait donc en principe souhaitable de pouvoir analyser scientifiquement de nouvelles formes de réglementation.

Pour autoriser ce type d'études, il conviendrait de compléter la loi sur les stupéfiants avec un article relatif aux projets pilotes. Dans le cadre d'essais suivis scientifiquement, cette disposition permettrait de lever, pendant un certain temps, l'interdiction de la consommation de cannabis à des fins récréatives, tout en limitant les lieux de remise et le cercle des destinataires.

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
Communication,
Tél. +41 58 462 95 05
media@bag.admin.ch

Département responsable :

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Système de santé suisse : les seniors s'informent souvent sur Internet

En Suisse, la majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus a une opinion globalement favorable du système de santé. Tel est le résultat d'une vaste enquête internationale menée dans onze pays sous l'égide de la fondation Commonwealth Fund. L'enquête, présentée à Washington, montre notamment que beaucoup de personnes âgées se servent d'Internet pour se renseigner sur des sujets liés à la santé. En outre, les mesures de prévention sont plus souvent thématiques avec un professionnel de la santé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique.

La plupart des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant en Suisse sont satisfaites des soins de santé. Parmi les quelque 3200 personnes sondées dans cette catégorie d'âge, quatre cinquièmes sont satisfaites de la qualité des soins. La Suisse obtient ainsi d'excellents résultats en comparaison internationale, comme lors des enquêtes précédentes du Commonwealth Fund. À cet égard, elle se place en tête des pays participants, devant la Nouvelle-Zélande et la Norvège.

Près de la moitié des personnes interrogées qualifient leur état de santé de « bon » ; un tiers le qualifie d'« excellent ou très bon ». Une personne sur cinq estime que son état de santé est « passable » ou « mauvais ». En comparaison internationale, la Suisse se situe au milieu du classement. Aux Pays-Bas,

en France et en Allemagne, les personnes sondées déclarent avoir une santé plus mauvaise.

À noter qu'environ deux tiers des seniors interrogés ont répondu au questionnaire en ligne cette année ; les autres ont répondu par téléphone. L'enquête montre également que plus de deux cinquièmes (43 %) des individus sondés se servent d'Internet pour se renseigner sur des questions de santé. Une personne sur dix consulte des informations en ligne ou télécharge à partir d'Internet des informations sur sa propre santé. La proportion la plus élevée se trouve chez les personnes âgées entre 65 et 74 ans. À ce sujet, le niveau de formation joue aussi un rôle : les personnes avec un niveau de formation supérieur sont plus nombreuses à s'informer en ligne que les personnes dont la formation s'est achevée à l'école obligatoire.

En Suisse, la quasi-totalité des personnes sondées (97 %) a un médecin de famille. La disponibilité des médecins en cas d'urgence a toutefois diminué par rapport à l'enquête de 2014. Tandis qu'il y a trois ans, près de deux tiers des personnes sondées obtenaient un rendez-vous chez leur médecin le jour même ou le lendemain, en 2017, ce ne sont plus que la moitié des personnes interrogées qui obtiennent un rendez-vous en urgence.

Une personne sur cinq (24 %) rapporte des problèmes de coordination lors de sa prise en charge, par exemple, le fait d'avoir reçu des informations contradictoires de différents professionnels de la santé ou de s'être vu prescrire un test médical jugé inutile parce que déjà réalisé. Ce résultat demeure presque inchangé par rapport à l'enquête de 2014 (21 %).

Dans la dernière enquête, certains cantons (VS, VD, GE et ZH) ont augmenté leur échantillon pour pouvoir procéder à des analyses cantonales. Il en ressort une différence nette en matière de prévention : dans les cantons romands, plus de deux cinquièmes (46 %) des personnes sondées déclarent

La Suisse participe à l'enquête internationale du Commonwealth Fund sur les soins de santé depuis 2010. Les résultats de l'enquête 2017 ont été discutés lors d'une rencontre ministérielle organisée à Washington du 15 au 17 novembre 2017. Le Commonwealth Fund est une fondation privée à but non lucratif qui a pour double objectif de promouvoir la mise en place de systèmes de santé publique efficaces, offrant un meilleur accès à l'assurance-maladie, et d'améliorer la qualité des prestations proposées. À Washington, la délégation helvétique est dirigée par Pascal Strupler, directeur de l'OFSP.

L'enquête 2017 (« International Survey of Older Adults », Commonwealth Fund, New York, USA) a été menée auprès d'échantillons représentatifs des populations de onze pays : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, la Grande-Bretagne, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

En Suisse, l'échantillon représentatif était constitué de 3238 individus âgés de 65 ans ou plus.

avoir discuté au moins une fois d'alimentation saine avec un professionnel de la santé ; en Suisse alémanique, cette part n'atteint même pas un tiers (27 %).

Il en va autrement des dispositions concernant la fin de vie : les personnes âgées ont-elles informé une personne de confiance ou un professionnel de leurs décisions en matière de prise en charge en fin de vie ? Environ deux tiers (64 %) des personnes interrogées en Suisse alémanique affirment que c'est le cas ; cette part se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale (60 %). En Suisse romande, il s'agit de la moitié des personnes interrogées (52%). Un bon tiers de la population sondée a consigné ses décisions par écrit.

Renseignements complémentaires :

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

Liens :

Rapport, documents et autres renseignements :
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aeltere-wohnbevoelkerung.html>

Observatoire suisse de la santé (Obsan) :
<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/experience-de-la-population-agee-de-65-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante>

Fondation Commonwealth Fund :
<http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policy-surveys/2017/2017-international-survey>

La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé devient durable

Lors de sa séance du 15 novembre 2017, le Conseil fédéral a adopté les bases légales qui permettront d'établir durablement dans le domaine de la santé la coopération entre les régions frontalières. L'assurance-maladie assumera, à certaines conditions, les coûts afférents.

Depuis 2006, l'assurance obligatoire des soins (AOS) peut, dans le cadre de projets pilotes menés par les cantons et les assureurs, prendre en charge les coûts de traitements médicaux fournis à l'étranger en zone frontalière. Deux projets de ce type sont en cours dans les régions de Bâle/Lörrach et de Saint-Gall/Liechtenstein. Les nouvelles bases légales, qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2018, permettront de poursuivre ces projets sur le long terme. En outre, les cantons auront la possibilité de déposer des demandes d'autorisation pour d'autres programmes illimités de coopération transfrontalière dans les zones proches de la frontière. Les assurés pourront choisir librement de se faire traiter par les fournisseurs de prestations admis à pratiquer dans le cadre de ces programmes.

Par ailleurs, à partir du 1^{er} janvier 2018 également, toutes les personnes assurées en Suisse pourront librement choisir leur médecin et d'autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire partout en Suisse, et ce, sans subir de préjudice financier. Jusqu'ici, l'AOS prenait en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Si les coûts du traitement effectué ailleurs étaient plus élevés, l'assuré devait financer lui-même la différence.

D'autres modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Elles concernent notamment les frontaliers ainsi que les retraités

et les membres de leur famille qui sont affiliés à l'AOS et habitent dans un État de l'UE ou de l'AELE. Pour ces assurés, les cantons devront financer la moitié des coûts des traitements hospitaliers stationnaires effectués en Suisse, au même titre que pour les assurés domiciliés en Suisse. L'assurance-maladie assumera l'autre moitié des coûts. Ces assurés auront dorénavant, en cas de traitement hospitalier, le libre choix entre les hôpitaux répertoriés. Pour les frontaliers, les coûts seront pris en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où se situe leur lieu de travail tandis que, pour les retraités, le Conseil fédéral a désigné le canton de Berne comme référence.

Renseignements :

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

Département responsable :

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Informations complémentaires:

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modifications de la LAMal et l'OAMal qui concernent principalement des dispositions à caractère international

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances


Les ordonnances suivantes sont bloquées


Canton	N ^{os} de bloc	Ordonnances n ^{os}
Vaud	209616F	5240376 bis 5240400

LE SAFER SEX CHECK PERSONNEL SUR LOVELIFE.CH



NE REGRETTE RIEN

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

SANTÉ SEXUELLE suisse
SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz
SALUTE SESSUALE Svizzera

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

publicationsfederales.admin.ch: 316.562f

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

A-PRIORITY

P.P.

CH-3003 Berne
Post CH AG

OFSP - Bulletin

Semaine

48/2017