



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 15 janvier 2018

OFSP-Bulletin

Semaine

3/2018

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

La vaccination contre les HPV : efficace et sûre, p. 16

Liste des spécialités, p. 25

Pour l'égalité des chances en santé, p. 40

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses 52 ^e semaine	4
Déclarations des maladies infectieuses 01 ^{re} semaine	6
Statistique Sentinella	8
Rapport hebdomadaire des affections grippales	8
www.anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	14
La vaccination contre les HPV : efficace et sûre	16
Liste des spécialités	25
Pour l'égalité des chances en santé	40

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 52^e semaine (09.01.2018)^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 de 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/rapport-grippe.

^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.

* Pas de données actuelles disponibles.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 52^e semaine (09.01.2018)^a

	semaine 52			dernières 4 semaines			dernières 52 semaines			depuis le début de l'année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	4 2.50	4 2.50	8 1.20	14 2.20	6 0.90	112 1.30	117 1.40	104 1.20	112 1.30	117 1.40	104 1.20
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	786 483.30	1012 622.20	28 17.40	1246 191.50	1654 254.20	78 12.10	9111 107.70	5309 62.80	5846 69.90	9111 107.70	5309 62.80	5846 69.90
Légionellose	16 9.80	1 0.60	6 3.70	28 4.30	11 1.70	29 4.50	492 5.80	365 4.30	388 4.60	492 5.80	365 4.30	388 4.60
Méningocoques: maladie invasive	1 0.60	1 0.60		1 0.20	3 0.50	2 0.30	54 0.60	50 0.60	43 0.50	54 0.60	50 0.60	43 0.50
Pneumocoques: maladie invasive	26 16.00	39 24.00	22 13.70	94 14.40	109 16.80	86 13.40	947 11.20	839 9.90	859 10.30	947 11.20	839 9.90	859 10.30
Rougeole		1 0.60			13 2.00		105 1.20	65 0.80	36 0.40	105 1.20	65 0.80	36 0.40
Rubéole^c									4 0.05			4 0.05
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	4 2.50	8 4.90	6 3.70	25 3.80	44 6.80	37 5.80	532 6.30	612 7.20	536 6.40	532 6.30	612 7.20	536 6.40
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	37 22.80	137 84.20	131 81.50	261 40.10	441 67.80	543 84.40	6803 80.40	7764 91.80	6702 80.10	6803 80.40	7764 91.80	6702 80.10
Hépatite A	2 1.20		1 0.60	3 0.50	3 0.50	2 0.30	114 1.40	41 0.50	40 0.50	114 1.40	41 0.50	40 0.50
Infection à E. coli entérohémorragique	9 5.50	5 3.10	6 3.70	33 5.10	31 4.80	20 3.10	701 8.30	471 5.60	292 3.50	701 8.30	471 5.60	292 3.50
Listériose	1 0.60	1 0.60		2 0.30	3 0.50	5 0.80	46 0.50	52 0.60	53 0.60	46 0.50	52 0.60	53 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			2 1.20	1 0.20	1 0.20	2 0.30	22 0.30	23 0.30	17 0.20	22 0.30	23 0.30	17 0.20
Salmonellose, autres	22 13.50	15 9.20	8 5.00	72 11.10	97 14.90	66 10.30	1832 21.70	1507 17.80	1360 16.30	1832 21.70	1507 17.80	1360 16.30
Shigellose	2 1.20	1 0.60	3 1.90	6 0.90	6 0.90	19 3.00	144 1.70	183 2.20	183 2.20	144 1.70	183 2.20	183 2.20

	semaine 52			dernières 4 semaines			dernières 52 semaines			depuis le début de l'année		
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2017	2016	2015
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie*	-	144	196	-	784	872	-	10986	10182	-	10986	10182
	-	88.50	121.90	-	120.50	135.60	-	129.90	121.80	-	129.90	121.80
Gonorrhée	25	44	51	158	182	162	2401	2413	1938	2401	2413	1938
	15.40	27.00	31.70	24.30	28.00	25.20	28.40	28.50	23.20	28.40	28.50	23.20
Hépatite B, aiguë		3	2		4	3	21	44	32	21	44	32
		1.80	1.20		0.60	0.50	0.20	0.50	0.40	0.20	0.50	0.40
Hépatite B, total déclarations	13	24	29	104	101	123	1210	1453	1359	1210	1453	1359
Hépatite C, aiguë		2	1		3	8	35	43	52	35	43	52
		1.20	0.60		0.50	1.20	0.40	0.50	0.60	0.40	0.50	0.60
Hépatite C, total déclarations	15	32	25	89	104	128	1412	1517	1419	1412	1517	1419
Infection à VIH	7	15	4	39	42	18	471	547	550	471	547	550
	4.30	9.20	2.50	6.00	6.50	2.80	5.60	6.50	6.60	5.60	6.50	6.60
Sida			1		4	5	81	70	82	81	70	82
			0.60		0.60	0.80	1.00	0.80	1.00	1.00	0.80	1.00
Syphilis	23	20	20	89	87	71	1220	1053	1048	1220	1053	1048
	14.10	12.30	12.40	13.70	13.40	11.00	14.40	12.40	12.50	14.40	12.40	12.50
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							10	7	1	10	7	1
							0.10	0.08	0.01	0.10	0.08	0.01
Chikungunya			2			5	16	33	39	16	33	39
			1.20			0.80	0.20	0.40	0.50	0.20	0.40	0.50
Dengue		2	3	7	10	13	146	201	193	146	201	193
		1.20	1.90	1.10	1.50	2.00	1.70	2.40	2.30	1.70	2.40	2.30
Encéphalite à tiques	1	1	1	2	3	11	274	202	121	274	202	121
	0.60	0.60	0.60	0.30	0.50	1.70	3.20	2.40	1.40	3.20	2.40	1.40
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q	1		2	3		4	39	48	37	39	48	37
	0.60		1.20	0.50		0.60	0.50	0.60	0.40	0.50	0.60	0.40
Infection à Hantavirus					2		1	3	2	1	3	2
					0.30		0.01	0.04	0.02	0.01	0.04	0.02
Infection à virus Zika ^e		1		3	2		15	54		15	54	
		0.60		0.50	0.30		0.20	0.60		0.20	0.60	
Paludisme	4		5	19	12	27	342	315	414	342	315	414
	2.50		3.10	2.90	1.80	4.20	4.00	3.70	5.00	4.00	3.70	5.00
Trichinellose				1			1		2	1		2
				0.20			0.01		0.02	0.01		0.02
Tularémie			1	4	5	4	124	57	48	124	57	48
			0.60	0.60	0.80	0.60	1.50	0.70	0.60	1.50	0.70	0.60
Autres déclarations												
Botulisme							2	2	2	2	2	2
							0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Diphthérie ^f					2		2	6	10	2	6	10
					0.30		0.02	0.07	0.10	0.02	0.07	0.10
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				2	1	1	17	14	19	17	14	19
				0.30	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20
Tétanos									1			1
									0.01			0.01

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 1^{re} semaine (09.01.2018)^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 de 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/rapport-grippe.

^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.

* Pas de données actuelles disponibles.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 1^{re} semaine (09.01.2018)^a

	semaine 01			dernières 4 semaines			dernières 52 semaines			depuis le début de l'année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	4 2.50	1 0.60	2 1.20	10 1.50	11 1.70	9 1.40	115 1.40	116 1.40	103 1.20	4 2.50	1 0.60	2 1.20
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	1422 874.30	1437 883.50	81 49.80	2612 401.50	3025 465.00	160 24.60	9096 107.60	6665 78.80	5798 68.60	1422 874.30	1437 883.50	81 49.80
Légionellose	12 7.40	4 2.50	9 5.50	35 5.40	11 1.70	32 4.90	500 5.90	360 4.30	391 4.60	12 7.40	4 2.50	9 5.50
Méningocoques: maladie invasive		2 1.20	4 2.50	1 0.20	4 0.60	4 0.60	52 0.60	48 0.60	45 0.50		2 1.20	4 2.50
Pneumocoques: maladie invasive	76 46.70	49 30.10	45 27.70	141 21.70	134 20.60	125 19.20	974 11.50	843 10.00	887 10.50	76 46.70	49 30.10	45 27.70
Rougeole		1 0.60			8 1.20		104 1.20	66 0.80	33 0.40		1 0.60	
Rubéole^c									4 0.05			
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	4 2.50	5 3.10	6 3.70	21 3.20	45 6.90	34 5.20	531 6.30	611 7.20	528 6.20	4 2.50	5 3.10	6 3.70
Transmission féco-orale												
Campylobactériose*	- -	232 142.60	460 282.80	- -	542 83.30	979 150.50	- -	7536 89.10	7026 83.10	- -	232 142.60	460 282.80
Hépatite A	1 0.60	2 1.20	1 0.60	3 0.50	4 0.60	5 0.80	113 1.30	42 0.50	43 0.50	1 0.60	2 1.20	1 0.60
Infection à E. coli entérohémorragique	18 11.10	9 5.50	8 4.90	38 5.80	27 4.20	25 3.80	710 8.40	472 5.60	304 3.60	18 11.10	9 5.50	8 4.90
Listériose	2 1.20		2 1.20	3 0.50	3 0.50	4 0.60	48 0.60	50 0.60	50 0.60	2 1.20		2 1.20
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.20	1 0.20	2 0.30	22 0.30	23 0.30	16 0.20			
Salmonellose, autres	33 20.30	19 11.70	18 11.10	84 12.90	86 13.20	54 8.30	1846 21.80	1508 17.80	1364 16.10	33 20.30	19 11.70	18 11.10
Shigellose	2 1.20	1 0.60	7 4.30	5 0.80	6 0.90	16 2.50	145 1.70	177 2.10	188 2.20	2 1.20	1 0.60	7 4.30

	semaine 01			dernières 4 semaines			dernières 52 semaines			depuis le début de l'année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie*	-	182	171	-	728	675	-	10997	10221	-	182	171
	-	111.90	105.10	-	111.90	103.80	-	130.00	120.80	-	111.90	105.10
Gonorrhée*	-	39	54	-	164	183	-	2398	1963	-	39	54
	-	24.00	33.20	-	25.20	28.10	-	28.40	23.20	-	24.00	33.20
Hépatite B, aiguë			2		3	4	21	42	32			2
			1.20		0.50	0.60	0.20	0.50	0.40			1.20
Hépatite B, total déclarations	13	17	32	78	82	132	1206	1438	1395	13	17	32
Hépatite C, aiguë		1			3	6	34	44	53		1	
		0.60			0.50	0.90	0.40	0.50	0.60		0.60	
Hépatite C, total déclarations	15	10	24	70	76	118	1417	1503	1442	15	10	24
Infection à VIH	1	5	8	24	41	15	467	544	531	1	5	8
	0.60	3.10	4.90	3.70	6.30	2.30	5.50	6.40	6.30	0.60	3.10	4.90
Sida			1		3	2	81	69	82			1
			0.60		0.50	0.30	1.00	0.80	1.00			0.60
Syphilis*	-	17	10	-	86	55	-	1060	1044	-	17	10
	-	10.40	6.20	-	13.20	8.40	-	12.50	12.30	-	10.40	6.20
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1			1		9	8	1		1	
		0.60			0.20		0.10	0.09	0.01		0.60	
Chikungunya			1			4	16	32	38			1
			0.60			0.60	0.20	0.40	0.40			0.60
Dengue			3	4	10	11	146	198	196			3
			1.80	0.60	1.50	1.70	1.70	2.30	2.30			1.80
Encéphalite à tiques	1			2	1	2	275	202	121	1		
	0.60			0.30	0.20	0.30	3.20	2.40	1.40	0.60		
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune												
Fièvre Q	2			3		3	41	48	38	2		
	1.20			0.50		0.50	0.50	0.60	0.40	1.20		
Infection à Hantavirus					1		1	3	2			
					0.20		0.01	0.04	0.02			
Infection à virus Zika°				1	2		15	54				
				0.20	0.30		0.20	0.60				
Paludisme	14	3	3	29	12	24	353	315	417	14	3	3
	8.60	1.80	1.80	4.50	1.80	3.70	4.20	3.70	4.90	8.60	1.80	1.80
Trichinellose				1			1		2			
				0.20			0.01		0.02			
Tularémie		2		1	6	3	122	59	50		2	
		1.20		0.20	0.90	0.50	1.40	0.70	0.60		1.20	
Autres déclarations												
Botulisme							2	2	2			
							0.02	0.02	0.02			
Diphthérie ^f					1		2	6	10			
					0.20		0.02	0.07	0.10			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1	1	1	1	17	13	19			1
			0.60	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20			0.60
Tétanos									1			
									0.01			

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 5.1.2018 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	50		51		52		1		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	107	7.8	207	14.8	237	47.6	329	62.9	220	33.3
Oreillons	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Coqueluche	6	0.4	5	0.4	2	0.4	1	0.2	3.5	0.3
Piqûre de tiques	1	0.1	2	0.1	1	0.2	0	0	1	0.1
Borréliose de Lyme	2	0.1	3	0.2	2	0.4	0	0	1.8	0.2
Herpès Zoster	12	0.9	10	0.7	5	1.0	6	1.1	8.3	0.9
Néuralgie post-zostérienne	2	0.1	6	0.4	1	0.2	1	0.2	2.5	0.2
Médecins déclarants	153		152		100		100		126.3	

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.

Le seuil épidémique saisonnier a été dépassé en semaine 51/2017, l'incidence est en hausse.

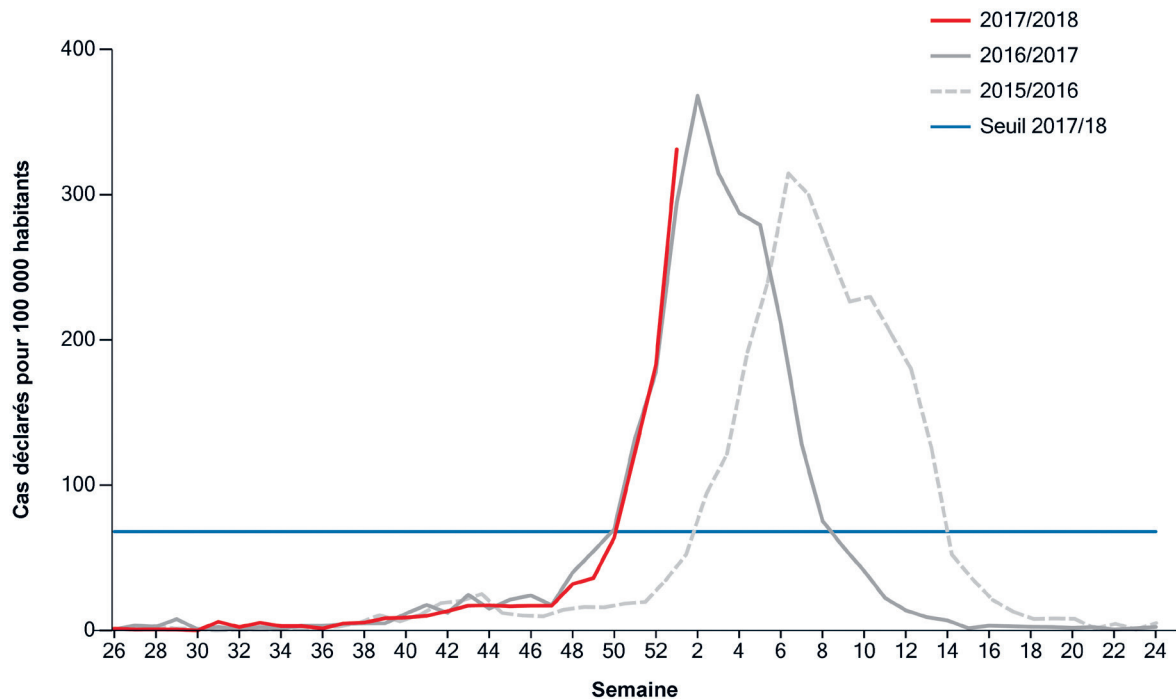
Semaine 1/2018

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement largement répandue. Durant la semaine 1/2018, 100 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 62,9 cas d'affections grippales pour 1000 consultations.

Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 331 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Le seuil épidémique saisonnier de 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants a été dépassé en semaine 51/2017 (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, avec une tendance à la hausse à tout âge (Tableau 1).

La propagation de la grippe était répandue dans les régions 1 (GE, NE, VD, VS) et 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), et largement répandue dans les régions 2 (BE, FR, JU), 3 (AG, BL, BS, SO), 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH) et 6 (GR, TI), avec une tendance à la hausse dans toutes les régions (Figure 2, Encadré).

Tableau 1:
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 1/2018

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
Incidence par âge		
0-4 ans	496	ascendante
5-14 ans	275	ascendante
15-29 ans	290	ascendante
30-64 ans	361	ascendante
≥65 ans	269	ascendante
Suisse	331	ascendante

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

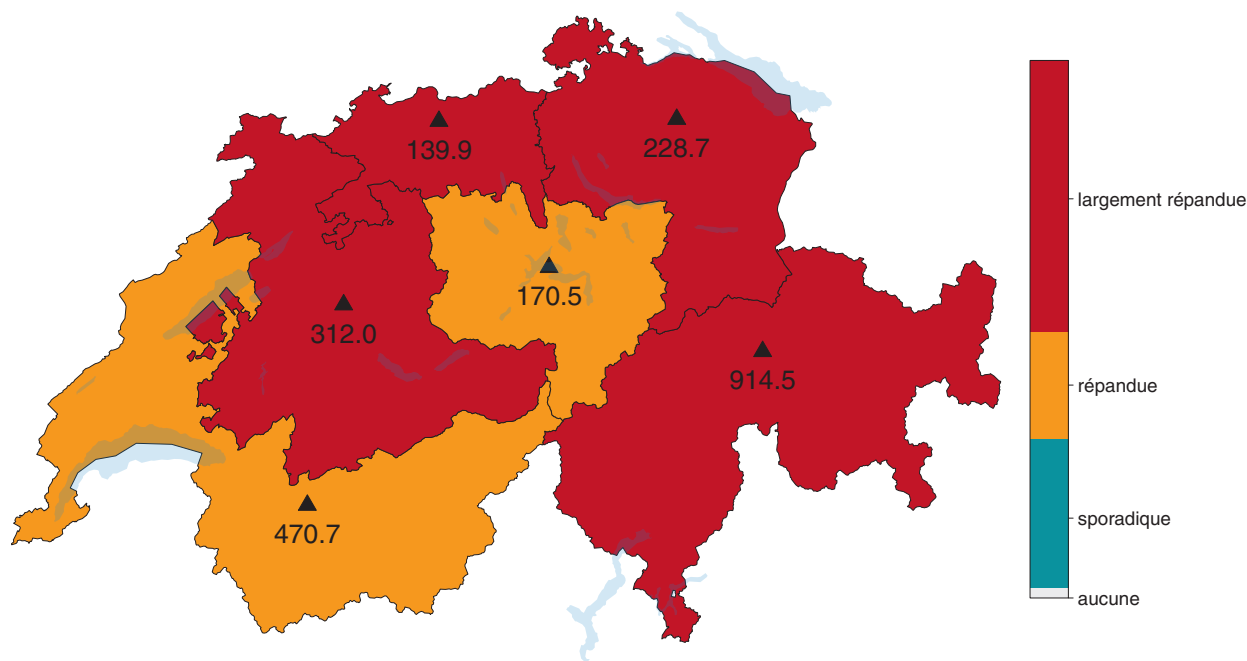
	Semaine 1/2018	Semaines cumulées 2017-18	
	Fréquence des virus	Fréquence des virus	Couverture par les vaccins
Echantillons positifs	37 von 49 (76%)	194 von 404 (48%)	8% 91%
B Victoria	3%	1%	- -
B Yamagata	19%	66%	0% 100%
B non sous-typé	62%	16%	
A(H3N2)	0%	4%	100% 100%
A(H1N1)pdm09	0%	8%	- -
A non sous-typé	16%	5%	

▲ Couvert par le vaccin trivalent 2017/18

■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2017/18

- pas des données

Figure 2
Incidence des consultations pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 1/2018



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.

Tendance: ▲ ascendante ▼ descendante ◆ constante

Parmi les 49 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella durant la semaine 1/2018, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence des virus Influenza B dans 31 échantillons et des virus Influenza A dans 6 échantillons.

Depuis le début de la saison de la grippe, le CNRI a mis en évidence par inhibition de l'hémagglutination les virus suivants dans des échantillons Sentinella:

- *Influenza A/Hong Kong/4801/2014*;
- *Influenza B/Novosibirsk/11/2012*;
- *Influenza B/Puket/3073/2013*.

Situation internationale

En Europe, on a généralement observé durant les dernières semaines une activité grippale basse à moyenne, avec une tendance à la hausse [1]. En Asie et Amérique du Nord, l'activité grippale était élevée, avec une tendance à la hausse particulièrement aux Etats-Unis [2–6].

En Europe et Asie, les virus appartenait au lignage Influenza B Yamagata et aux sous-types Influenza A(H3N2) et A(H1N1) pdm09, avec une répartition géographique complexe [1, 4–6]. La majorité des virus détectés en Amérique du Nord appartenaient au sous-type Influenza A(H3N2) [2, 3].

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 09.01.2018).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 09.01.2018).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiens-ensante.gc.ca/diseases-conditions-maladiesaffections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 09.01.2018).
4. WHO Influenza update – 306 http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/ (accessed on 09.01.2018).
5. Japan NIID Surveillance report influenza. <http://www.nih.go.jp/niid/en/influenza-e.html> (accessed on 09.01.2018).
6. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 09.01.2018).

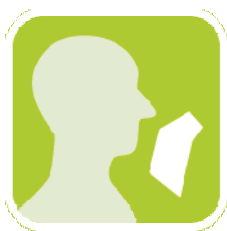
Mesures de prévention et d'hygiène essentielles

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.



Toussez et éternuez dans le creux du coude

Si vous n'avez pas de mouchoir en papier sur vous, tousser et éternuer 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.



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.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'OFSP, des cantons et des ONG,
financée par le fonds de prévention du tabagisme.

**JULIE A ARRÊTÉ DE FUMER.
VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ LE FAIRE.**

La ligne stop-tabac vous aide à arrêter :

0848 000 181*



**S M O K E
FREE**

Je suis plus forte.

Lorsque les parents fument, les enfants ont tendance à les imiter en grandissant. Faites le premier pas pour arrêter de fumer et montrez le bon exemple. Les professionnels de la ligne stop-tabac vous aident dans votre démarche.

* 8 ct./min. depuis une ligne fixe

smokefree.ch

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.

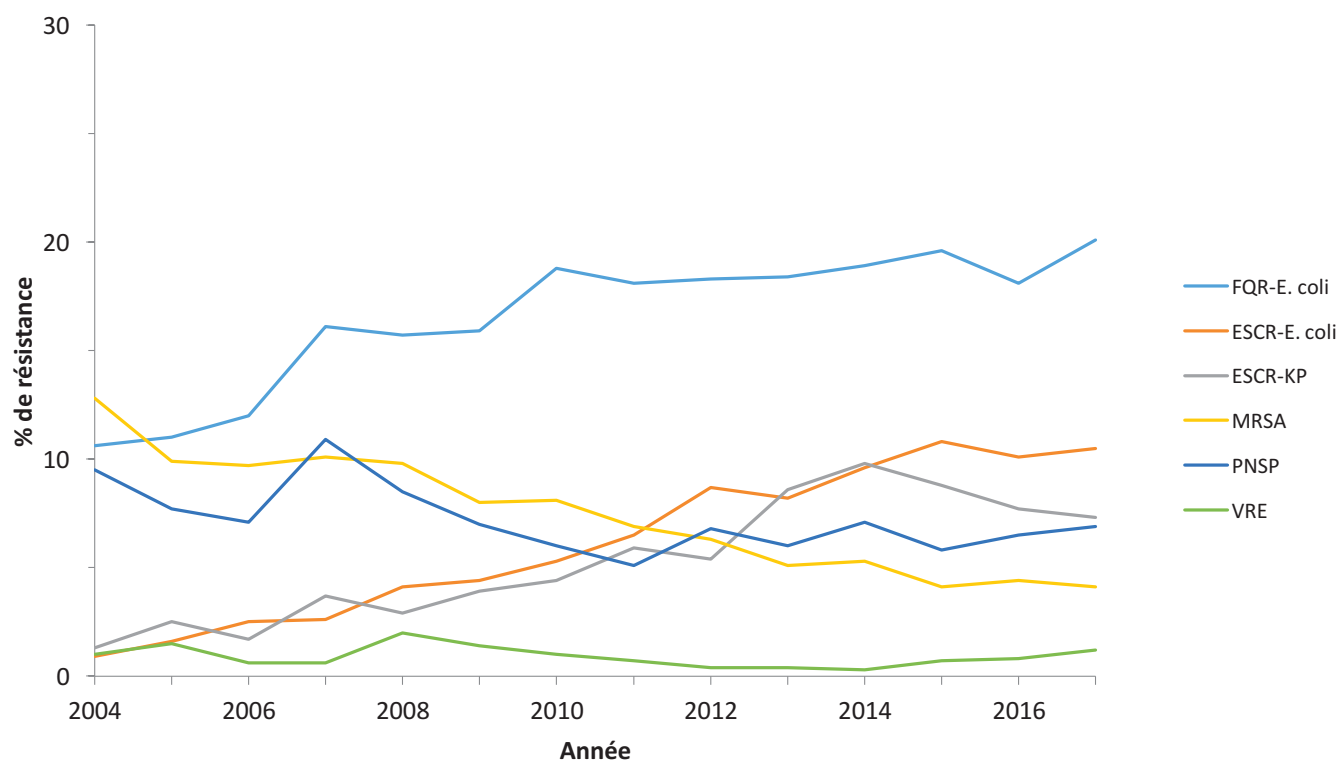
PNSP Streptococcus pneumoniae résistants à la pénicilline, définis comme tous les S. pneumoniae de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline.

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](http://www.anresis.ch) du 18.12.2017

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	20.1
	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	5'049	4'345
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	10.5
	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	5'071	4'369
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	7.3
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	870	922	999	771
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	4.4	4.1
	n	758	840	1'063	1'120	1'220	1'393	1'413	1'464	1'383	1'477	1'712	1'777	1'792	1'625
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	6.5	6.9
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	539	635	611	578
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	1.2
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1'116	1'012	848

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.

Le texte original de cet article est paru le 8.12.2017 dans la revue *Ars medici* avec l'aimable autorisation de la rédaction.

La vaccination contre les HPV : efficace et sûre

État actuel de l'efficacité et de la sécurité des vaccins disponibles

L'expérience de ces dix dernières années montre clairement que les vaccins disponibles contre les HPV sont très efficaces et sûrs. L'utilisation du vaccin nonavalent permettra de prévenir une plus grande part des maladies associées aux HPV. Le présent article livre un aperçu des données scientifiques disponibles sur l'efficacité et la sécurité des différents vaccins contre les HPV en tenant compte de la charge de morbidité occasionnée par ces virus.

Anne Spaar¹, Ulrich Heininger², Susanne Stronski Huwiler^{3,4}, Virginie Masserey Spicher¹

Les infections à papillomavirus humains (HPV) constituent les maladies sexuellement transmissibles les plus fréquentes. La centaine de types de HPV connus se répartissent en types oncogènes et non oncogènes. Le HPV de type 16 en particulier joue un rôle dans les cas de cancer causés par les HPV. Alors que la majeure partie de la population est infectée par différents types de HPV au cours de la vie, la plupart de ces infections sont temporaires. Mais l'infection peut perdurer chez certaines personnes et entraîner des modifications cellulaires dans l'organe cible. Plusieurs cancers de la région anogénitale et de la sphère laryngopharyngée peuvent être engendrés par ces infections persistantes à HPV. Selon la nature de la tumeur, la part des maladies imputables à une infection à HPV varie néanmoins. Certains groupes à risque, à l'instar des personnes souffrant d'un déficit immunitaire et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), ont un risque accru d'infection et de manifestations subséquentes de la maladie.

Depuis 2007, la vaccination contre les HPV est recommandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), au début uniquement pour les filles et les femmes, depuis 2015 également pour les garçons et les hommes (*encadré 1*) (1, 2). Dans un premier temps, deux vaccins étaient disponibles, l'un (Cervarix®) couvrant les HPV oncogènes de types 16 et 18, l'autre (Gardasil®) couvrant de surcroît les HPV de types 11 et 6, qui provoquent surtout des verrues génitales. Depuis quelques

années, il existe un nouveau vaccin, qui protège contre cinq autres types de HPV oncogènes : 31, 33, 45, 52, 58 (Gardasil 9® ; *encadré 2*). Ce vaccin nonavalent devrait être disponible en Suisse au cours de l'année 2018. Les autorités et instances compétentes préparent actuellement les bases nécessaires pour son utilisation en Suisse.

CHARGE DE MORBIDITÉ DES MALADIES ASSOCIÉES AUX HPV

Le cancer du col de l'utérus et les lésions précancéreuses associées découlent pour une large part des HPV et représentent la plus grande partie de la charge de morbidité des tumeurs causées par les HPV : le cancer du col de l'utérus est l'un des plus fréquents chez les femmes du monde entier et est associé aux HPV dans près de 100 % des cas. En Suisse, c'est le cinquième carcinome le plus fréquent chez les femmes âgées de 20 à 49 ans. Hartwig et al. ont analysé les taux d'incidence annuels des maladies associées aux HPV en Europe (31 pays sous revue), les types de HPV impliqués ainsi que les fractions évitables grâce au vaccin quadrivalent ou nonavalent (3). En

Phrases-clés :

- Les vaccins disponibles contre les HPV sont très efficaces et sûrs.
- Aucun lien de causalité n'a pu être établi avec l'apparition du syndrome de Guillain-Barré.
- En cas de couverture vaccinale suffisante, les personnes non vaccinées bénéficient d'une immunité de groupe.
- Une vaccination précoce est importante pour exploiter tout le potentiel d'efficacité des vaccins.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus reste important.
- Avec l'accroissement de la couverture vaccinale et l'augmentation du nombre de cohortes vaccinées, il sera nécessaire de réfléchir à adapter le dépistage.

1. Division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique, Berne
2. Infectiologie/vaccinologie pédiatrique, Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle
3. Clinique pédiatrique de l'Hôpital de l'Île, Berne
4. Service de pédiatrie, Hôpital de Riggisberg

Encadré 1 :

Recommandations de vaccination contre les HPV selon le plan de vaccination suisse 2017

Vaccination de base

- filles entre 11 et 14 ans (avant le quinzième anniversaire) : 2 doses – 0 et 6 mois

Vaccination de rattrapage

- jeunes femmes non vaccinées entre 15 et 19 ans (avant le vingtième anniversaire) : 3 doses – 0, 1/2 et 6 mois

Vaccination complémentaire (décision médicale individuelle)

- femmes non vaccinées entre 20 et 26 ans : 3 doses – 0, 1/2 et 6 mois
- garçons entre 11 et 14 ans (avant le quinzième anniversaire) : 2 doses – 0 et 6 mois
- garçons/hommes entre 15 et 26 ans : 3 doses – 0, 1/2 et 6 mois

Le schéma à trois doses s'applique aux personnes souffrant d'un déficit immunitaire.

plus du col de l'utérus, l'anus et le vagin sont les localisations de cancer le plus souvent imputables aux HPV (respectivement 87,1 % et 70,1 %, *tableau*). Pour les autres localisations, moins de 30 % des maladies sont associés aux HPV. Pour tous les types de cancer, 70 à 90 % des cas associés aux HPV sont provoqués par des types de HPV contenus dans le vaccin quadrivalent ou nonavalent. D'après les données européennes, les hommes sont concernés dans 19 % des cas de tumeurs malignes liés aux HPV (près de 10 000 nouveaux cas par an), les femmes dans 81 % des cas (44 000). Sans compter le nombre important de verrues génitales, qui touchent les deux sexes de manière égale, et les lésions précancéreuses (*tableau*).

En fonction des études et de leurs sources (région, âge), la charge de morbidité imputable aux HPV et les types de HPV déterminants varient (4, 5). Les présentes données doivent être considérées comparativement comme une estimation plutôt prudente.

Les études scientifiques utilisent principalement comme résultat les maladies du col de l'utérus associées aux HPV, à cause de leur charge de morbidité élevée. La répartition des types de HPV dans les lésions cervicales précancéreuses de haut grade (néoplasies cervicales intraépithéliales de grade 3 ou plus, CIN3+) ou dans les cancers invasifs du col de l'utérus a fait l'objet d'importantes études internationales sur plus de 100 000 patientes dans les pays industrialisés (6, 7). Une étude réalisée en Suisse a montré une répartition des types de HPV comparable chez les patientes atteintes de CIN3+ à quelques

différences près (8). Par conséquent, les sept types oncogènes couverts par le vaccin nonavalent comptent parmi les dix principaux types déclencheurs. Le HPV de type 16 est le plus fréquent, dans 50 à 60 % des cas pour les lésions CIN3 et dans 60 à 70 % des cas pour les cancers invasifs du col de l'utérus.

En Suisse, l'Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer (NICER) (9) collecte les données sur l'incidence du cancer. Seules sont évaluées séparément les données à partir d'une certaine fréquence de la maladie. D'après les données pour la période 2010–2014, il y a chaque année en Suisse 254 nouveaux cas estimés de cancers du col de l'utérus, respectivement 140 et 57 nouveaux cas de carcinomes anaux chez les femmes et les hommes ainsi que 2440 cas estimés de CIN3 (données CIN3 de 2013, communication personnelle NICER 2017).

Encadré 2 :

Données probantes sur le vaccin nonavalent (Gardasil 9®)

À ce jour, une étude randomisée a évalué l'efficacité du vaccin nonavalent dans une comparaison directe avec le vaccin quadrivalent, sur plus de 10 000 femmes âgées de 16 à 26 ans (15, 16). Les critères d'évaluation étaient l'efficacité contre les infections et lésions génitales, la sécurité et l'immunogénicité, d'une part par rapport au Gardasil® pour les anciens types vaccinaux (approche de non-infériorité), d'autre part s'agissant des cinq nouveaux types vaccinaux. Cette étude a servi d'analyse de validation de principe.

Des études de non-infériorité randomisées ont examiné l'immunogénicité du vaccin nonavalent par rapport au vaccin quadrivalent ainsi qu'entre les groupes cibles pour les femmes, les filles, les garçons et les hommes. Tous les groupes ont fait montre d'excellentes réponses immunitaires à court et moyen terme, aussi bonnes pour les quatre anciens types vaccinaux que pour le vaccin quadrivalent (16, 36, 77). Une étude comparative entre femmes, HSH et hommes hétérosexuels (HH) a montré une réponse des anticorps plus faible chez les HSH (35). Différentes limitations de l'étude relativisent ce résultat.

Une étude randomisée sur le vaccin quadrivalent a aussi révélé des titres plus bas chez les HSH que chez les HH, malgré une efficacité avérée. Des comparaisons entre leur immunogénicité et celle des femmes âgées de 16 à 26 ans, pour lesquelles une grande efficacité est avérée, et l'expérience acquise avec le vaccin quadrivalent laissent supposer une aussi bonne efficacité dans le groupe cible respectif.

Tableau

Incidence annuelle des cancers associés aux HPV en Europe et taux de couverture par le vaccin quadrivalent ou nonavalent

Type de cancer	Associé aux HPV		Couverture des cas associés aux HPV			
	Part	Nombre de cas	Vaccin quadrivalent		Vaccin nonavalent	
			Nombre de cas	Couverture vaccinale	Nombre de cas	Couverture vaccinale
Col de l'utérus	100 %	34939	25 471	72,9 %	31 130	89,1 %
Anus	87,1 %	4062 (F)	3717 (F)	91,5 %	3834 (F)	94,4 %
		2440 (M)	2233 (M)		2303 (M)	
Vagin	70,2 %	1562	1134	72,6 %	1360	87,1 %
Vulve	15,9 %	1554	1312	84,4 %	1466	94,3 %
Pénis	29 %	1227	968	78,9 %	1113	90,7 %
Oropharynx	19,9 %	1396 (F)* 5834 (M)*	93,8 %		1301 (F)* 5485 (M)*	97,5 %
Pharynx	25 %		85,7 %			85,7 %
Autre, sphère laryngo-pharynx	2,4-10,8 %		50-90 %			75-100 %
CIN2+			env. 300 000-500 000		env. 200 000-400 000	82,3 %
Femmes total (sans CIN2+)		43512			39091	89,6 %
Hommes total		9501			8901	93,7 %

Adapté de Hartwig et al. 2017 (3)

* Rapporté à tous les cancers de la sphère laryngopharyngée; F: femmes; H: hommes

EFFICACITÉ SUR LES LÉSIONS CERVICALES PRÉCANCÉREUSES ET CONSÉQUENCES SUR LA PRÉVALENCE DES INFECTIONS À HPV DU COL DE L'UTÉRUS

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

D'importantes études randomisées ont montré, chez des femmes âgées de 15 à 25 ans, une très bonne efficacité après quatre ans environ pour le vaccin bivalent et quadrivalent contre les lésions cervicales précancéreuses de haut grade associées aux HPV de types 16 et 18 (CIN3+, qui est considéré comme un stade préliminaire obligatoire d'un cancer). Elle était de 100 % dans le groupe qui s'est conformé au protocole et d'à peu près 45 % au sein du groupe moins restrictif (*encadré 3*) (10, 11). Des données à long terme sont disponibles sur une durée de dix ans (12-14) et continueront d'être collectées pendant 14 ans.

Pour le vaccin nonavalent, des résultats comparables ont pu être observés sur une période de six ans chez plus de 10 000 femmes (15, 16). L'efficacité contre les infections persistantes et les lésions cervicales précancéreuses de haut grade était de plus de 96 % pour les cinq nouveaux types vaccinaux dans le groupe qui s'est conformé au protocole. L'efficacité contre les types couverts par l'ancien vaccin était équivalente à celle du vaccin quadrivalent. Pour des raisons éthiques, l'efficacité du vaccin nonavalent est comparée à celle du vaccin quadrivalent dans les études.

Efficacité dans les conditions de tous les jours

L'efficacité du vaccin bivalent et quadrivalent dans les conditions de tous les jours a fait l'objet d'études dans plusieurs pays avec des taux de vaccination élevés (≥ 70 %). L'efficacité contre les lésions cervicales précancéreuses de haut grade était de 40 à 70 %. Il est apparu que la vaccination était d'autant plus efficace que le grade du stade précancéreux était élevé et que la vaccination intervenait avant le début de l'activité sexuelle (17-21). Ces résultats dépassent les analyses des études de base (10, 11, 17) et correspondent aux attentes des experts (18, 20, 21).

La prévalence des types vaccinaux dans les frottis de la muqueuse est un paramètre important pour l'identification précoce de l'efficacité du vaccin, car les premiers changements cliniques n'apparaissent souvent qu'après huit à dix ans (22). Des études réalisées dans plusieurs pays ont analysé la modification de la prévalence des types vaccinaux dans les frottis cervicaux le plus souvent avant et peu après l'introduction de la vaccination ou le début des programmes de vaccination (22-26). Le recul au cours des quatre premières années était de 30 à 80 % et dépendait du taux national de vaccination. Une étude écossaise actuelle montre une diminution de 90 % de la prévalence des HPV de types 16 et 18 sept ans après le début du programme de vaccination avec le vaccin bivalent chez plus de 8000 femmes âgées de 20 à 21 ans (de 30 à 4 %). La cou-

Encadré 3 :

L'efficacité dans diverses conditions

Dans la mesure du possible, l'article fait la distinction entre les conditions spécifiques des études et les conditions de tous les jours pour présenter l'efficacité des vaccins. L'efficacité dans les conditions de tous les jours est souvent plus faible que dans les études dédiées à la vaccination : une partie des femmes vaccinées peut avoir une infection préexistante à HPV ou l'observance peut être réduite (schéma de vaccination incomplet).

En principe, d'autres types de HPV oncogènes peuvent causer des lésions précancéreuses en plus des types vaccinaux. Comme les études sur la vaccination tentent de montrer l'utilité maximale des vaccins, les participantes ne doivent le plus souvent pas avoir eu d'infection aux types de HPV déterminants et doivent suivre le schéma de vaccination recommandé (per protocol, c.-à-d. une population étudiée qui se conforme au protocole).

Les études essaient toutefois souvent d'évaluer aussi l'efficacité dans des conditions réelles (population moins restrictive), où les personnes qui n'ont pas respecté le protocole de l'étude sont aussi prises en compte dans l'analyse (intent to treat).

verture vaccinale de ces cohortes était de 80 à 90 % (27). En Australie, une forte diminution des types vaccinaux a aussi été observée après sept ans de programme de vaccination avec le vaccin quadrivalent (couverture vaccinale de 70 %) (28).

VERRUES GÉNITALES ET IMMUNITÉ DE GROUPE

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

D'importantes études randomisées ont révélé une très bonne efficacité du vaccin quadrivalent contre les verrues génitales, entre 80 et 100 % selon le groupe étudié (respect du protocole ou groupe moins restrictif) pour les femmes (11, 29), entre 65 et 90 % pour les hommes, entre 57 et 100 % pour les HSH (30, 31). Le vaccin nonavalent protège au moins aussi bien que le quadrivalent contre les HPV de types 6 et 11 qui provoquent des verrues génitales (15). Des premières études ont déjà montré une forte immunogénicité chez les garçons (32, 33) pour les vaccins de première génération contre les HPV (quadri- et bivalent) : la formation d'anticorps était au moins aussi bonne que chez les femmes et les filles, voire deux à trois fois plus importante par rapport aux femmes ; la séroconversion était de 100 % un mois après la dernière dose de vaccin. L'immunogénicité du vaccin nonavalent chez les garçons et les hommes se situe à un niveau comparable (34–37).

Efficacité dans les conditions de tous les jours

Des études réalisées dans plusieurs pays (en particulier l'Australie, mais aussi les pays scandinaves) et des revues systématiques de littérature montrent un fort recul des verrues

génitales jusqu'à une élimination presque complète chez les filles ayant l'âge cible des programmes de vaccination (38–42). Des effets indirects, à savoir des effets d'immunité de groupe, ont aussi été constatés chez des femmes et des hommes ne relevant pas des groupes-cibles de la vaccination (22–24, 38, 42–46). Les HSH ne bénéficient pas de cette immunité de groupe si la vaccination se limite aux femmes (44, 46, 47). Pour permettre une immunité de groupe au sein d'une population, il faut une couverture vaccinale élevée (d'au moins 50 % selon Drolet et al. [42]). Des études actuelles corroborent ces résultats : en Écosse (programme de vaccination avec le vaccin bivalent), une diminution significative de la prévalence virale dans les frottis cervicaux a été observée chez des jeunes femmes non vaccinées ayant l'âge des cohortes vaccinales aussi bien pour les types vaccinaux que pour les HPV de types 31, 33 et 45 (27). En Australie (programme de vaccination avec le vaccin quadrivalent), on assiste à un recul significatif de la prévalence des types de HPV du vaccin quadrivalent tant chez les femmes non vaccinées (28) que chez les hommes hétérosexuels non vaccinés (48).

LÉSIONS ANALES PRÉCANCÉREUSES ET PRÉVALENCE DES INFECTIONS À HPV DE L'ANUS

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

À notre connaissance, il existe jusqu'ici peu de données publiées sur l'efficacité des vaccins contre les infections anales à HPV et les stades précancéreux correspondants. Une étude a examiné le taux des infections anales à HPV de types 16 et 18 quatre ans après vaccination avec le vaccin bivalent chez les femmes (49) : l'efficacité atteignait 62 % pour l'ensemble de la population étudiée et près de 84 % dans le groupe qui se conformait au protocole. Ces résultats sont comparables à l'efficacité du vaccin quadrivalent contre les infections anales persistantes à HPV et les néoplasies intraépithéliales anales (AIN 2/3) chez les HSH (30).

LÉSIONS MALIGNES ET PRÉVALENCE DES INFECTIONS À HPV DE LA SPHÈRE OROPHARYNGÉE

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

Une étude randomisée a examiné la prévalence des infections orales à HPV de types 16 et 18 chez des femmes, quatre ans après vaccination avec le vaccin bivalent (50) : une réduction d'environ 93 % a été observée par rapport au groupe de contrôle (vaccination contre l'hépatite A), mais le nombre de cas était faible (1 sur 15). En comparaison, l'efficacité contre les infections à HPV de types 16 et 18 du col de l'utérus (objectif premier de l'étude) était de 72 %.

À notre connaissance, il n'existe pour l'heure aucune étude publiée sur l'efficacité des vaccins dans des conditions spécifiques contre les lésions malignes dans la sphère oropharyngée. Le facteur contraignant est qu'il n'y a pas de stades préliminaires établis pour les carcinomes oropharyngés. Étant donné un développement plutôt lent et relativement rare en cancer, des études très longues et importantes seraient nécessaires pour examiner cette corrélation (50, 51). D'après la littérature, l'efficacité avérée de la vaccination contre les infections des muqueuses de la région anogénitale permet de miser

sur une efficacité correspondante dans la zone oropharyngée. Comme on suppose qu'une infection oropharyngée à HPV est en grande partie transmise par un comportement sexuel comprenant des contacts bucco-génitaux (52), on peut aussi s'attendre à un effet indirect en cas de diminution de la prévalence des infections anogénitales (53).

LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET PRÉVALENCE DES INFECTIONS À HPV VAGINALES ET VULVAIRES

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

Une analyse combinée de trois études randomisées a examiné l'efficacité du vaccin quadrivalent s'agissant des lésions vaginales et vulvaires précancéreuses (54) : après un suivi de trois ans dans le groupe qui s'est conformé au protocole, une efficacité de près de 100 % a été observée contre les néoplasies intraépithéliales vulvaires (VIN) de grade 2 à 3 ou les néoplasies intraépithéliales vaginales (VaIN) de grade 2 à 3 occasionnées par les HPV de types 16 et 18, contre 71 % pour l'ensemble de la population étudiée. Dans le cadre d'une analyse post-hoc, une étude randomisée a examiné la prévalence d'infections vulvaires à HPV de types 16 et 18 quatre ans après vaccination avec le vaccin bivalent (55) : l'efficacité contre une infection vulvaire dans le groupe vaccinal moins restrictif était comparable à celle contre une infection du col de l'utérus par rapport au groupe de contrôle (54,1 % vs 45,8 %). Ces résultats ont été corroborés par d'autres analyses (11, 29, 56).

L'étude comparative du vaccin nonavalent et du vaccin quadrivalent a révélé un plus petit nombre de stades précancéreux rapporté aux cinq nouveaux types du vaccin nonavalent, mais le nombre de cas était trop faible, en dépit des nombreuses participantes, pour obtenir un résultat significatif (15).

EFFICACITÉ DU SCHÉMA À DEUX DOSES

Efficacité dans les conditions spécifiques des études

Pour le vaccin quadrivalent et bivalent, il a pu être démontré qu'un schéma à deux doses à un intervalle de six mois chez les filles de 9 à 14 ans permet d'obtenir une réponse immunitaire au moins aussi bonne qu'avec un schéma à trois doses chez les femmes âgées de 16 à 25 ans (57–59). S'agissant des infections anales à HPV, des études attestent aussi de leur efficacité contre les infections persistantes avec un schéma de vaccination réduit.

Plusieurs pays, dont l'un des premiers a été la Suisse en 2012, ont adapté leurs recommandations et schémas de vaccination dans la foulée (60). L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

(61) recommande un schéma vaccinal de deux doses à un intervalle d'au moins six mois pour les filles avant leur quinzième anniversaire ; il en est de même pour l'Agence européenne des médicaments (EMA) qui préconise un tel schéma pour les filles et les garçons entre 9 et 13 ans à un intervalle d'au moins six mois également (62). Le schéma à deux doses est maintenant autorisé dans de nombreux pays, dont la Suisse.

S'agissant du vaccin nonavalent, l'immunogénicité du schéma à deux doses chez les filles et les garçons de 9 à 14 ans a fait l'objet d'une étude randomisée par rapport au schéma à trois doses chez les filles et les femmes (63). Un mois après la dernière dose, la séroconversion et les taux d'anticorps moyens pour le schéma à deux doses étaient comparables à un schéma à trois doses chez les femmes (approche de non-infériorité). Il est apparu qu'un âge précoce et un plus long intervalle entre les doses de vaccin (analyse portant jusqu'à 12 mois) avaient une influence positive sur la réponse des anticorps.

Efficacité dans les conditions de tous les jours

Plusieurs études basées sur la population dans les conditions de tous les jours corroborent les données d'études sur l'efficacité du schéma à deux doses pour ces deux vaccins s'agissant de la prévalence des types vaccinaux dans les frottis cervicaux (26) ainsi que des modifications du col de l'utérus et des lésions cervicales précancéreuses de haut grade (20). En ce qui concerne la prévention des verrues génitales, l'administration de deux doses était aussi efficace que celle de trois doses (64). Il s'agit de connaissances relativement nouvelles de ces quatre à six dernières années, des résultats à plus long terme sont en préparation.

FEMMES ÂGÉES DE 24 À 45 ANS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE COL UTÉRIN

EFFICACITÉ DANS LES CONDITIONS SPÉCIFIQUES DES ÉTUDES

Une étude randomisée a examiné l'efficacité du vaccin quadrivalent après quatre ans chez des femmes âgées de 24 à 45 ans (65, 66). Presque toutes les participantes étaient actives sexuellement, avaient eu plus d'un partenaire sexuel et étaient positives à l'un des types de HPV (séro- ou ADN-positives). L'efficacité contre les infections cervicales persistantes à HPV de types 16, 18, 11 et 6 variait entre 49 et 90 % en fonction de la population sous revue. S'agissant du vaccin bivalent, des résultats similaires ont été observés pour les HPV de types 16 et 18 (47 à 83 %) (67). La réponse immunitaire des femmes vaccinées était comparable à celle des jeunes femmes (67). Il n'est toutefois pas possible d'influer sur les infections existantes et leurs répercussions (68). Une conclusion possible de ces résultats est qu'une vaccination stimulerait une réponse immunitaire naturelle et éviterait ainsi l'apparition d'une réinfection et la réactivation d'une infection avec les types vaccinaux (69). Cela expliquerait aussi l'observation faite dans certaines études selon laquelle les femmes qui étaient séropositives à un type vaccinal avant la vaccination présentaient des taux d'anticorps sériques postvaccinaux plus élevés que les femmes séronégatives (65, 67).

Disponibilité du Gardasil 9® en Suisse

Selon les données du producteur, le vaccin nonavalent Gardasil 9® devrait être disponible en Suisse durant le deuxième semestre de l'année 2018. Les autorités et instances compétentes préparent actuellement les bases nécessaires pour son utilisation en Suisse.

Remboursement illimité de la vaccination HPV pour les femmes âgées de 15–26 ans

En décembre 2017, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI), Alain Berset, a accordé une prolongation illimitée du remboursement de la vaccination HPV pour les femmes âgées de 15 à 26 ans. L'article 12a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins (OPAS) sera adapté en conséquence. Toutes les autres conditions nécessaires pour le remboursement de la vaccination sont mentionnées dans l'article susmentionné et demeurent inchangées.

Il ressort d'études randomisées que les vaccins réduisent aussi les taux de frottis cervicaux anormaux et les interventions subséquentes sur des femmes vaccinées (10, 11, 67). Une étude randomisée sur le vaccin nonavalent a aussi montré, pour les cinq types vaccinaux supplémentaires, une réduction significative des interventions chirurgicales sur le col utérin et dans la zone génitale chez les personnes vaccinées avec ce vaccin (15). Certaines études non randomisées révèlent, s'agissant du vaccin quadrivalent, une réduction significative d'une maladie anogénitale subséquente associée aux HPV chez les femmes suite au traitement de modifications cervicales (70, 71).

Même si ces études sont en partie difficiles à interpréter, les données probantes indiquent une efficacité possible chez les femmes ayant eu une infection par le passé (séropositives, ADN-négatives). L'efficacité contre les types HPV pour lesquels il n'y a pas encore eu d'infection joue ici aussi un rôle.

PROTECTION CROISÉE CONTRE LES TYPES DE HPV NON COMPRIS DANS LES VACCINS (CROSS-PROTECTION)

Protection croisée dans les conditions spécifiques des études

Une revue systématique a analysé, chez les femmes HPV-négatives, l'efficacité du vaccin bivalent et quadrivalent contre les types de virus qui ne sont pas compris dans le vaccin mais sont apparentés à ceux-ci (protection croisée). Les auteurs sont parvenus à la conclusion que les deux vaccins offrent une certaine protection croisée contre les HPV de types 31, 33 et 45 s'agissant des infections associées aux HPV et des lésions du col de l'utérus (72). D'autres études ont mis en évidence des indices de protection croisée (67, 73). Par analogie à l'efficacité contre les types de HPV vaccinaux, cette protection croisée semble être plus élevée contre une infection à HPV et contre les lésions cervicales précancéreuses de haut grade chez les jeunes filles que chez les jeunes femmes et les femmes (74).

Protection croisée dans les conditions de tous les jours

Dans les conditions de tous les jours, une protection croisée en partie assez élevée quant aux types 31, 33 et 45 a pu être démontrée pour le vaccin bivalent et quadrivalent (29, 33–35). L'étude écossaise précitée sur les cohortes vaccinées avec le vaccin bivalent a montré une diminution de la prévalence de

14 à 2 % pour ces types de HPV (efficacité de 80 à 95 %) sur une période de sept ans (27) et la revue systématique des programmes de vaccination par Drolet et al. corrobore ces résultats (42).

SÉCURITÉ

Les données sur la sécurité du vaccin bivalent et quadrivalent sont disponibles sur une période de près de 20 ans dans le cadre des études et de la surveillance postmarketing. Après plus de 270 millions de doses de vaccin administrées dans le monde entier, plusieurs études internationales sur les risques potentiels et l'examen des données disponibles, le Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale (GACVS) de l'OMS conclut, dans son dernier rapport, que la vaccination contre les HPV est considérée comme extrêmement sûre. Aucun lien de causalité notamment n'a été établi avec l'apparition du syndrome de Guillain-Barré (75). Les vaccins peuvent tout au plus provoquer des effets indésirables locaux à l'endroit de la piqûre. Les études portant sur le vaccin nonavalent ont montré un taux un peu plus élevé d'effets secondaires locaux que le vaccin quadrivalent (16, 35–37). Cela s'explique par les plus grandes quantités d'antigènes et d'adjuvants dans le vaccin nonavalent. Le vaccin bivalent a aussi un taux légèrement accru d'effets secondaires locaux par rapport au vaccin quadrivalent.

CONCLUSIONS

L'expérience de ces dix dernières années montre clairement que les vaccins disponibles contre les HPV sont très efficaces et sûrs. L'utilisation du vaccin nonavalent permettra à l'avenir de prévenir une plus grande part des maladies associées aux HPV.

Une revue systématique d'une vingtaine d'études a montré qu'en cas de couverture vaccinale d'au moins 50 %, la prévalence des HPV de types 16 et 18 diminuait de 68 % après l'introduction de la vaccination (42). Un travail recensant les études observationnelles des dix dernières années décrit un recul possible à l'échelle mondiale allant jusqu'à 90 % pour les infections à HPV de types 6, 11, 16 et 18 et les verrues génitales, jusqu'à 45 % pour les lésions cytologiques cervicales de bas grade et jusqu'à 85 % pour les lésions histologiques cervicales de haut grade par le vaccin quadrivalent (76).

Pour le vaccin nonavalent, on mise dans le monde entier sur une protection de jusqu'à 90 % contre les cancers du col de l'utérus et des carcinomes de la vulve et du vagin associés aux HPV, de 70 à 85 % des lésions cervicales précancéreuses de haut grade et 90 % des carcinomes anaux associés aux HPV et des verrues génitales chez les hommes et les femmes (15).

La couverture vaccinale dans la population cible joue un rôle déterminant. Si elle est élevée, non seulement les personnes vaccinées peuvent être protégées, mais aussi une part notable d'autres femmes et hommes non vaccinés, grâce à l'immunité de groupe. À l'heure actuelle, le taux de vaccination est supérieur à 50 % en Suisse, mais il existe de fortes disparités entre les cantons.

En plus du bénéfice direct pour les hommes, la recommandation de vaccination indépendamment du sexe qui est en vigueur depuis 2015 est une mesure judicieuse pour maximiser l'utilité de la vaccination grâce à l'immunité de groupe.

Par ailleurs, une vaccination précoce est essentielle pour exploiter tout le potentiel d'efficacité des vaccins. En sus de l'avantage de pouvoir prévenir assez tôt une infection à HPV, la réponse immunitaire est également meilleure chez les jeunes: une analyse combinée de cinq études visant à comparer la réponse des anticorps entre enfants et femmes pour le vaccin nonavalent a permis de démontrer que la réponse était meilleure quand la vaccination intervenait tôt (34).

Pour les vaccins de première génération contre les HPV, il existe jusqu'ici des données probantes à moyen et long terme (10 ans), de tels résultats sont encore attendus pour le vaccin nonavalent et le schéma à deux doses. Des études de suivi à long terme sur dix ans au moins sont réalisées pour tous les vaccins et tous les groupes cibles en tenant compte de l'efficacité, de la sécurité et de l'immunogénicité.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus reste important. Des données établissent que la vaccination n'a aucune conséquence négative sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis cervical et coloration de Papanicolaou, dit « test Pap ») (19, 21). Avec l'accroissement de la couverture vaccinale et des tranches d'âge vaccinées, il sera important de réfléchir à adapter le dépistage, car la baisse de la fréquence des types à haut risque influe sur la valeur prédictive de l'examen cytologique.

Des études d'efficacité dans les conditions de tous les jours pour les carcinomes de la vulve, du vagin, de l'oropharynx et de l'anus sont encore à mener, notamment en raison des plus faibles incidences de ces cancers par rapport à celui du col de l'utérus, de sorte qu'il faudrait étudier de grandes populations pour obtenir une preuve de l'efficacité. Dans le cadre de la surveillance des maladies dans les pays disposant de registres de la population (en particulier en Scandinavie), on pourra constater toutefois un recul de ces maladies à l'avenir.

D^r Anne Spaar Zographos, MPH
Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Division Maladies transmissibles
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne
Courriel: anne.spaar@bag.admin.ch

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts potentiel.

Références

- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), Groupe de travail Vaccination HPV. Directives et recommandations. Recommandations de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV). Février 2008: 1–21.
- Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Vaccination contre les HPV: recommandation de vaccination complémentaire pour les garçons et jeunes hommes âgés de 11 à 26 ans. Bull OFSP. 2015; 10: 141–9.
- Hartwig S, St Guily JL, Dominiak-Felden G, et al. Estimation of the overall burden of cancers, precancerous lesions, and genital warts attributable to 9-valent HPV vaccine types in women and men in Europe. Infectious Agents and Cancer 2017; 12: 19.
- Martel C de, Plummer M, Vignat J, et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. Int J Cancer. 2017; 141: 664–70.
- Borget I, Abramowitz L, Mathevet P. Economic burden of HPV-related cancers in France. Vaccine. 2011; 29: 5245–9.
- [http://www.hpvcntr.net/parser.php?xml=M1_Precancerous cervical lesions High grade HPV type distribution top 10&iso=XDM&title=Module 1: HPV prevalence estimates – Cervical precancerous lesions \(High grade\) – Top 10 HPV oncogenic types \(Country/Regions\)](http://www.hpvcntr.net/parser.php?xml=M1_Precancerous%20cervical%20lesions%20High%20grade%20HPV%20type%20distribution%20top%2010&iso=XDM&title=Module%201%3A%20HPV%20prevalence%20estimates%20-%20Cervical%20precancerous%20lesions%20(High%20grade)%20-%20Top%2010%20HPV%20oncogenic%20types%20(Country/Regions)). Consulté en septembre 2017.
- Guan P, Howell-Jones R, Li N, et al. Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: A meta-analysis from cervical infection to cancer. Int. J. Cancer 2012; 131: 2349–59.
- Office fédéral de la santé publique. Les génotypes des papillomavirus humains dans les lésions précancéreuses et les cancers du col de l'utérus en Suisse au début des programmes cantonaux de vaccination: l'étude CIN3+plus. Bull OFSP. 2017; 6: 12–18.
- <http://www.nicer.org/de/statistiken-atlas/krebsinzidenz/>. Consulté en octobre 2017.
- Lehtinen M, Paavonen J, Wheeler CM, et al. Overall efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against grade 3 or greater cervical intraepithelial neoplasia: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. The Lancet Oncology. 2012; 13: 89–99.
- Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. J Natl Cancer Inst. 2010; 102: 325–39.
- Naud PS, Roteli-Martins CM, Carvalho NS de, et al. Sustained efficacy, immunogenicity, and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: Final analysis of a longterm follow-up study up to 9.4 years post-vaccination. Hum Vaccin Immunother. 2014; 10.
- Ferris D, Samakoses R, Block SL, et al. Long-term Study of a Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. Pediatrics. 2014; 134: 657–65.
- Rowhani-Rahbar A, Alvarez FB, Bryan JT, et al. Evidence of immune memory 8.5 years following administration of a prophylactic human papillomavirus type 16 vaccine. J Clin Virol. 2012; 53: 239–43.
- Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, double-blind trial. Lancet 2017; pii: S0140-6736(17)31821-4.
- Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, et al. A 9-Valent HPV Vaccine against Infection and Intraepithelial Neoplasia in Women. N Engl J Med 2015; 372: 711–23.
- Gertig DM, Brotherton JML, Budd AC, et al. Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities: a data linkage study. BMC Med. 2013; 11: 227.
- Mahmud SM, Kliewer EV, Lambert P, et al. Effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine against cervical dysplasia in Manitoba, Canada. J Clin Oncol. 2014; 32: 438–43.
- Pollock KG, Kavanagh K, Potts A, et al. Reduction of low- and high-grade cervical abnormalities associated with high uptake of the HPV bivalent vaccine in Scotland. Br J Cancer. 2014; 111: 1824–30.

20. Crowe E, Pandeya N, Brotherton JML, et al. Effectiveness of quadrivalent human papillomavirus vaccine for the prevention of cervical abnormalities: case-control study nested within a population based screening programme in Australia. *BMJ*. 2014; 348: g1458.
21. Baldur-Felskov B, Dehlendorff C, Munk C, et al. Early impact of human papillomavirus vaccination on cervical neoplasia – nationwide follow-up of young Danish women. *J Natl Cancer Inst*. 2014; 106: djt460.
22. Mesher D, Soldan K, Howell-Jones R, et al. Reduction in HPV 16/18 prevalence in sexually active young women following the introduction of HPV immunisation in England. *Vaccine*. 2013; 32: 26–32.
23. Tabrizi SN, Brotherton JML, Kaldor JM, et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. *J Infect Dis*. 2012; 206: 1645–51.
24. Kahn JA, Brown DR, Ding L, et al. Vaccine-type human papillomavirus and evidence of herd protection after vaccine introduction. *Pediatrics*. 2012; 130: e249–56.
25. Markowitz LE, Hariri S, Lin C, et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003–2010. *J Infect Dis*. 2013; 208: 385–93.
26. Kavanagh K, Pollock KGJ, Potts A, et al. Introduction and sustained high coverage of the HPV bivalent vaccine leads to a reduction in prevalence of HPV 16/18 and closely related HPV types. *Br J Cancer*. 2014; 110: 2804–11.
27. Kavanagh K, Pollock KG, Cuschieri A, et al. Changes in the prevalence of human papillomavirus following a national bivalent human papillomavirus vaccination programme in Scotland: a 7-year cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2017; pii:S1473–3099(17)30468-1.
28. Chow EPF, Danielewski JA, Fehler G, et al. Human papillomavirus in young women with Chlamydia trachomatis infection 7 years after the Australian human papillomavirus vaccination programme: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15: 1314–23.
29. Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341: c3493.
30. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, et al. HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1576–85.
31. Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, et al. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HPV Infection and disease in males. *N Engl J Med* 2011; 364: 401–11.
32. Reisinger KS, Block SL, Lazcano-Ponce E, et al. Safety and persistent immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus types 6, 11, 16, 18 L1 virus-like particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26: 201–9.
33. Block SL, Nolan T, Sattler C, et al. Comparison of the immunogenicity and reactogenicity of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in male and female adolescents and young adult women. *Pediatrics* 2006; 118: 2135–45.
34. Petersen LK, Restrepo J, Moreira Jr. ED, et al. Impact of baseline covariates on the immunogenicity of the 9-valent HPV vaccine – A combined analysis of five phase III clinical trials. *Papillomavirus Research* 2017; 3: 105–115.
35. Castellsagué X, Giuliano AR, Goldstone S, et al. Immunogenicity and safety of the 9-valent HPV vaccine in men. *Vaccine* 2015; 33: 6892–6901.
36. Van Damme P, Meijer CJLM, Kieninger D, et al. A phase III clinical study to compare the immunogenicity and safety of the 9-valent and quadrivalent HPV vaccines in men. *Vaccine* 2016; 34: 4205–12.
37. Van Damme P, Olsson SE, Block S, et al. Immunogenicity and Safety of a 9-Valent HPV Vaccine. *Pediatrics* 2015; 136: e28–e39.
38. Ali H, Donovan B, Wand H, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ*. 2013; 346: f2032.
39. Baandrup L, Blomberg M, Dehlendorff C, et al. Significant decrease in the incidence of genital warts in young Danish women after implementation of a national human papillomavirus vaccination program. *Sex Transm Dis*. 2013; 40: 130–5.
40. Blomberg M, Dehlendorff C, Munk C, et al. Strongly decreased risk of genital warts after vaccination against human papillomavirus: nationwide follow-up of vaccinated and unvaccinated girls in Denmark. *Clin Infect Dis*. 2013; 57: 929–34.
41. Leval A, Herweijer E, Arnheim-Dahlström L, et al. Incidence of genital warts in Sweden before and after quadrivalent human papillomavirus vaccine availability. *J Infect Dis*. 2012; 206: 860–6.
42. Drolet M, Bénard E, Boily M, et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015; 15(5): 565–80.
43. Tabrizi SN, Brotherton JML, Kaldor JM, et al. Assessment of herd immunity and crossprotection after a human papillomavirus vaccination programme in Australia: a repeat cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2014; 14: 958–66.
44. Donovan B, Franklin N, Guy R, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis*. 2011; 11: 39–44.
45. Garland SM, Skinner SR, Brotherton JML. Adolescent and young adult HPV vaccination in Australia: achievements and challenges. *Prev Med*. 2011; 53 Suppl 1: S29–35.
46. Read TRH, Hocking JS, Chen MY, et al. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect*. 2011; 87: 544–7.
47. Chow EPF, Read TRH, Wigan R, et al. Ongoing decline in genital warts among young heterosexuals 7 years after the Australian human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect*. 2015; 91: 214–9.
48. Chow EPF, Machalek DA, Tabrizi SN, et al. Quadrivalent vaccine-targeted human papillomavirus genotypes in heterosexual men after the Australian female human papillomavirus vaccination programme: a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17: 68–77.
49. Kreimer AR, González P, Katki HA, et al. Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *The Lancet Oncology*. 2011; 12: 862–70.
50. Herrero R, Quint W, Hildesheim A, et al. Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PLoS ONE*. 2013; 8: e68329.
51. Kreimer AR. Prospects for prevention of HPV-driven oropharynx cancer. *Oral Oncol*. 2014; 50: 555–9.
52. Chung CH, Bagheri A, D’Souza G. Epidemiology of oral human papillomavirus infection. *Oral Oncol*. 2014; 50: 364–9.
53. Chaturvedi AK. Global burden of human papillomavirus-positive head and neck cancers. *Lancet Oncol*. 2014; 15: 1282–3.
54. Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M, et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulvar and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *The Lancet*. 2007; 369: 1693–702.
55. Lang Kuhs KA, Gonzalez P, Rodriguez AC, et al. Reduced prevalence of vulvar HPV16/18 infection among women who received the HPV16/18 bivalent vaccine: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *J Infect Dis*. 2014; 210: 1890–9.

56. Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen O, et al. A pooled analysis of continued prophylactic efficacy of quadrivalent human papillomavirus (Types 6/11/16/18) vaccine against high-grade cervical and external genital lesions. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2009; 2: 868–78.
57. Romanowski B, Schwarz TF, Ferguson LM, et al. Immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose schedule compared with the licensed 3-dose schedule: results from a randomized study. *Hum Vaccin*. 2011; 7: 1374–86.
58. Romanowski B, Schwarz TF, Ferguson LM, et al. Immune response to the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine administered as a 2-dose or 3-dose schedule up to 4 years after vaccination: results from a randomized study. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10: 1155–65.
59. Dobson SR, McNeil S, Dionne M, et al. Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013; 309: 1793–802.
60. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination contre les HPV: passage du schéma à trois doses au schéma à deux doses chez les adolescentes âgées de moins de 15 ans. *Bull OFSP*. 2012; 6: 106–10.
61. World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record: Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. 2014; 89: 221–36.
62. European Medicines Agency (EMA). EPAR Summary for the public: Gardasil. 2014. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/000703/WC500021146.pdf. Accessed 10 Sep 2015.
63. Iversen OE, Miranda MJ, Ulied A, et al. Immunogenicity of the 9-Valent HPV Vaccine Using 2-Dose Regimens in Girls and Boys vs a 3-Dose Regimen in Women. *JAMA* 2016; 316(22): 2411–2421.
64. Herweijer E, Leval A, Ploner A, et al. Association of varying number of doses of quadrivalent human papillomavirus vaccine with incidence of condyloma. *JAMA*. 2014; 311: 597–603.
65. Castellsagué X, Muñoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24–45 years of age. *Br J Cancer*. 2011; 105: 28–37.
66. Muñoz N, Manalastas R, Pitisuttithum P, et al. Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24–45 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2009; 373: 1949–57.
67. Skinner SR, Szarewski A, Romanowski B, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 4-year interim follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study. *The Lancet*. 2014; 384: 2213–27.
68. Szarewski A, Poppe WA, Skinner SR, et al. Efficacy of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women aged 15–25 years with and without serological evidence of previous exposure to HPV-16/18. *Int J Cancer*. 2012; 131: 106–16.
69. Olsson S, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al. Evaluation of quadrivalent HPV 6/11/16/18 vaccine efficacy against cervical and anogenital disease in subjects with serological evidence of prior vaccine type HPV infection. *Hum Vaccin*. 2009; 5: 696–704.
70. Joura EA, Garland SM, Paavonen J, et al. Effect of the human papillomavirus (HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ*. 2012; 344: e1401.
71. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2–3)? *Gynecol Oncol*. 2013; 130: 264–8.
72. Malagón T, Drolet M, Boily M, et al. Cross-protective efficacy of two human papillomavirus vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012; 12: 781–9.
73. Kreimer AR, González P, Katki HA, et al. Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *Lancet Oncol*. 2011; 12: 862–70.
74. Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, et al. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol*. 2012; 13: 100–10.
75. Global Advisory Committee WHO. Weekly epidemiological report 2017; 92: 13–20. http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/June_2017/en/. Consulté en octobre 2017.
76. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis*. 2016; 63(4): 519–27.
77. Vesikari T, Brodzski N, van Damme P, et al. A Randomized, Double-Blind, Phase III Study of the Immunogenicity and Safety of a 9-Valent Human Papillomavirus L1 Virus-Like Particle Vaccine (V503) Versus Gardasil® in 9–15-Year-Old Girls. *Pediatr Infect Dis J* 2015; 34: 992–8.

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} janvier 2018

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
07.12 G		EZETIMIB MEPHA TEVA (Ezetimibum)	Mepha Pharma AG		
	20720	Tabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 36.20 [17.25]		65892001	01.12.2017, B
	20720	Tabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 85.60 [60.27]		65892002	01.12.2017, B
	20720	Tabl 10 mg Ds 100 Stk Fr. 87.00 [61.50]		65892003	01.12.2017, B
G		EZETIMIB ZENTIVA (Ezetimibum)	Helvepharm AG		
	17838	Tabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 36.20 [17.25]		66068001	01.12.2017, B
	17838	Tabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 85.60 [60.27]		66068002	01.12.2017, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
II. Réductions de prix					
EZETROL Tabl 10 mg 28 Stk Tabl 10 mg 98 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	0712	17838 17838	56.00 154.80	34.50 120.54

La publication a été oubliée dans le bulletin de début décembre 2017.

Le nouveau prix a été publié sur internet seulement le 1^{er} décembre 2017.

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

Valable à partir du 1^{er} janvier 2018

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.06 G		CITALOPRAM MEPHA TEVA (Citalopramum)	Mepha Pharma AG		
	18875	Filmtabl 20 mg Ds 28 Stk Fr. 34.65 [15.91]		57260004	01.01.2018, B
	18875	Filmtabl 20 mg Ds 100 Stk Fr. 81.65 [56.84]		57260005	01.01.2018, B
G		CITALOPRAM MEPHA TEVA (Citalopramum)	Mepha Pharma AG		
	18875	Filmtabl 40 mg Ds 28 Stk Fr. 52.95 [31.82]		57260008	01.01.2018, B
	18875	Filmtabl 40 mg Ds 100 Stk Fr. 146.85 [113.64]		57260010	01.01.2018, B
02.06.10 G		LERCANIDIPIN AXAPHARM (Lercanidipinum hydrochloridum)	Axapharm AG		
	20714	Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 18.75 [9.17]		66502001	01.01.2018, B
	20714	Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 47.15 [26.79]		66502002	01.01.2018, B
G		LERCANIDIPIN AXAPHARM (Lercanidipinum hydrochloridum)	Axapharm AG		
	20714	Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk Fr. 33.65 [15.03]		66502003	01.01.2018, B
	20714	Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk Fr. 66.85 [43.93]		66502004	01.01.2018, B
03.99 (L)		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuti- cals (CH) GmbH		
	20145	Filmtabl 150 mg 56 Stk Fr. 22 796.00 [22 000.00]		62686002	01.01.2015, A
<p>KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR. Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie. L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit : désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.</p> <p>Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:</p> <p>a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l ou</p> <p>b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p> <p>Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si</p> <p>a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p>					
07.06 (L)		SULIQUA 100/33 (Insulinum glarginum, Lixisenatidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20685	Inj Lös SoloStar Fertpen 3 Stk Fr. 111.90 [83.18]		66283003	01.01.2018, B
<p>Suliqua est utilisé en association avec de la metformine dans le traitement du diabète de type 2 chez l'adulte, quand la metformine seule, le traitement combiné par metformine et sulfonyleurée, la metformine en association avec un agoniste des récepteurs du GLP-1 ou le traitement combiné par metformine et insuline basale ne permet pas de garantir un contrôle glycémique adéquat.</p> <p>Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires contre l'obésité ne sont pas pris en charge par les assureurs.</p>					
(L)		SULIQUA 100/50 (Insulinum glarginum, Lixisenatidum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20685	Inj Lös SoloStar Fertpen 3 Stk Fr. 128.05 [97.25]		66283001	01.01.2018, B
<p>Suliqua est utilisé en association avec de la metformine dans le traitement du diabète de type 2 chez l'adulte, quand la metformine seule, le traitement combiné par metformine et sulfonyleurée, la metformine en association avec un agoniste des récepteurs du GLP-1 ou le traitement combiné par metformine et insuline basale ne permet pas de garantir un contrôle glycémique adéquat.</p> <p>Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires contre l'obésité ne sont pas pris en charge par les assureurs.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12 G		ROSUVASTATIN AXAPHARM (Rosuvastatinum)	Axapharm AG		
	20729	Filmtabl 5 mg Blist 30 Stk Fr. 17.55 [8.14]		66415001	01.01.2018, B
	20729	Filmtabl 5 mg Blist 100 Stk Fr. 47.55 [27.12]		66415002	01.01.2018, B
G		ROSUVASTATIN AXAPHARM (Rosuvastatinum)	Axapharm AG		
	20729	Filmtabl 10 mg Blist 30 Stk Fr. 18.85 [9.28]		66415003	01.01.2018, B
	20729	Filmtabl 10 mg Blist 100 Stk Fr. 51.90 [30.93]		66415004	01.01.2018, B
G		ROSUVASTATIN AXAPHARM (Rosuvastatinum)	Axapharm AG		
	20729	Filmtabl 20 mg Blist 30 Stk Fr. 27.75 [13.46]		66415005	01.01.2018, B
	20729	Filmtabl 20 mg Blist 100 Stk Fr. 67.90 [44.87]		66415006	01.01.2018, B
G		ROSUVASTATIN ZENTIVA (Rosuvastatinum)	Helvepharm AG		
	20728	Filmtabl 5 mg Blist 28 Stk Fr. 16.90 [7.59]		66460001	01.01.2018, B
	20728	Filmtabl 5 mg Blist 98 Stk Fr. 46.90 [26.58]		66460002	01.01.2018, B
G		ROSUVASTATIN ZENTIVA (Rosuvastatinum)	Helvepharm AG		
	20728	Filmtabl 10 mg Blist 28 Stk Fr. 18.15 [8.66]		66460003	01.01.2018, B
	20728	Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk Fr. 51.20 [30.31]		66460004	01.01.2018, B
G		ROSUVASTATIN ZENTIVA (Rosuvastatinum)	Helvepharm AG		
	20728	Filmtabl 20 mg Blist 28 Stk Fr. 26.70 [12.56]		66460005	01.01.2018, B
	20728	Filmtabl 20 mg Blist 98 Stk Fr. 66.90 [43.97]		66460006	01.01.2018, B
07.16.10 (L)		PERJETA (Pertuzumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	19972	Inf Konz 420 mg/14 ml Vial 14 ml Fr. 3762.75 [3430.97]		62510001	01.07.2015, A

Perjeta® est indiqué en association à Herceptin et au docétaxel dans le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif métastatique ou localement récurrent, non résécable, non prétraitées par chimiothérapie pour leur maladie métastatique.

Après l'arrêt de la chimiothérapie (environ 6 cycles de docétaxel), Perjeta est administré en association à Herceptin jusqu'à progression de la maladie.

Après accord préalable sur la prise en charge des frais par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, l'entreprise Roche Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour l'association Perjeta et Herceptin la somme de CHF 737 à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Perjeta achetée. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

08.03 (L)		DAKLINZA (Daclatasvirum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	20329	Filmtabl 30 mg 28 Stk Fr. 9634.10 [9159.14]		65332001	01.08.2015, A

En association avec Sovaldi chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 3 ou en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 4, qui répondent à un des critères suivants:

- fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de ≥ 7.5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins 3 mois au moyen de Fibroscan.
- patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques.

La durée maximale de traitement remboursée est:

- patients de génotype 4 de HCV: 24 semaines (24 semaines avec Daklinza en association 24 à 48 semaines avec le peginterféron alfa et la ribavirine),
- pour patients de génotype 3 de HCV: 12 semaines.

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

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
(L)		DAKLINZA (Daclatasvirum)	Bristol-Myers Squibb SA		
	20329	Filmtabl 60 mg 28 Stk Fr. 9634.10 [9159.14]		65332002	01.08.2015, A
<p>En association avec Sovaldi chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 3 ou en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 4, qui répondent à un des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de ≥ 7.5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins 3 mois au moyen de Fibroscan. - patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques. <p>La durée maximale de traitement remboursée est:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients de génotype 4 de HCV: 24 semaines avec Daklinza en association 24 à 48 semaines avec le peginterféron alfa et la ribavirine), - pour patients de génotype 3 de HCV: 12 semaines. <p>La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre hépatologue ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés dans le domaine de la médecine d'addiction et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en médecine d'addiction et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/lis-ref.</p>					
G		ENTECAVIR MEPHA (Entecavirum)	Mepha Pharma AG		
	20727	Lactab 0.500 mg Blist 30 Stk Fr. 553.70 [468.02]		66709001	01.01.2018, A
(L)G		ENTECAVIR MEPHA (Entecavirum)	Mepha Pharma AG		
	20727	Lactab 1 mg Blist 30 Stk Fr. 688.00 [585.02]		66709002	01.01.2018, A
Indiqué seulement pour les patients ayant développé une résistance à la lamivudine. (Traitement de deuxième intention).					
(L)		SOVALDI (Sofosbuvirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	20216	Filmtabl 400 mg 28 Stk Fr. 14936.80 [14332.50]		63218001	01.08.2014, A
<p>Chez les patients atteints d'hépatite C chronique (HCC) en association avec la ribavirine ou en association avec le peginterféron alfa et la ribavirine ou pour le génotype 3 en association avec le Daclatasvir, qui répondent à un des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de ≥ 7.5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins 3 mois au moyen de Fibroscan. • patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques. • Patients présentant une co-infection avec le VIH et / ou le VHB, indépendamment des atteintes hépatiques. • Indépendamment des atteintes hépatiques, chez des consommateurs de drogues par voie i.v. qui <ul style="list-style-type: none"> - en cas de dépendance aux opioïdes, effectuent un traitement de substitution selon l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31) avec des médicaments appliqués par voie i.v. ou à prendre par voie orale ou qui entrent en considération pour un tel traitement selon les directives et recommandations définies dans l'annexe 1 de l'OPAS - consomment d'autres substances qu'opioïdes par voie i.v. et qui sont en traitement médical de l'addiction <p>pour autant que chez ces patients, la prise du traitement de SOVALDI soit effectuée 5 fois par semaine sous la supervision du médecin prescripteur, respectivement du pharmacien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 avec une rechute de la maladie après un échec du traitement. <p>Le remboursement doit être limité à 24 semaines au maximum. Les patients atteints d'HCC attendant une transplantation du foie peuvent être traités jusqu'à la transplantation du foie. Les risques potentiels et le bénéfice pour ces patients doivent être évalués au cas par cas.</p> <p>La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre hépatologue ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante: http://www.bag.admin.ch/lis-ref.</p>					
G		TENOFOVIR SANDOZ (Tenofovirum disoproxilum)	Sandoz Pharmaceuti- cals AG		
	20726	Filmtabl 245 mg 30 Stk Fr. 283.25 [232.45]		66282001	01.01.2018, A
II. Autres emballages et dosages					
07.10.60		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 7.500 mg/0.3 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 27.25 [13.04]		66568009	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 10 mg/0.4 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 34.85 [16.08]		66568010	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 12.500 mg/0.5 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 36.80 [17.77]		66568011	01.01.2018, A

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 15 mg/0.6ml Fertigpen 1 Stk Fr. 37.70 [18.54]		66568012	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 17.500 mg/0.7 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 39.55 [20.18]		66568013	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 20 mg/0.8 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 40.25 [20.76]		66568014	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 22.500 mg/0.9 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 41.75 [22.08]		66568015	01.01.2018, A
		NORDIMET PEN (Methotrexatum)	Nordic Pharma GmbH		
	20660	Inj Lös 25 mg/1 ml Fertigpen 1 Stk Fr. 43.25 [23.40]		66568016	01.01.2018, A
07.15 (L)		CIMZIA AUTOCLICKS (Certolizumabum pegolum)	UCB-Pharma SA		
	19229	Inj Lös 200 mg/ml Fertpen 2 Stk Fr. 1341.05 [1166.67]		66590001	01.01.2018, B
<p>Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois. Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive). Les traitements nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.</p>					
(L)		ESBRIET (Pirfenidonum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20445	Filmtabl 267 mg Ds 90 Stk Fr. 1119.15 [964.34]		66422003	01.01.2018, B
	20445	Filmtabl 267 mg Ds 180 Stk Fr. 2176.80 [1928.68]		66422004	01.01.2018, B
<p>Diagnostic de la fibrose pulmonaire idiopathique (IPF) selon les recommandations internationales (ATS/ERS) par des centres spécialisés dans l'IPF ou par des spécialistes qualifiés en pneumologie. Garantie de paiement par la caisse-maladie après consultation du médecin-conseil dans le cadre de la première pose de l'indication.</p>					
(L)		ESBRIET (Pirfenidonum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20445	Filmtabl 801 mg Ds 90 Stk Fr. 3211.35 [2893.02]		66422007	01.01.2018, B
<p>Diagnostic de la fibrose pulmonaire idiopathique (IPF) selon les recommandations internationales (ATS/ERS) par des centres spécialisés dans l'IPF ou par des spécialistes qualifiés en pneumologie. Garantie de paiement par la caisse-maladie après consultation du médecin-conseil dans le cadre de la première pose de l'indication.</p>					
III. Préparations/emballages radiés					
03.02		MEPHATHIOL (Carbocisteinum)	Mepha Pharma AG		
	18934	Sirup 750 mg/15 ml 200 ml Fr. 9.20 [4.99]		52683025	01.01.2018, D
03.04.30 0		ATROVENT (Ipratropii bromidum anhydricum)	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH		
	16371	Inhal Lös 250 mcg/2 ml 60 Monodos 2 ml Fr. 38.80 [19.53]		52584019	01.01.2018, B
04.09		IMIDIUM LINGUAL (Loperamidi hydrochloridum)	Janssen-Cilag AG		
	16465	Schmelztabl 2 mg 20 Stk Fr. 13.05 [7.08]		52975018	01.01.2018, C

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.99 G		TAMSULOSIN ACTAVIS (Tamsulosini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18896	Ret Kaps 0.400 mg 10 Stk Fr. 9.05 [4.33]		58828001	01.01.2018, B
	18896	Ret Kaps 0.400 mg 30 Stk Fr. 25.50 [11.52]		58828003	01.01.2018, B
	18896	Ret Kaps 0.400 mg 100 Stk Fr. 60.10 [38.10]		58828007	01.01.2018, B
07.10.10		FROBEN (Flurbiprofenum)	BGP Products GmbH		
	13021	Drag 50 mg (neu) 20 Stk Fr. 9.10 [4.34]		40795023	01.01.2018, B
	13021	Drag 50 mg (neu) 100 Stk Fr. 36.70 [17.67]		40795024	01.01.2018, B
		FROBEN (Flurbiprofenum)	BGP Products GmbH		
	13021	Drag 100 mg (neu) 20 Stk Fr. 16.85 [7.52]		40795058	01.01.2018, B
	13021	Drag 100 mg (neu) 100 Stk Fr. 49.70 [29.01]		40795059	01.01.2018, B
		IBUSIFAR (Ibuprofenum)	Siphar SA		
	16683	Gran 400 mg Btl 30 Stk Fr. 15.15 [6.03]		53991017	01.01.2018, B
		IBUSIFAR (Ibuprofenum)	Siphar SA		
	16683	Gran 600 mg Btl 30 Stk Fr. 17.50 [8.09]		53991025	01.01.2018, B
07.13.10 G		CETIRIZIN HELVEPHARM (Cetirizini dihydrochloridum)	Helvepharm AG		
	18114	Tropfen 10 mg/ml 20 ml Fr. 19.45 [9.80]		56382001	01.01.2018, B
07.13.20 (L)		NALCROM 100 (Natrii cromoglicas)	Curatis AG		
	15170	Plv 100 mg Btl 50 Stk Fr. 45.95 [25.77]		46256018	01.01.2018, B
		NALCROM 200 (Natrii cromoglicas)	Curatis AG		
	15170	Plv 200 mg Btl 50 Stk Fr. 65.00 [42.32]		46256026	01.01.2018, B
07.16.10 G		CAPECITABIN FRESENIUS (Capecitabinum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	20156	Filmtabl 150 mg 60 Stk Fr. 74.00 [50.18]		62550001	01.01.2018, A
		CAPECITABIN FRESENIUS (Capecitabinum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	20156	Filmtabl 500 mg 120 Stk Fr. 406.75 [340.00]		62550002	01.01.2018, A
07.99 (L)G		IBANDRONAT HELVEPHARM OSTEO (Acidum ibandronicum)	Helvepharm AG		
	20158	Filmtabl 150 mg 1 Stk Fr. 42.30 [22.56]		62929001	01.01.2018, B
	20158	Filmtabl 150 mg 3 Stk Fr. 91.60 [65.49]		62929002	01.01.2018, B
(L)G		PAMIDRONAT TEVA (Dinatrii pamidronas anhydricus)	Teva Pharma AG		
	18962	Inf Konz 15 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 52.75 [31.65]		58855001	01.01.2018, B
(L)G		PAMIDRONAT TEVA (Dinatrii pamidronas anhydricus)	Teva Pharma AG		
	18962	Inf Konz 30 mg/10 ml Durchstf 10 ml Fr. 89.10 [63.31]		58855002	01.01.2018, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
(L)G		PAMIDRONAT TEVA (Dinatrii pamidronas anhydricus)	Teva Pharma AG		
	18962	Inf Konz 60 mg/20 ml Durchstf 20 ml Fr. 152.70 [118.72]		58855003	01.01.2018, B
(L)G		PAMIDRONAT TEVA (Dinatrii pamidronas anhydricus)	Teva Pharma AG		
	18962	Inf Konz 90 mg/30 ml Durchstf 30 ml Fr. 237.85 [192.90]		58855004	01.01.2018, B
(L)G		SEVELAMERCARBONATE SALMON PHARMA (Sevelameri carbonas)	Salmon Pharma GmbH		
	20582	Filmtabl 800 mg 180 Stk Fr. 201.10 [160.88]		65401001	01.01.2018, B
08.01.30		CEDAX (Ceftibutenum anhydricum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16310	Kaps 400 mg 5 Stk Fr. 38.20 [19.01]		52059054	01.01.2018, A
	16310	Kaps 400 mg 10 Stk Fr. 58.15 [36.38]		52059038	01.01.2018, A
08.01.30		CEDAX (Ceftibutenum anhydricum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16311	Susp 36 mg/ml 30 ml Fr. 27.90 [13.61]		52060036	01.01.2018, A
	16311	Susp 36 mg/ml 60 ml Fr. 43.00 [23.18]		52060044	01.01.2018, A
08.01.50 G		MINAC (Minocyclinum)	Galderma Schweiz AG		
	16713	Kaps 50 mg 60 Stk Fr. 39.30 [19.97]		53783015	01.01.2018, A
10.05.10		MONOVO (Mometasoni-17 furoas)	Almirall AG		
	19994	Creme 30 g Fr. 16.65 [7.34]		60544005	01.01.2018, B
	19994	Creme 50 g Fr. 20.65 [10.86]		60544006	01.01.2018, B
10.05.10		MONOVO (Mometasoni-17 furoas)	Almirall AG		
	19996	Salbe 30 g Fr. 16.65 [7.34]		60327005	01.01.2018, B
	19996	Salbe 50 g Fr. 20.65 [10.86]		60327006	01.01.2018, B
10.09.41 G		TINEAFIN (Terbinafini hydrochloridum)	Galderma Schweiz AG		
	18718	Creme 15 g Fr. 10.80 [5.86]		58013002	01.01.2018, C
11.09 G		LATANOPROST PLUS SPIRIG HC (Latanoprostum, Timololum)	Spirig HealthCare AG		
	20161	Gtt Opht 2.500 ml Fr. 28.70 [14.28]		63076001	01.01.2018, B
	20161	Gtt Opht 3 2.500 ml Fr. 64.60 [41.98]		63076002	01.01.2018, B
G		LATANOPROST PLUS SPIRIG HC (Latanoprostum, Timololum)	Spirig HealthCare AG		
	20140	Gtt Opht 2.500 ml Fr. 20.00 [10.26]		63104001	01.01.2018, B
	20140	Gtt Opht 3 2.500 ml Fr. 51.75 [30.78]		63104002	01.01.2018, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réductions de prix volontaires					
ALBUMIN CSL Inf Lös 5 % 100 ml Inf Lös 5 % 250 ml	CSL Behring AG	060110	8329 8329	38.90 71.10	19.58 47.65
ASPIRIN CARDIO Filmtabl 100 mg 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060320	16068	6.50	2.10
ASPIRIN CARDIO Filmtabl 300 mg 30 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060320	16068	7.15	2.65
KOVALTRY Trockensub 250 IE c Solv Durchstf 1 Stk	Bayer (Schweiz) AG	060110	20529	311.95	264.33
V. Réductions de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2017					
AERIUS LÖSUNG ZUM EINNEHMEN Lös 0.500 mg/ml 60 ml Lös 0.500 mg/ml 120 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071310	18015 18015	7.90 14.95	3.33 5.87
ALDURAZYME Inf Konz 500 IE/5ml Durchstf 5 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	18380	827.90	706.86
ALFAMINO Plv 400 g	Nestlé Health Science Nestlé Suisse SA	070110	19899	58.70	36.84
ANDRIOL TESTOCAPS Kaps 40 mg 60 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070840	13737	41.45	21.84
ANDURSIL Kautabl 24 Stk Kautabl 100 Stk	Dr. Heinz Wettli AG Fabrikation chemisch-pharmazeu	040100	12293 12293	7.85 27.65	4.25 14.98
ATRIANCE Inf Lös 250 mg/50 ml 6 Vial 50 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	18646	2'301.10	2'042.03
BENLYSTA Trockensub 120 mg 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	071500	19903	216.70	174.48
BENLYSTA Trockensub 400 mg 1 Stk	GlaxoSmithKline AG	071500	19903	684.10	581.62
BOSULIF Filmtabl 100 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	1'203.35	1'041.10
BOSULIF Filmtabl 500 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	4'882.05	4'522.96
BUDENOFALK Kaps 3 mg 50 Stk Kaps 3 mg 100 Stk	Vifor SA	049900	17225 17225	89.65 154.35	63.79 120.16
BUDENOFALK UNO Gran 9 mg Btl 20 Stk Gran 9 mg Btl 60 Stk	Vifor SA	049900	19456 19456	89.90 236.25	64.02 191.49
BYETTA Inj Lös 5 mcg Fertpen 1 Stk	AstraZeneca AG	070620	18590	125.35	94.90
BYETTA Inj Lös 10 mcg Fertpen 1 Stk	AstraZeneca AG	070620	18590	125.35	94.90
CALCIUM AC PHOSPHATB BICHSEL Kaps 400 mg 100 Stk Kaps 400 mg 250 Stk	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion / Ver	079900	16159 16159	8.40 18.00	3.76 8.55
CALCORT Tabl 6 mg 20 Stk Tabl 6 mg 100 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070727	15141 15141	15.20 45.80	6.10 25.59

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
CALCORT Tabl 30 mg 10 Stk Tabl 30 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	070727	15141 15141	26.25 54.70	12.13 33.35
CARNITENE Trink Lös 1 g/10 ml 10 Amp 10 ml	Sigma-Tau Pharma AG	079900	15537	43.75	23.84
CAROTABEN Kaps 25 mg 100 Stk	Almirall AG	079900	13830	44.60	24.55
CELLCEPT Susp 200 mg/ml Fl 175 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500	17478	217.25	174.96
CEREZYME Trockensub 200 IE Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17160	1'177.35	1'017.40
CEREZYME Trockensub 400 IE Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17160	2'203.25	1'952.83
CHAMPIX Filmtabl 0.500 mg 56 Stk	Pfizer AG	150000	18509	115.05	85.94
CHAMPIX Filmtabl 1 mg 56 Stk Filmtabl 1 mg 112 Stk	Pfizer AG	150000	18509 18509	115.05 210.55	85.94 169.14
CHAMPIX INITIALPACKUNG Filmtabl 11x0.5 mg/42x1 mg 1 Stk	Pfizer AG	150000	18509	115.05	85.94
CITRAFLEET Plv 2 Stk	Spirig HealthCare AG	040811	20260	25.80	11.78
CLIMEN Drag 21 Stk Drag 3x21 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070860	16679 16679	16.25 38.35	7.02 19.10
COLPERMIN Kaps 30 Stk Kaps 100 Stk	Tillotts Pharma AG	040400	14532 14532	9.10 27.45	4.94 14.89
DECAPEPTYL Inj Lös 0.1000 mg/ml Fertspr 7 Stk	Ferring AG	070900	16621	73.70	49.91
DEPOCYTE Inj Susp 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071610	18303	1'972.55	1'742.47
DICETEL Filmtabl 50 mg 60 Stk Filmtabl 50 mg 120 Stk	BGP Products GmbH	040200	14828 14828	20.10 37.30	10.37 18.22
DOSTINEX Tabl 0.500 mg Fl 2 Stk Tabl 0.500 mg Fl 8 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	070310		19.85 59.45	10.14 37.49
DOSTINEX Tabl 0.500 mg 2 Stk Tabl 0.500 mg 8 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	070310	16472 16472	19.85 59.45	10.14 37.49
DUSPATALIN RETARD Ret Kaps 200 mg 30 Stk Ret Kaps 200 mg 60 Stk	BGP Products GmbH	040200	15755 15755	17.95 29.45	8.49 14.94
ELTROXIN LF Tabl 0.050 mg 100 Stk	Sigma-Tau Pharma AG	070420	16147	9.50	4.71
ELTROXIN LF Tabl 0.100 mg 100 Stk	Sigma-Tau Pharma AG	070420	16147	14.80	5.74
ENTOCORT CIR Ret Kaps 3 mg 20 Stk Ret Kaps 3 mg 50 Stk Ret Kaps 3 mg 100 Stk	Tillotts Pharma AG	049900	17268 17268 17268	44.70 83.35 142.45	24.64 58.30 109.81
ENTOCORT ENEMA KLISTER Klist Lösung + Tabletten 7 Stk	Tillotts Pharma AG	049900	17973	68.90	45.73

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ESTRACYT Kaps 140 mg 40 Stk Kaps 140 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071610	12827 12827	113.90 226.30	84.93 182.84
ESTROFEM N Filmtabl 1 mg 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815	9.55	4.73
ESTROFEM N Filmtabl 2 mg 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070820	12815	14.60	5.59
FABRAZYME Trockensub 35 mg Durchstf 1 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071400	17925	4'418.15	4070.41
FARLUTAL Tabl 500 mg 60 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071620	14097	156.20	121.76
FEMOSTON Tabl 1/10 mg 28 Stk	BGP Products GmbH	070860	16799	15.65	6.48
FEMOSTON Tabl 2/10 mg 28 Stk	BGP Products GmbH	070860	16799	16.65	7.36
FEMOSTON MONO Filmtabl 2 mg 28 Stk	BGP Products GmbH	070860	17274	9.10	4.37
FORSTEO PATRONE (VORG. INJEKTOR) Inj Lös 2.400 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	079900	17985	451.85	379.33
FORXIGA Filmtabl 5 mg 28 Stk Filmtabl 5 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	070620	20270 20270	69.50 201.95	46.27 161.63
FORXIGA Filmtabl 10 mg 28 Stk Filmtabl 10 mg 98 Stk	AstraZeneca AG	070620	20270 20270	69.50 201.95	46.27 161.63
GATINAR Sirup 200 ml Sirup 500 ml	Melisana AG	040812	12598 12598	6.40 12.80	3.47 6.93
GIOTRIF Filmtabl 20 mg 28 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610	20151	2'780.30	2'478.94
GIOTRIF Filmtabl 30 mg 28 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610	20151	2'780.30	2'478.94
GIOTRIF Filmtabl 40 mg 28 Stk	Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH	071610	20151	2'780.30	2'478.94
GLUCAGEN NOVO HYPO KIT Trockensub 1 mg c solv Amp 1 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070630	10472	38.55	19.30
GLUCOBAY 100 Tabl 100 mg 30 Stk Tabl 100 mg 90 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070620	15139 15139	16.35 39.45	7.10 20.08
GLUCOBAY 50 Tabl 50 mg 30 Stk Tabl 50 mg 90 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070620	15139 15139	9.05 25.95	4.32 11.88
GYNODIAN DEPOT Inj Lös i.m. Fertspr 1 ml	Bayer (Schweiz) AG	070860	12458	14.80	5.74
HERCEPTIN Trockensub 150 mg Amp 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354	744.50	634.22
HERCEPTIN Trockensub 440 mg c solv Amp 20 ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	17354	2'095.15	1'854.24
HERCEPTIN SUBKUTAN Inj Lös 600 mg/5 ml subkutan Durchstf 1 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20607	2'095.15	1'854.24
HUMALOG Inj Lös Durchstf 10 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473	44.30	24.31

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HUMALOG Inj Lös f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16473	63.15	40.73
HUMALOG KWIKPEN Inj Lös 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	70.95	47.52
HUMALOG KWIKPEN Inj L's 200 IE/ml 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19010	125.50	95.04
HUMALOG MIX 25 Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17228	59.20	37.30
HUMALOG MIX 25 KWIKPEN Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19011	70.95	47.52
HUMALOG MIX 50 Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17229	63.55	41.09
HUMALOG MIX 50 KWIKPEN Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19012	70.95	47.52
HUMALOGPEN Inj L's 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16960	73.80	50.01
HUMALOGPEN MIX 25 Inj Susp 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17230	68.95	45.79
HUMALOGPEN MIX 50 Inj Susp 5 Fertspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	17231	74.30	50.44
HUMINSULIN BASAL Inj Susp f Pen 5 Amp 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	16073	62.15	39.85
HUMINSULIN BASAL KWIKPEN Inj Susp 5 Fertigspr 3 ml	Eli Lilly (Suisse) SA	070610	19901	54.75	33.39
HYCAMTIN Kaps 0.250 mg 10 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19019	189.50	150.77
HYCAMTIN Kaps 1 mg 10 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071610	19019	708.70	603.06
IMNOVID Kaps 1 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	9'965.95	9'482.90
IMNOVID Kaps 2 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	10'092.75	9'606.59
IMNOVID Kaps 3 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	10'219.55	9'730.28
IMNOVID Kaps 4 mg 21 Stk	Celgene GmbH	071640	20221	10'304.35	9'813.03
IMODIUM LINGUAL Schmelztabl 2 mg 20 Stk	Janssen-Cilag AG	040900	16465	13.05	7.08
IMPORTAL Plv Dppl Btl 10 Stk Plv Dppl Btl 25 Stk	Zambon Switzerland Ltd	040812	14926 14926	9.35 21.45	5.07 11.62
IMPORTAL Lös 200 ml Lös 500 ml	Zambon Switzerland Ltd	040812	16463 16463	5.60 12.65	3.03 6.86
INSULIN ACTRAPID HM Inj Lös Amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14262	28.35	13.97
INSULIN ACTRAPID HM PENF Inj Lös 5 Amp 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14939	51.55	30.61
INSULIN INSULATARD HM Inj Susp Amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	14765	27.05	12.83
INSULIN INSULATARD HM FLEXPEN Inj Susp Fertigpen 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17725	54.60	33.28
INSULIN INSULATARD HM PENFILL Inj Susp Patrone 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	15828	48.85	28.27

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
INSULIN NOVORAPID Inj Lös Amp 10 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17372	44.10	24.11
INSULIN NOVORAPID FLEXPEN Inj Lös Fertipgen 5 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17639	68.10	45.04
INSULIN NOVORAPID FLEXTOUCH Inj Lös 5 Fertipgen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	19765	68.10	45.04
INSULIN NOVORAPID PENFILL Inj Lös Patrone 5x 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	17373	62.85	40.46
INSULIN NOVORAPID PUMPCART Inj Lös 100 E/ml 5 Amp 1.600 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610	20429	41.15	21.58
INTRON A PEN Inj Lös 18 Mio E Fertspr 1 Stk	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	16861	189.25	150.55
INVOKANA Filmtabl 100 mg 30 Stk Filmtabl 100 mg 100 Stk	Janssen-Cilag AG	070620	20149 20149	67.55 186.90	44.56 148.54
INVOKANA Filmtabl 300 mg 30 Stk Filmtabl 300 mg 100 Stk	Janssen-Cilag AG	070620	20149 20149	90.90 264.80	64.91 216.37
KLEAN PREP Plv Btl 4 Stk	Norgine AG	040811	16532	25.85	11.80
LAXIPEG Pdr Btl 20 Stk Pdr Btl 100 Stk Pdr Ds 200 g	Zambon Switzerland Ltd	040811	20106 20106 20106	13.20 52.15 13.20	7.16 28.27 7.16
LODOTRA Ret Tabl 1 mg 30 Stk Ret Tabl 1 mg 100 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769	41.05 98.50	21.46 71.52
LODOTRA Ret Tabl 2 mg 30 Stk Ret Tabl 2 mg 100 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769	41.50 100.10	21.88 72.90
LODOTRA Ret Tabl 5 mg 30 Stk Ret Tabl 5 mg 100 Stk	Mundipharma Medical Company Hamilton, Bermuda, Basel Branch	071060	19769 19769	42.65 103.85	22.85 76.16
LUTRELEF Trockensub 3.200 mg c Solv Durchstf 1 Stk	Ferring AG	070310	15239	396.55	331.16
LUVERIS Trockensub 75 IE c Solv Durchstf 1 Stk Trockensub 75 IE c Solv Durchstf 10 Stk	Merck (Schweiz) AG	070810	17871 17871	68.90 533.65	45.74 450.56
METOPIRON 250 Kaps 250 mg 50 Stk	HRA-Pharma Switzerland Sàrl	070740	20336	334.20	276.81
METVIX Creme Tb 2 g	Galderma Schweiz AG	071640	17949	266.15	217.56
MOVIPREP EINE ANWENDUNG Plv 2 Btl A+2 Btl B Doppel Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19223	26.60	12.44
MOVIPREP ORANGE EINE ANWEND Plv 2 Btl A+2 Btl B Dppl Btl 2 Stk	Norgine AG	040811	19762	26.60	12.44
NEBIDO Inj Lös Durchstf 4 ml	Bayer (Schweiz) AG	070840	18138	138.90	106.70
NORMACOL Gran Ds 500 g	Norgine AG	040813	5394	22.25	12.06

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NORMACOL Gran 7 g 30 Btl 7 g	Norgine AG	040813	5394	10.10	5.48
NORPROLAC Tabl 25mcg/50mcg 3 + 3 1 Stk	Ferring AG	070310	16287	9.15	4.39
NORPROLAC Tabl 75 mcg 30 Stk	Ferring AG	070310	16287	54.90	33.55
NORPROLAC Tabl 150 mcg 30 Stk	Ferring AG	070310	16287	85.10	59.84
NOVOFEM Filmtabl Disp 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	17874	15.80	6.60
NOVOTHYRAL Tabl 100 Stk	Merck (Schweiz) AG	070420	16677	18.95	9.37
OVESTIN Tabl 1 mg 30 Stk Tabl 1 mg 3x 30 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	070820	9221 9221	8.40 19.70	3.73 10.01
PHOSPHONORM Kaps 300 mg 100 Stk	Salmon Pharma GmbH	079900	14856	53.10	31.97
PICOPREP Plv 2 Stk	Ferring AG	040811	20068	26.00	11.93
PREGNYL Trockensub 1500 E c Solv 3 Amp 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	6568	14.55	5.51
PREGNYL Trockensub 5000 E c Solv Amp 1 ml	MSD Merck Sharp & Dohme AG	070810	6568	9.65	4.84
PROGYNOVA Drag 2 mg 28 Stk Drag 2 mg 3x 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880 10880	14.35 27.30	5.35 13.06
PROGYNOVA MITE Drag 1 mg 3x 28 Stk	Bayer (Schweiz) AG	070820	10880	20.00	10.26
REPLAGAL Inf Konz 3.500 mg/3.5 ml Durchstf 3.500 ml	Shire Switzerland GmbH	071400	17762	2'359.60	2'095.38
RESONIUM A Plv KabiPac 450 g	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	160000	11526	57.75	36.01
RIOPAN 800 Tabl 800 mg 50 Stk Tabl 800 mg 100 Stk	Takeda Pharma AG	040100	15032 15032	15.70 27.60	8.52 14.95
ROFERON A Inj Lös 3 Mio E Fertspr 5 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	16619	155.35	121.03
RUDOLAC Sirup in Flasche 200 ml Sirup in Flasche 500 ml	Streuli Pharma AG	040812	15942 15942	6.45 13.05	3.49 7.06
SANDIMMUN Inf Konz 50 mg/ml 10 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16811	48.00	27.52
SANDIMMUN Inf Konz 250 mg/5ml 10 Amp 5 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16811	167.10	131.27
SANDIMMUN NEORAL Trink Lös 100 mg/ml 50 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	16303	215.75	173.64
SANDOSTATIN LAR Trockensub 10 mg c Sol (neu) 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484	688.00	585.02
SANDOSTATIN LAR Trockensub 10 mg c Sol (neu) Fertspr 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484	688.00	585.02
SANDOSTATIN LAR Trockensub 20 mg c Sol (neu) 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620		1'200.55	1'038.55

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SANDOSTATIN LAR Trockensub 20 mg c Sol (neu) Fertspr 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484	1'200.55	1'038.55
SANDOSTATIN LAR Trockensub 30 mg c Sol (neu) Fertspr 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484	1'666.80	1'463.69
SANDOSTATIN LAR Trockensub 30 mg c Sol (neu) 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	16484	1'666.80	1'463.69
SCHMIDS RHEUMA-CRÈME Creme 100 ml	Medicoss AG	571040	18837	16.85	9.14
SIGNIFOR Inj Lös 0.300 mg/ml 30 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	19905	2'270.20	2'013.84
SIGNIFOR Inj Lös 0.600 mg/ml 30 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	19905	2'270.20	2'013.84
SIGNIFOR Inj Lös 0.900 mg/ml 30 Amp 1 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	071620	19905	2'270.20	2'013.84
SOLIRIS Inf Konz 300 mg/30 ml Durchstf 30 ml	Alexion Pharma GmbH	071500	19016	4'972.45	4'811.15
SPRYCEL Filmtabl 20 mg 60 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561	1'952.30	1'724.01
SPRYCEL Filmtabl 50 mg 60 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561	4'159.45	3'817.98
SPRYCEL Filmtabl 70 mg 60 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561	4'159.45	3'817.98
SPRYCEL Filmtabl 100 mg 30 Stk	Bristol-Myers Squibb SA	071610	18561	4'268.05	3'923.93
SYSTEM CONTI Matrixpfl 50/170 8 Stk Matrixpfl 50/170 24 Stk	Janssen-Cilag AG	070860	17276 17276	28.25 57.90	13.91 36.15
SYSTEM SEQUI Matrixpfl 8 Stk	Janssen-Cilag AG	070860	17277	19.45	9.79
TARCEVA Filmtabl 100 mg 30 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	18210	2'366.75	2'101.90
TARCEVA Filmtabl 150 mg 30 Stk	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	18210	2'805.85	2'502.26
TOMUDEX Trockensub 2 mg Vial 1 Stk	Ospedalia AG	071610	17186	260.80	212.89
TRISEQUENS N Filmtabl 28 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070860	12814	15.40	6.27
VOTUBIA Tabl 2.500 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486	1'630.45	1'430.56
VOTUBIA Tabl 5 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	19486	3'081.70	2'766.53
VOTUBIA Disp Tabl 2 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	20122	1'316.70	1'144.45
VOTUBIA Disp Tabl 3 mg 30 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071640	20122	1'944.25	1'716.67
VPRIV Trockensub 200 IE Durchstf 1 Stk	Shire Switzerland GmbH	071400	19299	1'183.90	1'023.41
VPRIV Trockensub 400 IE Durchstf 1 Stk	Shire Switzerland GmbH	071400	19299	2'208.70	1'957.79
XULTOPHY Inj Lös 100E/ml 3.6 mg/ml (neu) 3 Fertpen 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070610		182.00	144.26

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ZYBAN Ret Tabl 150 mg 30 Stk Ret Tabl 150 mg 60 Stk	GlaxoSmithKline AG	150000	18777 18777	53.60 90.80	32.41 64.81
ZYTIGA Filmtabl 500 mg 56 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	3'768.75	3'436.84
ZYTIGA Tabl 120 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	4'020.40	3'682.33

VI. Modifications de la limitation/de l'indication

CINRYZE Durchstf 2 Stk	Shire Switzerland GmbH	060110	19896	1834.40	1616.52
<p>Vieille limitation: Angio-œdème héréditaire dû à un déficit en inhibiteur C1: traitement et prévention pré-opératoire des crises. Prophylaxie à long terme tous les 3 ou 4 jours chez des patients avec au moins 2 crises par mois chez qui un traitement par des androgènes ou de l'acide tranexamique n'a pas apporté un résultat suffisant ou est associé à des effets indésirables inacceptables. Une garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie après consultation du médecin-conseil est nécessaire avant la première prescription de la prophylaxie à long terme. La première prescription de la prophylaxie à long terme ne peut être effectuée que par les centres universitaires, les hôpitaux cantonaux d'Aarau, de Bellinzone, de Coire ou de Saint-Gall ou par un médecin exerçant en cabinet privé et coopérant avec ces centres, et ce afin d'offrir au patient une prise en charge de proximité. La coopération entre les deux partenaires repose sur des bases consensuelles.</p> <p>Nouvelle limitation: Angio-œdème héréditaire dû à un déficit en inhibiteur C1: traitement et prévention pré-opératoire des crises. Prophylaxie à long terme tous les 3 ou 4 jours chez des patients avec au moins 2 crises par mois chez qui un traitement par des androgènes ou de l'acide tranexamique n'a pas apporté un résultat suffisant ou est associé à des effets indésirables inacceptables. Une garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie après consultation du médecin-conseil est nécessaire avant la première prescription de la prophylaxie à long terme. La première prescription de la prophylaxie à long terme ne peut être effectuée que par les centres universitaires, les hôpitaux cantonaux d'Aarau, de Bellinzone, de Coire, de Lucerne, de Sion ou de Saint-Gall ou par un médecin exerçant en cabinet privé et coopérant avec ces centres, et ce afin d'offrir au patient une prise en charge de proximité. La coopération entre les deux partenaires repose sur des bases consensuelles.</p>					
PROCORALAN Filmtabl 5 mg 56 Stk Filmtabl 5 mg 112 Stk Filmtabl 7.500 mg 56 Stk Filmtabl 7.500 mg 112 Stk	Servier (Suisse) SA	0299	18623 18623 18623 18623	80.55 144.30 80.55 144.30	55.86 111.43 55.86 111.43

Vieille limitation:
Dans le traitement symptomatique de l'angor stable chronique chez des patients coronariens en rythme sinusal ayant une fréquence cardiaque supérieure ou égale à 70 bpm:

- chez les patients présentant une contre-indication ou une intolérance aux bêta-bloquants
- ou en association aux bêta-bloquants chez des patients insuffisamment contrôlés par une dose optimale de bêta-bloquants.

Pour la réduction des événements cardiovasculaires (mortalité cardiovasculaire ou hospitalisation pour aggravation de l'insuffisance cardiaque) chez des adultes en rythme sinusal présentant une insuffisance cardiaque chronique symptomatique avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche = 35 % et une fréquence cardiaque supérieure ou égale à 70 bpm en complément d'une thérapie standard optimale en accord avec les recommandations en vigueur.

Nouvelle limitation:
Pour la réduction des événements cardiovasculaires (mortalité cardiovasculaire ou hospitalisation pour aggravation de l'insuffisance cardiaque) chez des adultes en rythme sinusal présentant une insuffisance cardiaque chronique symptomatique avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche = 35 % et une fréquence cardiaque supérieure ou égale à 70 bpm en complément d'une thérapie standard optimale en accord avec les recommandations en vigueur.

VII. Suppression de la limitation

GLUCAGEN NOVO HYPO KIT Trockensub 1 mg c solv Amp 1 Stk	Novo Nordisk Pharma AG	070630	10472	38.55	19.30
---	------------------------	--------	-------	-------	-------

Pour l'égalité des chances en santé

Cette édition de spectra est consacrée à l'égalité des chances. Elle couvre des thèmes comme le programme Migration et santé (2002–2017), les résultats de recherches sur les causalités des inégalités en santé et les mesures pour les combattre. Dans une interview, Patrick Bodenmann, directeur du Centre des populations vulnérables à la PMU de Lausanne, partage son expérience.



Patrick Bodenmann

SPECTRA: QUELLES SONT, SELON VOTRE EXPÉRIENCE, LES PERSONNES PARTICULIÈREMENT CONCERNÉES PAR CETTE INÉGALITÉ ?

Patrick Bodenmann: Ces « inégalités sociales de santé » touchent des personnes qui risquent de ne pas bénéficier de soins de qualité en raison de leur appartenance à certains groupes. Il y a une vingtaine d'années, c'était surtout les migrants forcés, c'est-à-dire les requérants

d'asile ou les personnes sans papiers ni statut fixe. L'immigration s'est accrue en 2015–2016 et subsiste même si elle s'atténue pour différentes raisons.

Chez les autochtones, le problème est moins médiatisé, mais la pauvreté existe. Dans notre canton, entre 7 et 8 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolu. Des études montrent que 10 à 15 % de personnes vivant dans les cantons romands ont renoncé à des soins ces derniers mois pour des raisons économiques. Vient ensuite le problème plus subtil de la communication. Certains patients parlent certes le français, mais leur faible littéracie en santé ne leur permet pas de comprendre tout ce que dit le médecin ou le soignant. Les usagers fréquents des urgences concentrent également des risques et des vulnérabilités, sans oublier le milieu carcéral, les minorités sexuelles, les personnes handicapées, etc.

QUELS SONT LES PROBLÈMES, AU QUOTIDIEN, DE CES PERSONNES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ?

Ils se posent à trois niveaux. Le premier est celui des patients; par exemple, la communication, qui dépend de leur maîtrise de la langue locale, de leur éducation, de leurs capacités. Ensuite, le système sanitaire; par exemple, la signalétique d'un hôpital qui aidera ou non un patient à s'orienter. Et, finalement, il reste les soignants, leurs différences de compétences, de savoir-être, de savoir-faire et de connaissances.

Y A-T-IL AUSSI DES PROBLÈMES SYSTÉMIQUES QUI GÈNÈRENT DES INÉGALITÉS ?

La communication est un problème systémique majeur. Notamment avec les patients allophones. Elle implique l'intervention d'interprètes communautaires sur place ou par téléphone. Or, la question du financement n'a pas encore beaucoup avancé et, sans communication, on n'est pas en mesure de faire de la médecine. Ensuite, il y a la faible littéracie en santé. Il faut que soignants et système sanitaire prennent conscience que tout le monde ne peut pas comprendre des brochures de 30 pages.

En 2015, l'OFSP a réalisé après l'enquête européenne (où la Suisse n'était pas présente), un état des lieux national. La Suisse compte plus de 40 % de personnes à faible littéracie en santé, qui ne comprennent pas les instructions médicales. N'oublions pas les personnes sourdes et les malentendantes, qui ont besoin d'interprètes et informations en langage des signes. Or, on ne sait pas toujours comment s'y prendre.

Autre problème, plus axé sur les soignants : la complexité chez ces groupes peut générer des stigmatisations, des stéréotypes et des sentiments qui vont à l'encontre d'une prise en charge empathique. Des études aux USA, particulièrement touchés par les questions raciales et ethniques, l'ont montré au cours des 25 dernières années. Pour y remédier, nous sensibilisons à ces différents aspects dans la formation. La nature même de notre travail clinique nous amène à catégoriser symptômes, diagnostics et personnes.

QUELS SONT VOS SOUHAITS POUR L'AVENIR ?

D'abord, je souhaite que les étudiants continuent à cultiver l'intérêt pour ces thématiques. C'est important parce qu'ils seront confrontés à ce type de problèmes et qu'ainsi, nous nous sentons portés dans nos démarches.

Ensuite, j'espère que les décideurs consacreront toujours une partie des fonds à la recherche sur les inégalités sociales de santé. C'est vrai que des projets sont déjà financés dans le cadre des programmes nationaux de recherche, mais il faut continuer.

Mon troisième souhait : la Chaire de médecine des populations vulnérables de la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne ne doit pas rester la seule. Il faut que des postes soient créés dans d'autres universités. L'impulsion est importante, mais il faut que d'autres personnes et structures au niveau universitaire suivent.

Et enfin, j'espère vraiment que nous, soignants, nous ne nous habituerons jamais à l'insupportable, à l'indicible, à ce qui pose vraiment problème. Nous devons continuer à travailler comme cliniciens, comme enseignants, comme chercheurs, mais devons aussi assumer notre rôle de porte-voix pour le patient.

Lisez la version intégrale de cette interview sur www.spectra-online.ch.

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Agathe Blaser
Unité de direction Politique de la santé
Section Égalité face à la santé
Téléphone 058 462 74 17
agathe.blaser@bag.admin.ch

Connaissez-vous spectra?

Depuis 1995 déjà, le magazine spectra couvre les projets, programmes et stratégies menés par l'Office fédéral de la santé publique et ses partenaires en matière de promotion de la santé et de prévention. La version en ligne du magazine contient, en plus des articles diffusés sur papier, des informations plus détaillées sur le contexte et traite de sujets d'actualité.

La version imprimée, quant à elle, paraît quatre fois par an en français, en allemand et en anglais. De plus, spectra s'accompagne d'une newsletter électronique, diffusée environ huit fois par an.


Vous pouvez commander l'une comme l'autre sur le site www.spectra-online.ch, au 058 463 87 79 ou à l'adresse kampagnen@bag.admin.ch.




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

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Berne
Post CH AG

OFSP - Bulletin

Semaine
3/2018