

Bulletin 30/05

Office fédéral de la santé publique



Office fédéral
de la santé publique



Editeur

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

Rédaction

Office fédéral de la santé publique
Marianne Scheidegger
3003 Berne
Téléphone 031 322 94 00 (matinée)

Impression

IMPRIMERIE BENNELI HALLWAG SA
Seftigenstrasse 310
3084 Wabern-Berne
Téléphone 031 960 81 81

Abonnements, changements d'adresse

BAG Bulletin
Industriestrasse 37
3178 Bösingen
Téléphone 031 740 97 87
Fax 031 740 97 76

ISSN 1420-4266

Sommaire	
Santé et environnement	
L'ambroisie: une plante qui coûte des millions à la santé	528
Lettre d'information n° 107	
Intégrer des fleurs et boutons de fleurs dans les denrées alimentaires à des fins décoratives ou gustatives	530
Foglio informativo n. 107	
Commerciabilità di fiori nelle derrate alimentari a scopi decorativi e/o gustativi	531
Lettre d'information n° 108	
Concentrations maximales de pesticides	532
Lettera informativa n. 108	
Concentrazione massima per i pesticidi	533
Epi-notice	
Surveillance accrue, par PCR, des maladies invasives à méningocoques chez les enfants	534
Maladies transmissibles	
Déclarations des maladies infectieuses	536
Sida-Information	538
Statistique Sentinella	540
Assurance maladie et accidents	
Liste des analyses: Modification du 1^{er} juillet 2005 concernant les prélèvements de sang	541
Carte d'assuré – Échange d'idées avec les fournisseurs	542
Das Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen der Universität Bern schreibt das nachfolgende spezielle Kursangebot aus:	
Einführung in die Gesundheitsökonomie	543

L'ambrosie: une plante qui coûte des millions à la santé

L'ambrosie (ou l'ambrosie à feuilles d'armoïse) est une plante originaire d'Amérique du Nord. Elle s'est entre-temps propagée dans de nombreux pays du monde à la faveur du réchauffement climatique et des activités humaines. Présente également en Suisse, cette plante peut porter sérieusement atteinte à la santé: le pollen de l'ambrosie est en effet très allergisant et peut causer, chez les sujets sensibilisés, des symptômes graves de type rhume des foins, voire de l'asthme. Pour limiter le plus possible les conséquences socio-économiques (frais de maladie et mesures de lutte), il faut donc agir au plus tôt.

la route. Si les graines tombent sur des terres dénudées, plus rien ne s'opposera à leur germination.

ZONES INFESTÉES

Dans deux de nos pays limitrophes, la France et l'Italie, on trouve de grandes populations d'ambrosie à proximité immédiate de la frontière suisse (Lyon, Milan). Le transport des graines le long des autoroutes a donné naissance à d'importants foyers en Suisse, surtout au Tessin et dans le canton de Genève. Dans ces deux cantons, des groupes d'action s'engagent activement pour surveiller l'ambrosie et lutter contre cette plante

AMBROSIA ARTEMISIIFOLIA

L'ambrosie appartient à la famille des astéracées (ou composacées). C'est une plante qui a besoin de beaucoup de lumière; elle peuple donc quasi uniquement les terrains en friche (chantiers, champs, jachères, terres dénudées, bords de chemins ou de routes), de la plaine jusqu'à une altitude de 1000 mètres environ. En effet, ses graines ne peuvent pas germer sur les sols recouverts d'une forte végétation. Cependant, elle n'est pas exigeante avec le sol et pousse bien sur

presque toutes les surfaces dégagées. Une fois qu'elle s'est établie, il est très difficile de l'éliminer: la plante produit en moyenne entre 3000 et 6000 graines, dont la durée de vie peut atteindre une quarantaine d'années. L'ambrosie a une phase de développement courte. Elle germe relativement tard, en juin/juillet, et peut atteindre l'âge adulte en très peu de temps. Au Tessin, par exemple, des germes d'ambrosie sont apparus début juillet et les premières inflorescences se sont développées quinze jours plus tard. Les pollens se sont libérés début août et les premières graines se sont formées à la mi-septembre.

VOIES DE DISSÉMINATION

L'homme est le principal responsable de la dispersion des graines (antropochorie). Par son intermédiaire, la plante ne cesse de se disséminer, que ce soit par le transport de la terre, les échanges de semences, la terre et le terreau contaminés qui adhèrent aux pneus ou à d'autres parties des véhicules, ou encore l'échange de machines agricoles de récolte. Les abords d'autoroutes ou de voies fréquentées sont particulièrement touchés. Voyageant de manière «clandestine», les graines d'ambrosie sont transportées sur des kilomètres et se dispersent au gré du vent le long de

LUTTE CONTRE L'AMBROSIE

Il est facile de combattre les colonies peu importantes d'ambrosie. Le plus simple étant de lutter mécaniquement en arrachant et en brûlant les populations existantes. Il est ensuite important d'ensemencer à nouveau les surfaces touchées (végétalisation) de sorte que les graines d'ambrosie présentes dans le sol ne puissent pas germer. Afin d'obtenir les meilleurs résultats à long terme, il s'agit d'empêcher la propagation de ces semences. Lorsque l'on pourra, au moyen de procédés peu coûteux, éliminer les graines d'ambrosie présentes dans les mélanges de graines de tournesol ou de nourriture pour oiseaux, il sera facile d'empêcher cette dissémination. Les bases légales permettant d'enrayer cette expansion et de lutter contre la plante existent déjà ou sont en cours d'élaboration. Si, à l'heure actuelle, l'ordonnance sur le livre des aliments pour animaux (OLAIA) mentionne explicitement l'ambrosie, l'organe de contrôle approprié fait toutefois défaut. L'ordonnance sur la dissémination dans l'environnement (ODE) et l'ordonnance sur la protection des végétaux (OPV), dans lesquelles il est prévu d'introduire une mention concernant l'ambrosie l'année prochaine, considèrent implicitement cette plante comme organisme nuisible. Il est quasiment impossible d'empêcher l'acheminement de graines par des véhicules ou le transport de



Photo: Walter Welss

terre, excepté en luttant strictement contre les populations existantes. C'est pourquoi il est absolument nécessaire de surveiller les parcelles où elles peuvent se trouver et lutter contre les colonies établies. La lutte est encore possible aujourd'hui en Suisse car l'espèce n'est présente qu'en peu d'endroits. Cependant, il se peut que dans quelques années, de telles mesures ne rencontrent plus qu'un succès limité. Des projets de coordination et de lutte nationales existent déjà. Il manque cependant une instance supérieure qui s'investisse dans ce projet; c'est pourquoi, pour l'heure, les efforts ne peuvent se concrétiser que localement.

En tout état de cause, une lutte menée à temps contre l'ambrosie peut se dérouler avec succès, comme l'a montré l'exemple canadien sur la péninsule de Gaspésie: dans les années 1950–1960, on a pu venir à bout de la plante grâce à une lutte conséquente et à une surveillance attentive.

PORTÉE SANITAIRE

Les pollens de l'ambrosie constituent une menace pour la santé du fait de leur caractère hautement allergisant. Les symptômes de l'allergie à l'ambrosie sont comparables à ceux des autres allergies: rhinite (nez qui coule ou qui démange), conjonctivite (larmolements des yeux et paupières gonflées). Chez les personnes très sensibles, cette plante peut déclencher des crises d'asthme (jusqu'à 25% des sujets allergiques): les grains de pollen, de très petite dimension, pénètrent profondément dans les poumons et peuvent y causer une inflammation ou un œdème de la muqueuse bronchiale.

La période de pollinisation de l'ambrosie dure à peu près deux mois, de début août à fin septembre environ; elle prolonge ainsi de plusieurs semaines la traditionnelle saison d'allergie aux pollens en Suisse. Une quantité de 10 grains par mètre cube est considérée comme une charge très forte. Au sud du Tessin, cette valeur est dépassée 30 jours au total pendant les mois d'août et de septembre. Dans ce canton, les allergiques ont

déjà enregistré une légère hausse des patients allergiques.

En Hongrie, au nord de l'Italie, en France (espace lyonnais) et en République tchèque, l'ambrosie est responsable de 35 à 80% de toutes les allergies. De plus, l'intensité de l'allergie provoquée par l'ambrosie est plus forte que pour les autres pollens.

L'apparition de l'ambrosie représente ainsi pour les personnes allergiques une perte significative de leur qualité de vie, d'une part l'effet très allergisant des pollens de l'ambrosie, d'autre part à cause de la prolongation de la saison pollinique.

En outre, le fait de toucher les plantes peut causer des éruptions cutanées, par exemple. Lors de la lutte contre cette plante, il faut donc veiller à arracher les plantes avant l'éclosion des fleurs, en portant un masque et des gants.

COÛTS DE SANTÉ ACCRUS

En France, durant les quatre années qui ont fait l'objet d'une étude, on a enregistré de fortes hausses de la consommation d'antihistaminiques de mi-août à fin septembre. Un triplement de la consommation d'antihistaminiques, de collyres antiallergiques et de sprays nasaux a été observé pendant la période principale de floraison de l'ambrosie (de la 33^e à la 40^e semaine. La consommation de ces produits a augmenté dans la même proportion que la concentration de pollens d'ambrosie dans l'air. La prise de médicaments antiallergiques est donc très fortement liée avec la concentration de pollens d'ambrosie.

Dans la région de Milan, les populations d'ambrosie sont relativement importantes. L'hôpital public «Milano 1» estime que, en 2002, environ 1 390 417 euros ont été dépensés pour le traitement de personnes allergiques à cette plante. Au total, 12% de la population autour de Milan est allergique à l'ambrosie.

Ces deux exemples montrent que les populations d'ambrosie toujours croissantes entraînent une augmentation de la consommation de médicaments ainsi que du nombre de personnes allergiques. Pour la Suisse, les coûts engendrés

n'ont pas encore été calculés, mais ils pourraient s'élever à plusieurs millions de francs si l'on intégrait dans l'évaluation les chiffres comparatifs d'autres pays. Dans la province canadienne du Québec, qui compte quelque 6 millions d'habitants, 50 millions de francs sont affectés chaque année uniquement aux coûts directs de traitement de l'allergie à l'ambrosie; les frais liés aux mesures de lutte n'ont, quant à eux, pas encore été calculés.

CONCLUSION

Les conséquences sur la santé dues à l'ambrosie sont très importantes. Ainsi, une invasion de cette plante en Suisse pourrait engendrer des coûts socio-économiques très importants. Les caisses maladie sont exposées, déjà aujourd'hui, à une pression économique très élevée. Une nette augmentation des patients allergiques entraînerait une charge plus lourde pour les caisses et les payeurs de primes.

Malheureusement, il n'existe pas encore d'instance au niveau national qui coordonne la lutte contre l'ambrosie de manière ciblée. Une intervention immédiate est absolument nécessaire pour éviter à temps des conséquences néfastes. ■

Fiches sur l'ambrosie:
www.cps-skew.ch/deutsch/ambr_art_d.pdf
et www.gplus.ch/download/InfoblattAmbrosia.pdf
(pour l'instant disponible uniquement en allemand)

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Politique de la santé
Division Politique de la santé
multisectorelle

Informations supplémentaires
Section Santé et environnement
Téléphone 031 323 06 01

Bibliographie

- Ciotti V, Maspoli G.: Ambrosia artemisiifolia Monitoring im Kanton Tessin. Zwischenbericht. Museo cantonale di storia naturale, Ticino, Svizzera, 2003.
- Christophe B, Gillet A, Mejean M.: Allergy to ragweed in the Rhone-Alpes and consumption of anti-allergics.
- Reinhardt F, et al.: Ökonomische Folgen der Ausbreitung von Neobiota. Berichtsnummer UBA-FB 000 441. Umweltbundesamt, Deutschland, 2002.

Intégrer des fleurs et boutons de fleurs dans les denrées alimentaires à des fins décoratives ou gustatives

Ce thème soulève de nombreuses interrogations. C'est pourquoi nous souhaitons uniformiser les critères d'évaluation selon lesquels les fleurs et boutons peuvent être considérés comme des aliments, critères que nous vous présentons ci-après.

L'utilisation de fleurs en tant qu'aliments est largement répandue. Qu'il s'agisse de fleurs d'artichauts et de courgettes ou de câpres (qui sont en fait des boutons floraux), elles sont, depuis longtemps déjà, largement consommées et appréciées. Dans le lexique des aliments, on les désigne par le terme «légumes-fleurs». Depuis quelques temps toutefois, des fleurs telles que les pensées, les pâquerettes, la lavande ou les pétales de rose sont consommées à titre d'aliments, alors qu'il n'était jusqu'alors pas commun d'en faire un tel usage. Avant d'utiliser ces fleurs, il faut évaluer leur effet pharmacologique et déterminer si leurs composants sont sans risque pour la santé. Les fleurs doivent bien évidemment être cultivées à des fins alimentaires, c'est-à-dire dans le respect d'une «bonne pratique de fabrication» et de sorte qu'elles conviennent à l'alimentation humaine du point de vue des substances étrangères et des composants. Le manuel des arômes élaboré par le Conseil de l'Europe (Substances aromatisantes et substances aromatisantes d'origine naturelle, 3^{ème} édition, 1981) classe les fleurs dans la catégorie des parties de plantes utilisables comme étant comestibles.

Selon nous, les fleurs précitées peuvent être considérées comme des fines herbes, au sens de l'art. 188, let. h, de l'ordonnance sur les denrées alimentaires (ODAI, RS 817.02). Les conditions requises sont les suivantes: les fleurs doivent être précisément identifiables (nom latin), elles doivent être cultivées à des fins alimentaires, mentionnées dans le manuel des arômes et satisfaire aux exigences alimentaires, notamment concernant les substances étrangères et les composants.

Le distributeur doit s'assurer, lors de la procédure d'auto-contrôle, que les fleurs conviennent à l'alimentation humaine, qu'elles ne pré-

sentent aucun risque pour la santé et qu'elles sont conformes aux exigences alimentaires. ■

Berne, le 5 juillet 2005

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Protection des consommateurs
Division Exécution du droit des denrées alimentaires

Informations supplémentaires

Section Denrées alimentaires
Téléphone 031 322 95 87

Commerciabilità di fiori nelle derrate alimentari a scopi decorativi e/o gustativi

Abbiamo ricevuto alcune richieste relative al tema in oggetto. Per garantire una valutazione unitaria, con il presente foglio informativo intendiamo dunque stabilire le condizioni secondo cui i fiori possono essere considerati derrate alimentari.

L'utilizzo di fiori o germogli come derrate alimentari è molto diffuso. Sia i fiori di carciofi, di zucchine che di capperi (che in effetti sono gemme fiorifere) sono considerati delle prelibatezze e da molto tempo sono tradizionalmente utilizzati come derrate alimentari. Nel lessico delle derrate alimentari sono nominati ortaggi a fiore. Tuttavia da qualche tempo vengono utilizzati fiori che finora tradizionalmente non erano impiegati come derrate alimentari, quali ad esempio le viole, le margherite, i fiori di lavanda o di rose. Prima di utilizzare questi fiori è necessario valutarne l'eventuale effetto farmacologico e le componenti che potrebbero forse nuocere alla salute. I fiori in commercio sono coltivati manifestamente per scopi alimentari affinché, in osservanza di una «buona prassi di fabbricazione» in materia di componenti e di sostanze estranee, siano idonei all'alimentazione umana. Il libro degli aromi del Consiglio europeo (*Flavouring substances and natural sources of flavourings*, terza edizione, 1981) nella parte riservata alle parti commestibili delle piante vi elenca anche i fiori e i germogli fioriferi.

Secondo la nostra opinione i fiori summenzionati possono essere valutati come erbe da cucina fresche ai sensi dell'articolo 188 lettera h dell'ordinanza sulle derrate alimentari (ODerr, RS 817.02). Le condizioni richieste sono le seguenti: i fiori devono essere chiaramente identificabili (nome latino), sono coltivati a scopi alimentari, sono nominati nel libro degli aromi e soddisfano i requisiti posti dal diritto in materia di derrate alimentari soprattutto per quanto riguarda le componenti e le sostanze estranee.

Nell'ambito del controllo autonomo, il commercializzante deve garantire che i fiori siano idonei all'alimentazione umana, non nuocino alla salute e che i requisiti posti dal diritto in materia di derrate alimentari siano rispettati. ■

Berna, 5 luglio 2005

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione protezione dei consumatori
Divisione esecuzione del diritto sulle derrate alimentari

Ulteriori informazioni

Sezione derrate alimentari
Telefono 031 322 95 87

Concentrations maximales de pesticides

Le groupe d'experts ad hoc pour les résidus de pesticides dans/sur les denrées alimentaires a tenu sa 86^{ème} séance le 30 juin 2005.

Suite aux délibérations au sein du groupe, nous avons décidé de proposer au Département fédéral de l'intérieur d'inclure les concentra-

tions maximales (valeurs limites ou/et valeurs de tolérance) suivantes dans la liste 1 de l'Ordonnance sur les substances étrangères et les composants (RS 817.021.23) lors de la prochaine révision:

Office fédéral de la santé Publique
Unité de direction Protection des consommateurs
Division Science alimentaire
Service Produits phytosanitaires et biocides
Téléphone 031 323 87 64

Nouvelles substances actives

aucune

Extension/Modification des champs d'application

1	2	3	4	5	6
Substance active	Domaine d'application	Denrées alimentaires	Valeur de tolérance mg/kg	Valeur limite mg/kg	Remarques
Acide phosphonique	F	vin	100		
Acide phosphonique	F	raisins	50		
Acide phosphonique	F				cf. aussi Fosetyl-aluminium
Azadirachtine	I	fines herbes	1		
Azadirachtine	I	choux pommés	0.1		
Azadirachtine	I	fruits à pépins	0.02		
Azoxystrobine	F	navets	0.2		
Azoxystrobine	F	rutabagas	0.2		
Clomazone	H	fèves de soja	0.01		
Clomazone	H	graines de tournesol	0.01		
Clomazone	H	pois	0.01		
Clomazone	H	pommes de terre	0.01		
Clothianidin	I	graines de colza	0.01		
Epoxiconazole	F	betteraves rouges	0.05		
Fenamidone	F	tomates	0.5		
Fenamidone	F	salade	2		
Fenpyroximate	A	aubergines	0.2		
Fenpyroximate	A	haricots	0.2		
Fenpyroximate	A	poivrons	0.2		
Fenpyroximate	A	tomates	0.2		
Fenpyroximate	A	concombres	0.1		
Fosetyl-aluminium	F	raisins	50		acide phosphonique
Kresoxim-methyl Phosphite	F	betteraves rouges	0.05		cf. acide phosphonique sauf maïs
Proquinazid	F	céréales	0.02		
Pyriméthanil	F	aubergines	2		
Pyriméthanil	F	salade	3		
Spinosad	I	épinards		10	
Spinosad	I	fraises	0.3		
Tébuconazole	F	orge	0.2		
Tébuconazole	F	céréales	0.05		sauf orge
Tébuconazole	F	framboises	0.05		
Tébuconazole	F	mûres	0.05		
Tepraloxydim	H	panais	0.5		
Tepraloxydim	H	scorsonères (salsifis noirs)	0.5		
Tepraloxydim	H	topinambours	0.5		
Tepraloxydim	H	asperges	0.1		
Thiacloprid	I	orge	0.05		
Thiacloprid	I	blé	0.02		

Berne, le 11 juillet 2005

Concentrazione massima per i pesticidi

Il 30 giugno 2005 si è tenuta l'86ª seduta del gruppo di esperti ad hoc per i residui di pesticidi nelle/sulle derrate alimentari.

Sulla base delle deliberazioni del gruppo di esperti abbiamo deciso di chiedere al Dipartimento federale

dell'interno d'inserire le seguenti concentrazioni massime (valori limiti e/o valori di tolleranza) nella lista 1 dell'allegato all'ordinanza sulle sostanze estranee e sui componenti (SR 817.021.23), in occasione della sua prossima revisione:

Ufficio federale della sanità pubblica
Unità di direzione dei consumatori
Divisione scienza degli alimenti
Servizio prodotti fitosanitari e biocidi
Telefono 031 323 87 64

Sostanze attive nuove

nessuna

Estensione del campo d'applicazione/Modifiche

1	2	3	4	5	6
Sostanza attiva	Campo d'applicazione	Derrate alimentari	Valore di tolleranza mg/kg	Valore limite mg/kg	Osservazioni
Acido fosfonico	F	vino	100		
Acido fosfonico	F	uva	50		
Acido fosfonico	F				v. anche Fosetil-alluminio
Azadiractina	I	erbe aromatiche fresche	1		
Azadiractina	I	cavoli a testa	0.1		
Azadiractina	I	frutta a granelli	0.02		
Azossistrobina	F	rape	0.2		
Azossistrobina	F	rutabaga	0.2		
Clomazone	H	patate	0.01		
Clomazone	H	piselli	0.01		
Clomazone	H	semi di girasole	0.01		
Clomazone	H	semi di soia	0.01		
Clothianidin	I	semi di colza	0.01		
Epoxiconazol	F	barbabietole rosse	0.05		
Fenamidona	F	pomodori	0.5		
Fenamidona	F	insalata	2		
Fenpiroximate	A	fagioli	0.2		
Fenpiroximate	A	melanzane	0.2		
Fenpiroximate	A	peperoni	0.2		
Fenpiroximate	A	pomodori	0.2		
Fenpiroximate	A	cetrioli	0.1		
Fosetil-alluminio	F	uva	50		acido fosfonico v. acido fosfonico
Fosfito					
Kresoxim-metil	F	barbabietole rosse	0.05		
Proquinazid	F	cereali	0.02		eccetto mais
Pyrimethanil	F	melanzane	2		
Pyrimethanil	F	insalata	3		
Spinosad	I	spinaci		10	
Spinosad	I	fragole	0.3		
Tebuconazolo	F	orzo	0.2		
Tebuconazolo	F	cereali	0.05		eccetto orzo
Tebuconazolo	F	lamponi	0.05		
Tebuconazolo	F	more	0.05		
Tepraloxidim	H	pastinaca	0.5		
Tepraloxidim	H	scorzonere	0.5		
Tepraloxidim	H	topinambur	0.5		
Tepraloxidim	H	asparagi	0.1		
Tiacloprid	I	orzo	0.05		
Tiacloprid	I	frumento	0.02		

Berna, 11 luglio 2005

Surveillance accrue, par PCR, des maladies invasives à méningocoques chez les enfants

Un projet pilote d'une durée d'un an, lancé le 1^{er} mars 2005 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Centre national des méningocoques (CNM) et le Groupe suisse d'infectiologie pédiatrique (PIGS), devra déterminer l'efficacité potentielle de la PCR en matière de surveillance des méningocoques en Suisse. Des prélèvements de sang et de liquide céphalo-rachidien (LCR), effectués sur des enfants chez lesquels on soupçonne une maladie invasive à méningocoques, seront analysés gratuitement au CNM afin d'identifier les méningocoques et leurs sérogroupes par PCR.

Le diagnostic de maladie invasive à méningocoques repose sur la mise en évidence par culture de *Neisseria meningitidis*, à partir d'échantillons de liquides biologiques normalement stériles, en général sang ou LCR. Il faut dissocier ces cas certains des cas probables, pour lesquels les suspicions cliniques sont renforcées par une microscopie, un test antigénique, une PCR positive ou un diagnostic du syndrome de Waterhouse-Friderichsen. Si les analyses de laboratoire ne confirment pas ces suspicions, on parle d'un cas possible, qui, à l'inverse des cas certains et probables, n'est pas pris en compte dans les statistiques officielles [1].

Le système de surveillance traditionnel des maladies invasives à méningocoques présente des failles. Dans de nombreux cas, l'isolement de l'agent pathogène échoue suite à l'administration d'une antibiothérapie préalable. Même lorsqu'un cas est classé comme probable grâce aux indices microscopiques, il manque un isolat permettant de trouver le séro groupe, significatif du point de vue épidémiologique et important pour l'adoption d'une stratégie de vaccination adaptée. Ces cas probables représentent une moyenne d'environ 15% sur l'ensemble des cas déclarés de maladie invasive à méningocoques. On ne connaît pas non plus le séro groupe des cas possibles. En outre, ne pas tenir

compte de ces cas dans les statistiques entraîne une tendance à la sous-estimation de l'incidence. Cette catégorie représente une moyenne d'environ 13% sur l'ensemble des cas déclarés de maladie invasive à méningocoques. En Suisse, on ne connaît pas le nombre des cas suspects non déclarés par manque de confirmation de laboratoire.

En théorie, le système de surveillance de la maladie peut être nettement amélioré grâce à la PCR, qui a été utilisée en Suisse dans seulement 6% des cas de maladie invasive à méningocoques détectés en laboratoire et déclarés durant l'année 2004. La PCR ne dépend pas de la présence d'agents pathogènes vivants et permet de détecter *N. meningitidis* même après la prise d'antibiotiques. Sa sensibilité se situe entre 88 et 100%, sa spécificité, entre 76 et 100% [2-9], sa valeur prédictive positive, entre 67 et 100% et sa valeur prédictive négative, entre 86 et 100% [3,4,6-9]. L'analyse est effectuée sur du sang ou du LCR [2], elle donne des résultats en l'espace de deux heures dans le cadre de l'analyse simultanée d'un nombre de prélèvements élevé [3] et elle permet en plus de déterminer le séro groupe en dépit de l'absence d'isolat [2,4,5]. Après l'introduction de la détection de méningocoques par PCR, le nombre de cas de maladie invasive à méningocoques confirmés en laboratoire

a doublé en Angleterre et au Pays de Galles, alors qu'en Grèce il a plus que triplé par rapport au niveau de base [10,11].

Afin de déterminer l'efficacité potentielle de la PCR en matière de surveillance des méningocoques en Suisse, l'OFSP, le CNM et le PIGS ont lancé un projet pilote le 1^{er} mars 2005. Ce projet doit durer un an et concerne tous les enfants susceptibles d'avoir contracté une maladie invasive à méningocoques en Suisse. Quel que soit le résultat de la culture, 1 ml de sang dans un tube EDTA ou 0,5 ml de LCR doivent être prélevés sur chaque patient et être envoyés au CNM de Genève (Laboratoire central de bactériologie, Hôpitaux universitaires de Genève, 24 rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève 14). Les versions allemande et française du formulaire de laboratoire sont téléchargeables à partir de www.meningo.ch. Les prélèvements sont collectés et analysés par PCR quantitative une fois par semaine afin de détecter *N. meningitidis* et ses sérogroupes. Les résultats sont communiqués par courrier à l'expéditeur au plus tard sept jours après l'envoi du prélèvement et sont également transmis au médecin cantonal responsable ainsi qu'à l'OFSP. Ce dernier envoie un rapport mensuel sur les cas de maladie invasive à méningocoques confirmés en laboratoire via le PIGS. Au terme du projet, les données sont analysées par l'OFSP et publiées, en collaboration avec les partenaires, dans le bulletin de l'OFSP.

Les analyses par PCR sont gratuites pour les cliniciens participant au projet et offrent un diagnostic fiable, également dans les cas suspects avec ponction lombaire contre-indiquée ou culture négative. Elles ne remplacent ni les typages sérologiques ni les tests de résistance effectués par le CNM sur les souches de méningocoques mais les complètent. Si l'expérience en Suisse se révèle aussi bonne que dans d'autres pays, il est prévu d'étendre la surveillance des maladies invasives à méningocoques par PCR à la population adulte. Cela permettrait aux autorités sanitaires cantonales et nationales de recenser de manière plus complète des données concernant cette maladie, afin de pouvoir prendre des me-

sures immédiates en cas d'épidémie et mettre en place une politique de vaccination à long terme. ■

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles

Informations supplémentaires

Office fédéral de la santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06
E-mail: epi@bag.admin.ch

Centre national des méningocoques
Hôpitaux universitaires de Genève
Téléphone 022 372 92 52
E-mail: beatrice.ninet@hcuge.ch

Groupe suisse d'infectiologie pédiatrique
(PIGS)
E-mail: christoph.aebi@insel.ch

Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique. Prévention des infections invasives à méningocoques. Bulletin OFSP 2001; Nr. 46: 893-901.
2. Corless CE, Guiver M, Borrow R, Edwards-Jones V, Fox AJ, Kaczmarek EB. Simultaneous detection of *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, and *Streptococcus pneumoniae* in suspected cases of meningitis and septicemia using real-time PCR. *J Clin Microbiol* 2001; 39: 1553-8.
3. Richardson DC, Louie L, Louie M, Simor AE. Evaluation of a rapid PCR assay for diagnosis of meningococcal meningitis. *J Clin Microbiol* 2003; 41: 3851-3.
4. Tzanakaki G, Tsolia M, Vlachou V, Theodoridou M, Pangalis A, Foustoukou M, et al. Evaluation of non-culture diagnosis of invasive meningococcal disease by polymerase chain reaction (PCR). *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003; 39: 31-6.
5. Baethgen LF, Moraes C, Weidlich L, Rios S, Kmetzsch CI, Silva MS, et al. Direct-test PCR for detection of meningococcal DNA and its serogroup characterization: standardization and adaptation for use in a public health laboratory. *J Med Microbiol* 2003; 52: 793-9.
6. Taha MK. Simultaneous approach for nonculture PCR-based identification and serogroup prediction of *Neisseria meningitidis*. *J Clin Microbiol* 2000; 38: 855-7.
7. Pollard AJ, Probe G, Trombley C, Castell A, Whitehead S, Bigham JM, et al. Evaluation of a diagnostic polymerase chain reaction assay for *Neisseria meningitidis* in North America and field experience during an outbreak. *Arch Pathol Lab Med* 2002; 126: 1209-15.
8. Saravolatz LD, Manzor O, VanderVelde N, Pawlak J, Belian B. Broad-range bacterial polymerase chain reaction for early detection of bacterial meningitis. *Clin Infect Dis* 2003; 36:40-5.

9. Bryant PA, Li HY, Zaia A, Griffith J, Hogg G, Curtis N, et al. Prospective study of a real-time PCR that is highly sensitive, specific, and clinically useful for diagnosis of meningococcal disease in children. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 2919-25.
10. European Union Invasive Bacterial Infections Surveillance (EU-IBIS). Culture-confirmed meningococcal cases by country & year, 1999-2002. (http://www.euibis.org/php/meningo_db_index.htm)
11. European Union Invasive Bacterial Infections Surveillance (EU-IBIS). Number of culture-confirmed and/or PCR-confirmed meningococcal disease cases by country & year, 1999-2002. (http://www.euibis.org/php/meningo_db_index.htm)

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 28^e semaine (19. 7. 2005)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Les chiffres écrits en *italique* 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.

Les données cantonales sont accessibles sur Internet: <http://www.admin.ch/bag/infreporting>

^b Femmes enceintes et nouveau-nés.

^c Situation à la fin de la 16^e semaine: Les déclarations du laboratoire et du médecin sont nécessaires pour la classification des hépatites aiguës B et C (délai de déclaration supplémentaire).

^d Cas de la MCJ classique, confirmés et probables. Critères voir http://www.bag.admin.ch/prionen/f/news_zahlen.htm.

On renonce à présenter les données en détail, compte tenu du processus diagnostic qui peut durer jusqu'à deux mois.

Le nombre de cas confirmés et probables durant l'année 2003 est de 17 et de 16 en 2004.

	Semaine 28			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
Transmission respiratoire												
Tuberculose	14 <i>9,90</i>	11 <i>7,90</i>	10 <i>7,20</i>	52 <i>9,20</i>	48 <i>8,60</i>	46 <i>8,30</i>	597 <i>8,20</i>	605 <i>8,30</i>	621 <i>8,60</i>	333 <i>8,50</i>	330 <i>8,40</i>	348 <i>9,00</i>
Maladies à méningocoques	1 <i>0,70</i>	1 <i>0,70</i>		3 <i>0,50</i>	6 <i>1,10</i>	8 <i>1,40</i>	76 <i>1,00</i>	75 <i>1,00</i>	101 <i>1,40</i>	50 <i>1,30</i>	54 <i>1,40</i>	66 <i>1,70</i>
Légionellose	9 <i>6,40</i>	9 <i>6,40</i>	4 <i>2,90</i>	24 <i>4,30</i>	25 <i>4,50</i>	20 <i>3,60</i>	162 <i>2,20</i>	181 <i>2,50</i>	190 <i>2,60</i>	69 <i>1,80</i>	69 <i>1,80</i>	72 <i>1,90</i>
Haemophilus influenzae: invasif		2 <i>1,40</i>		4 <i>0,70</i>	5 <i>0,90</i>	4 <i>0,70</i>	63 <i>0,90</i>	55 <i>0,80</i>	44 <i>0,60</i>	40 <i>1,00</i>	33 <i>0,80</i>	28 <i>0,70</i>
Rougeole		4 <i>2,90</i>	8 <i>5,80</i>	1 <i>0,20</i>	16 <i>2,90</i>	53 <i>9,60</i>	73 <i>1,00</i>	76 <i>1,00</i>	582 <i>8,10</i>	62 <i>1,60</i>	33 <i>0,80</i>	568 <i>14,60</i>
Rubéole ^b								1 <i>0,01</i>				
Virus de l'influenza							525 <i>7,20</i>	665 <i>9,20</i>	338 <i>4,70</i>	517 <i>13,10</i>	401 <i>10,30</i>	338 <i>8,70</i>
Streptococcus pneumoniae	13 <i>9,20</i>	12 <i>8,60</i>	7 <i>5,10</i>	42 <i>7,50</i>	41 <i>7,30</i>	35 <i>6,30</i>	1045 <i>14,30</i>	990 <i>13,60</i>	888 <i>12,30</i>	722 <i>18,30</i>	674 <i>17,20</i>	610 <i>15,70</i>
Transmission féco-orale												
Campylobacter	158 <i>112,30</i>	153 <i>109,60</i>	169 <i>122,00</i>	592 <i>105,20</i>	604 <i>108,10</i>	670 <i>120,90</i>	5730 <i>78,30</i>	5378 <i>74,10</i>	6336 <i>88,00</i>	2636 <i>66,90</i>	2497 <i>63,90</i>	2813 <i>72,50</i>
Salmonella (para)typhi	3 <i>2,10</i>			4 <i>0,70</i>	2 <i>0,40</i>	3 <i>0,50</i>	51 <i>0,70</i>	28 <i>0,40</i>	32 <i>0,40</i>	24 <i>0,60</i>	14 <i>0,40</i>	12 <i>0,30</i>
Autres salmonelles	43 <i>30,60</i>	36 <i>25,80</i>	65 <i>46,90</i>	148 <i>26,30</i>	147 <i>26,30</i>	226 <i>40,80</i>	1965 <i>26,90</i>	2036 <i>28,00</i>	2428 <i>33,70</i>	702 <i>17,80</i>	647 <i>16,50</i>	844 <i>21,80</i>
Shigelles	6 <i>4,30</i>	7 <i>5,00</i>	7 <i>5,10</i>	15 <i>2,70</i>	22 <i>3,90</i>	22 <i>4,00</i>	356 <i>4,90</i>	319 <i>4,40</i>	387 <i>5,40</i>	169 <i>4,30</i>	169 <i>4,30</i>	172 <i>4,40</i>
E. coli entérohémorragique	3 <i>2,10</i>		2 <i>1,40</i>	7 <i>1,20</i>	5 <i>0,90</i>	17 <i>3,10</i>	48 <i>0,70</i>	45 <i>0,60</i>	59 <i>0,80</i>	25 <i>0,60</i>	23 <i>0,60</i>	34 <i>0,90</i>
Hépatite A	1 <i>0,70</i>	2 <i>1,40</i>	9 <i>6,50</i>	7 <i>1,20</i>	14 <i>2,50</i>	21 <i>3,80</i>	191 <i>2,60</i>	182 <i>2,50</i>	154 <i>2,10</i>	81 <i>2,10</i>	80 <i>2,00</i>	87 <i>2,20</i>
Listéria	1 <i>0,70</i>	1 <i>0,70</i>		3 <i>0,50</i>	1 <i>0,20</i>	1 <i>0,20</i>	82 <i>1,10</i>	43 <i>0,60</i>	29 <i>0,40</i>	44 <i>1,10</i>	16 <i>0,40</i>	13 <i>0,30</i>

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

	Semaine 28			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003	2005	2004	2003
Transmission par du sang ou sexuelle												
Hépatite B aiguë ^e	1	3	2	8	9	6	90	118	137	29	33	24
	<i>0,70</i>	<i>2,10</i>	<i>1,40</i>	<i>1,40</i>	<i>1,60</i>	<i>1,10</i>	<i>1,20</i>	<i>1,60</i>	<i>1,90</i>	<i>1,30</i>	<i>1,50</i>	<i>1,10</i>
Total des déclarations (B)	22	19	28	103	116	98	1347	1291	1278	719	722	669
Hépatite C aiguë ^e				5	2	6	78	78	124	14	19	32
				<i>0,90</i>	<i>0,40</i>	<i>1,10</i>	<i>1,10</i>	<i>1,10</i>	<i>1,70</i>	<i>0,60</i>	<i>0,90</i>	<i>1,40</i>
Total des déclarations (C)	28	34	62	145	163	236	2023	2301	2706	1052	1224	1451
Chlamydia trachomatis	86	81	92	331	336	298	4277	3813	3364	2311	2197	1878
	<i>61,10</i>	<i>58,00</i>	<i>66,40</i>	<i>58,80</i>	<i>60,20</i>	<i>53,80</i>	<i>58,40</i>	<i>52,50</i>	<i>46,70</i>	<i>58,60</i>	<i>56,20</i>	<i>48,40</i>
Gonocoques	7	12	12	42	45	33	614	610	509	344	357	278
	<i>5,00</i>	<i>8,60</i>	<i>8,70</i>	<i>7,50</i>	<i>8,10</i>	<i>6,00</i>	<i>8,40</i>	<i>8,40</i>	<i>7,10</i>	<i>8,70</i>	<i>9,10</i>	<i>7,20</i>
Zoonoses												
Encéphalite à tiques	25	12	9	48	30	37	171	107	86	85	49	57
	<i>17,80</i>	<i>8,60</i>	<i>6,50</i>	<i>8,50</i>	<i>5,40</i>	<i>6,70</i>	<i>2,30</i>	<i>1,50</i>	<i>1,20</i>	<i>2,20</i>	<i>1,30</i>	<i>1,50</i>
Paludisme	3	4	4	11	16	19	210	237	243	107	128	121
	<i>2,10</i>	<i>2,90</i>	<i>2,90</i>	<i>2,00</i>	<i>2,90</i>	<i>3,40</i>	<i>2,90</i>	<i>3,30</i>	<i>3,40</i>	<i>2,70</i>	<i>3,30</i>	<i>3,10</i>
Fièvres hémorragiques									1			1
									<i>0,01</i>			<i>0,03</i>
Brucella			1	2	1		8	9	6	4	6	2
			<i>0,70</i>	<i>0,40</i>	<i>0,20</i>		<i>0,10</i>	<i>0,10</i>	<i>0,10</i>	<i>0,10</i>	<i>0,20</i>	<i>0,10</i>
Autres déclarations												
Poussées épidémiques	3	1	1	3	1	4	67	23	37	30	6	18
Botulisme							2	1	1		1	
Tétanos						1		2	1			1
						<i>0,18</i>		<i>0,03</i>	<i>0,01</i>			<i>0,03</i>
Maladie de Creutzfeldt-Jakob ^d										4		

Office fédéral de la santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone 031 323 87 06

Sida-Information

Cas de sida selon le sexe, le groupe de patients et l'année de déclaration (état au 30. 6. 2005)

Groupe de patients	Sexe	Année de déclaration												Total
		<1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Hommes homo/bisexuels	masculin	1688	235	200	158	127	66	72	48	52	62	69	20	2797
Personnes s'injectant des drogues	masculin	1090	183	145	160	107	54	55	41	38	62	58	20	2013
	féminin	547	111	75	72	50	23	18	32	22	32	23	4	1009
Risques 1 et 2 combinés	masculin	53	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	55
Hémophiles	masculin	28	5	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	39
Receveurs de sang	masculin	27	2	5	3	2	1	1	2	1	1	0	1	46
	féminin	25	4	2	2	0	2	3	3	1	0	1	0	43
Cas hétérosexuels	masculin	368	87	52	82	57	56	55	41	41	56	65	33	993
	féminin	290	73	53	69	57	50	45	42	36	60	69	25	869
Transmission mère-enfant	masculin	22	13	0	4	5	1	0	1	0	0	1	0	47
	féminin	30	12	1	2	2	0	1	0	1	1	1	0	51
Incertains/autres	masculin	56	8	5	7	12	7	3	5	5	5	6	3	122
	féminin	20	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	0	40
Total	masculin	3332	533	409	415	310	186	186	138	137	188	201	77	6112
	féminin	912	202	133	147	112	76	69	79	62	94	97	29	2012
		4244	735	542	562	422	262	255	217	199	282	298	106	8124

La diminution du nombre de déclarations de cas de sida après 1995 s'explique principalement par l'utilisation des traitements combinés antviraux très efficaces chez les personnes séropositives qui se trouvent au stade pré-sida.

Le tableau ci-dessus ne montre pas le nombre annuel de nouveaux cas de sida diagnostiqués chaque année, mais les déclarations de sida reçues par l'OFSP au cours des années. En raison des retards de déclaration, ces deux chiffres diffèrent. Les déclarations d'une année concernent aussi des cas diagnostiqués au cours des années précédentes. Ainsi, seulement 32 cas des 106 cas déclarés en 2005 ont été diagnostiqués la même année, 50 en 2004, et les autres encore plus tôt. Le nombre effectif de nouveaux cas de sida n'est connu qu'après plusieurs années. Auparavant, il peut uniquement faire l'objet d'une estimation approximative du fait que les cas n'ont pas encore tous été déclarés. Par exemple, 298 cas de sida ont été déclarés en 2004, dont 122 (40,9%) étaient des cas nouveaux, c'est-à-dire des cas diagnostiqués la même année. Ces cas ne représentent qu'une fraction du nombre de cas de sida diagnostiqués en 2004 qui seront encore déclarés. En moyenne, 67% des cas de sida diagnostiqués ont été déclarés dans les douze mois, 82% dans les deux ans et 88% au cours des trois années qui ont suivi.

Décès déclarés de personnes atteintes du sida selon le sexe et l'année du décès (état au 30. 6. 2005)

Sexe	Année du décès																Total	
	<1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		2005
Masculin	580	310	358	450	474	534	488	335	164	110	83	86	82	72	71	60	16	4273
Féminin	129	62	88	134	146	152	162	115	77	46	48	38	35	28	20	20	1	1301
Total	709	372	446	584	620	686	650	450	241	156	131	124	117	100	91	80	17	5574

La forte diminution du nombre de décès depuis 1996 s'explique par le recours aux nouveaux traitements combinés antviraux qui sont très efficaces. Pour les deux ou trois dernières années, les déclarations de décès sont encore incomplètes. Selon des informations indirectes, il semble que le taux de décès s'est stabilisé à un niveau d'environ 100 cas par année.

Tests VIH-positifs déclarés par les laboratoires de confirmation selon l'année du test et le sexe (état au 30. 6. 2005)

Sexe	Année du test																Total	
	<1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		2005
Masculin	7253	1095	1253	1179	952	823	606	559	485	380	374	350	394	476	448	474	228	17329
Féminin	3061	505	623	518	404	391	323	293	285	218	217	224	221	311	309	266	110	8279
Inconnu	1160	271	268	212	244	172	83	67	65	57	6	8	17	5	0	5	5	2645
Total	11474	1871	2144	1909	1600	1386	1012	919	835	655	597	582	632	792	757	745	343	28253

Le nombre de tests positifs s'est stabilisé après une augmentation de 25% en 2002.

Dans les premiers six mois de 2005, la proportion des femmes dans les déclarations avec indication du sexe était de 32,5%.

Le test VIH est disponible pour une large utilisation depuis 1985. Parmi les personnes séropositives figurent aussi les personnes déclarées comme atteintes du sida et décédées à cause du sida.

Tests VIH-positifs: proportion des voies principales d'infection selon le sexe et l'année du test (état au 30. 6. 2005)

Sexe	Voie d'infection	Année du test													
		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Masculin	Rapports homosexuels	44,1	47,9	42,4	37,0	39,7	41,9	39,1	41,7	34,5	39,7	35,2	36,4	45,2	
	Injection de drogues	31,6	24,9	22,8	24,4	19,3	14,8	15,6	13,6	18,1	12,5	17,3	13,9	11,8	
	Rapports hétérosexuels	20,5	23,6	27,2	33,0	34,0	37,0	40,8	40,9	39,7	38,8	41,8	42,9	39,8	
	Autres/hors classification	3,9	3,5	7,6	5,7	7,1	6,3	4,4	3,8	7,7	9,0	5,6	6,7	3,2	
Féminin	Injection de drogues	30,1	28,0	23,8	18,6	13,8	9,6	12,1	13,0	10,6	10,7	13,5	6,2	12,9	
	Rapports hétérosexuels	61,6	64,6	67,6	72,7	77,2	78,3	78,8	81,4	81,9	78,1	79,7	88,8	78,8	
	Autres/hors classification	8,3	7,4	8,6	8,7	9,0	12,1	9,1	5,6	7,5	11,2	6,8	5,0	8,2	

Les pourcentages se fondent sur les déclarations complémentaires des médecins (en 2005: 186 pour les hommes, 85 pour les femmes), qui représentaient 53% des déclarations de laboratoire jusqu'en 1997. La représentativité a été améliorée depuis (actuellement à peu près de 90%).

Répartition des cas de sida et des tests VIH positifs par canton (état au 30. 6. 2005)

Canton de domicile	Cas de sida				Tests VIH positifs ¹		
	Déclarations depuis 1983		Déclarations des 12 derniers mois		Déclarations depuis 1985	Déclarations des 12 derniers mois	
	Maladies	Décès	Maladies	Cas par 100 000 ^{2,3}	Nombre de tests	Nombre de tests	Tests par 100 000 ²
AG	307	230	7	1,3	566	20	3,6
AI	6	5	0	0,0	10	0	0,0
AR	16	10	0	0,0	114	0	0,0
BE	828	579	31	3,3	2350	71	7,5
BL	200	145	8	3,0	356	15	5,7
BS	447	337	6	3,2	1064	33	17,7
FR	129	88	3	1,3	568	20	8,1
GE	987	628	45	10,7	4027	79	18,6
GL	37	29	2	5,4	61	4	10,4
GR	91	57	1	0,6	254	4	2,1
JU	61	48	0	0,0	129	6	8,7
LU	165	106	7	2,0	462	20	5,7
NE	132	82	2	1,2	307	9	5,4
NW	10	8	1	2,4	14	1	2,6
OW	10	8	1	2,9	5	1	3,0
SG	278	159	12	2,7	893	27	5,9
SH	41	28	1	1,4	90	1	1,4
SO	157	109	1	0,5	363	13	5,3
SZ	62	36	3	2,1	94	8	5,9
TG	105	77	4	1,9	285	4	1,7
TI	388	258	11	3,4	949	15	4,7
UR	8	6	0	0,0	12	3	8,5
VD	883	578	29	4,6	2572	105	16,4
VS	150	97	5	1,8	455	16	5,6
ZG	64	45	1	0,9	98	0	0,0
ZH	2404	1741	59	4,6	8155	138	11,0
à l'étranger	124	68	1	–	343	13	–
inconnu	34	12	0	–	3657	109	–
	8124	5574	241	3,3	28253	735	10,0

¹ Déclarations positives confirmées des laboratoires, sans tests répétés connus.

² Fondé sur la population résidante permanente des cantons (31. 12. 2003).

Le taux « Total » inclut les cas de sida/les tests pour lesquels le canton de domicile n'est pas connu.

³ Standardisé directement pour la répartition par âge et par sexe en Suisse (31. 12. 2003).

Des articles explicatifs sur la situation épidémiologique du VIH et du sida en Suisse se trouvent dans les Bulletins 49/04 (VIH) et 28/05 (sida).
Internet: www.admin.ch/bag/infekt/surv/aids/f.

Statistique Sentinella

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 15. 7. 2005 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	25		26		27		28		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Thème										
Suspicion de grippe	9	0.5	10	0.6	21	1.3	12	1.1	13	0.9
Crise d'asthme	23	1.3	29	1.7	18	1.1	23	2	23.3	1.6
Rougeole	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Rubéole	1	0.1	2	0.1	0	0	0	0	0.8	0
Oreillons	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	2	0.1	5	0.3	1	0.1	2.3	0.1
Otite moyenne	48	2.8	54	3.2	48	3	34	3	46	3
Pneumonie	10	0.6	12	0.7	10	0.6	6	0.5	9.5	0.6
Vaccination antigrippale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vaccination antipneumococcique	3	0.2	3	0.2	1	0.1	0	0	1.8	0.1
Médecins déclarants	187		178		162		119		161.5	

Données provisoires

Liste des analyses: Modification du 1^{er} juillet 2005 concernant les prélèvements de sang

La liste des analyses (annexe 3 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins) a été modifiée en dehors de sa révision et de sa publication annuelles; cette modification entre en vigueur le 1^{er} juillet 2005. Les laboratoires de cabinets médicaux pourront ainsi continuer de facturer le prélèvement de sang capillaire et le prélèvement de sang veineux jusqu'au 31 décembre 2005 (chapitre 5.1.3 de la liste des analyses). Cette prolongation est rendue nécessaire par le fait que la réglementation ne peut pas entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2005, les travaux préparatoires en vue de la procédure d'approbation de la version 1.03 de TARMED ayant pris du retard.

La présente modification est aussi publiée sur Internet: www.bag.admin.ch/kv/gesetze/f/index.htm.

La liste des analyses du 1^{er} janvier 2005 peut être consultée dans son intégralité à l'adresse: http://www.bag.admin.ch/kv/gesetze/f/al_010105_f.pdf. La version imprimée peut être commandée à l'Office fédéral des constructions et de la logistique OFCL, Diffusion Publications, 3003 Berne, par Internet <http://www.bbl.admin.ch/internet/index.html?lang=fr> (Recherche: liste des analyses) ou par télécopie: 031 325 50 58, n° de commande 316.935 (veuillez indiquer la langue f, d ou i).

CHAPITRE 5: ANNEXES À LA LISTE DES ANALYSES

5.1.3 Analyses dans le cadre des soins de base au sens strict

Liste partielle 2

Pour les analyses suivantes, le tarif de la liste des analyses (valeur du point et nombre de points) s'applique également aux laboratoires de cabinets médicaux.

Rev.	No. pos.	A	TP	Dénomination (liste des soins de base, liste partielle 2)
C	9710.00		8	Prélèvement de sang capillaire ou de sang veineux, uniquement pour les laboratoires de cabinets médicaux dans le cadre d'un diagnostic en présence du patient au sens de l'art. 54, al. 1, let. a, OAMal et du chapitre 5.1.2 de la liste des analyses. Limitation: valable du 1 ^{er} mai 2004 au 31 décembre 2005

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations
Section Prestations médicales

Informations supplémentaires

Téléphone 031 325 00 27

Carte d'assuré – Échange d'idées avec les fournisseurs

En date du 22 juin 2005, le Conseil fédéral a adopté le concept de base concernant l'introduction d'une carte d'assuré dans l'assurance-maladie. Le but de la carte est de simplifier les processus administratifs lors du remboursement des prestations. De plus, les assurés peuvent y saisir volontairement des données médicales pouvant être utiles en cas de traitement.

Hans Heinrich Brunner, vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique, désire entretenir le contact avec l'industrie informatique intéressée, donner des informations relatives à l'évolution du projet ainsi que prendre note d'éventuelles remarques. L'échange d'idées a lieu:

**LUNDI 22 AOÛT 2005, DE 10H
À 13H, À L'HÔTEL SWISSÔTEL,
À ZÜRICH OERLIKON.**

La direction du projet (M. Adrian Schmid: adrian.schmid@bag.admin.ch) se tient à votre disposition pour les inscriptions ainsi que pour tout complément d'information. Nous vous prions de nous faire parvenir votre inscription jusqu'au *vendredi 12 août 2005*. ■

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance maladie
et accidents

Informations supplémentaires

E-mail: adrian.schmid@bag.admin.ch

Das Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen der Universität Bern schreibt das nachfolgende spezielle Kursangebot aus:

Einführung in die Gesundheitsökonomie

REMARQUE

Le cours proposé ci-dessous est en langue allemande et s'adresse en premier lieu à des personnes possédant de bonnes connaissances de la langue allemande. C'est pourquoi celui-ci n'est publié qu'en allemand.

Ziele:

Der Kurs soll die TeilnehmerInnen in die Lage versetzen, durch Anwendung des erlernten Instrumentariums die Besonderheiten von Gesundheitsgütern und -märkten herauszuarbeiten, aber auch das Vergleichbare zu erkennen. Konkrete Ziele ergeben sich wie folgt:

- Kenntnis zentraler ökonomischer Begriffe und ihrer Übertragungsmöglichkeiten auf das Gesundheitswesen
- Erkennen der Bedeutung von Gesundheitszielen
- Ansätze zur Messung der Lebensqualität
- Streitpunkte und Reformmodelle
- Chancen und Grenzen von Managed Care und Disease Management
- Probleme der Tarifierung in der Schweiz (TARMED)
- Folgen des demografischen Wandels für das Gesundheitswesen

Die TeilnehmerInnen werden in einem ersten Schritt in die ökonomische Denkweise und grundlegende ökonomische Konzepte eingeführt. In einem zweiten Schritt soll gezeigt werden, wie man mit ökonomischen Begriffen wie Angebot und Nachfrage, Wirtschaftlichkeitsanalysen oder ökonomischen Verhaltensmodellen auch Fragestellungen des Gesundheitswesens analysieren kann. Dabei sollen die TeilnehmerInnen die Befähigung erlangen, das Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive analysieren und zu konkreten Streitpunkten und Reformmodellen des Schweizer Gesundheitssystems Lösungsansätze erarbeiten zu können.

Inhalte:

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Marktanalyse des Gesundheitswesens, Ziele und Instrumente der Gesundheitspolitik, Evaluation, Lebensqualitätsmessung, Prävention, Managed Care, Tarifie-

rung, zukünftige Herausforderungen und Nachhaltigkeit.

Cours en langue allemande

Leitung:

Prof. Dr. Volker Ulrich, ordentlicher Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth, Deutschland.

Ort und Datum:

Bern, 14.–17. September 2005 (Mi–Sa)

Kontaktadresse für die Zustellung von Anmeldeunterlagen sowie Auskünfte über weitere spezielle Kursangebote:

Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen, Sidlerstrasse 6, Postfach 8955, 3001 Bern, Tel. 031 631 32 11, Fax 031 631 32 13, E-Mail: health.administration@oefre.unibe.ch
www.ndsmig.ch ■