



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 27 novembre 2023

Semaine

OFSP-Bulletin 48/2023

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

**Recommandation pour la vaccination contre le COVID-19
des enfants de 6 mois à 4 ans, p. 8**

**Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse :
évaluation épidémiologique pour l'année 2022, p. 12**

**www.anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants
en Suisse, p. 64**

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.abo@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Rapport hebdomadaire des affections grippales	7
Recommandation pour la vaccination contre le COVID-19 des enfants de 6 mois à 4 ans	8
Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse : évaluation épidémiologique pour l'année 2022	12
Surveillance des tests VIH et IST 2022	16
VIH et sida en Suisse, situation en 2022	20
La chlamydie en Suisse, situation en 2022	30
La gonorrhée en Suisse, situation en 2022	33
La syphilis en Suisse, situation en 2022	38
L'hépatite B en Suisse en 2022	45
L'hépatite C en Suisse en 2022	53
www.anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	64
Vol d'ordonnances	67

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 46^e semaine (20.11.2023)^a

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

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

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

^d Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^e Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 46^e semaine (20.11.2023)^a

	Semaine 46			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive		1	5	9	11	11	142	119	71	112	102	64
	0.6		3	1.3	1.6	1.6	1.6	1.4	0.8	1.4	1.3	0.8
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers	https://idd.bag.admin.ch											
Légionellose	14	17	16	61	51	51	656	657	657	584	596	616
	8.3	10.1	9.5	9	7.6	7.6	7.5	7.5	7.5	7.5	7.7	7.9
Méningocoques: maladie invasive	1			2	3		37	14	9	33	13	7
	0.6			0.3	0.4		0.4	0.2	0.1	0.4	0.2	0.09
Pneumocoques: maladie invasive	20	12	14	60	54	45	949	651	455	754	567	415
	11.8	7.1	8.3	8.9	8	6.7	10.8	7.4	5.2	9.7	7.3	5.3
Rougeole	1			5			40			39		
	0.6			0.7			0.5			0.5		
Rubéole^b												
Rubéole, materno-fœtale^c												
Tuberculose	3	3	2	19	19	19	404	358	346	367	317	308
	1.8	1.8	1.2	2.8	2.8	2.8	4.6	4.1	3.9	4.7	4.1	4
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	116	118	131	519	550	449	6517	7701	6544	5801	6927	5965
	68.7	69.9	77.6	76.9	81.5	66.5	74.2	87.7	74.6	74.7	89.2	76.8
Hépatite A	3		1	6	3	5	60	48	46	55	42	43
	1.8		0.6	0.9	0.4	0.7	0.7	0.6	0.5	0.7	0.5	0.6
Hépatite E	1		4	4	5	6	82	74	164	73	66	160
	0.6		2.4	0.6	0.7	0.9	0.9	0.8	1.9	0.9	0.8	2.1
Infection à E. coli entérohémorragique	22	13	17	123	95	77	1277	1183	901	1163	1082	845
	13	7.7	10.1	18.2	14.1	11.4	14.6	13.5	10.3	15	13.9	10.9
Listériose	1	1	1	1	5	2	67	79	32	61	72	26
	0.6	0.6	0.6	0.2	0.7	0.3	0.8	0.9	0.4	0.8	0.9	0.3
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			1		1	1	20	9	2	18	9	2
			0.6		0.2	0.2	0.2	0.1	0.02	0.2	0.1	0.03
Salmonellose, autres	18	26	30	141	155	127	1841	1774	1526	1701	1693	1412
	10.7	15.4	17.8	20.9	23	18.8	21	20.2	17.4	21.9	21.8	18.2
Shigellose	8	6	1	23	29	11	177	178	94	153	168	88
	4.7	3.6	0.6	3.4	4.3	1.6	2	2	1.1	2	2.2	1.1

	Semaine 46			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	184 109	215 127.4	320 189.6	876 129.7	1073 158.9	1114 165	12592 143.4	12983 147.9	12159 138.5	11122 143.2	11579 149.1	10970 141.3
Gonorrhée	143 84.7	101 59.8	91 53.9	518 76.7	438 64.9	415 61.5	5924 67.5	5099 58.1	3977 45.3	5301 68.3	4553 58.6	3586 46.2
Hépatite B, aiguë				1 0.2		2 0.3	13 0.2	13 0.2	15 0.2	10 0.1	11 0.1	14 0.2
Hépatite B, total déclarations	23	12	21	87	74	75	1170	1069	1005	1015	956	900
Hépatite C, aiguë						1 0.2	12 0.1	12 0.1	13 0.2	10 0.1	9 0.1	11 0.1
Hépatite C, total déclarations	19	22	13	75	87	70	1070	1013	919	949	917	827
Infection à VIH	7 4.2	11 6.5	2 1.2	29 4.3	36 5.3	17 2.5	344 3.9	358 4.1	319 3.6	308 4	310 4	280 3.6
Sida	1 0.6	1 0.6	1 0.6	3 0.4	3 0.4	3 0.4	37 0.4	44 0.5	49 0.6	35 0.4	40 0.5	45 0.6
Syphilis, stades précoces ^d	4 2.4	10 5.9	14 8.3	38 5.6	45 6.7	57 8.4	738 8.4	811 9.2	672 7.7	646 8.3	716 9.2	614 7.9
Syphilis, total	5 3	11 6.5	23 13.6	49 7.3	54 8	79 11.7	1002 11.4	1082 12.3	897 10.2	883 11.4	946 12.2	813 10.5
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							10 0.1	5 0.06	6 0.07	9 0.1	5 0.06	6 0.08
Chikungunya				1 0.2	1 0.2	2 0.3	20 0.2	5 0.06	5 0.06	19 0.2	4 0.05	5 0.06
Dengue	2 1.2	5 3	1 0.6	17 2.5	14 2.1	5 0.7	223 2.5	100 1.1	21 0.2	210 2.7	95 1.2	21 0.3
Encéphalite à tiques	4 2.4	9 5.3	3 1.8	28 4.2	31 4.6	13 1.9	306 3.5	382 4.4	289 3.3	293 3.8	375 4.8	278 3.6
Fièvre du Nil occidental							1 0.01			1 0.01		
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.6	1 0.6	3 0.4	6 0.9	5 0.7	92 1	91 1	100 1.1	78 1	77 1	94 1.2
Infection à Hantavirus						1 0.2			6 0.07			6 0.08
Infection à virus Zika							4 0.05		4 0.05			
Paludisme	7 4.2	7 4.2	2 1.2	24 3.6	26 3.8	12 1.8	342 3.9	314 3.6	242 2.8	320 4.1	292 3.8	230 3
Trichinellose							2 0.02	4 0.05	2 0.02	2 0.03	4 0.05	1 0.01
Tularémie		4 2.4	5 3	6 0.9	15 2.2	17 2.5	96 1.1	124 1.4	243 2.8	86 1.1	112 1.4	228 2.9
Autres déclarations												
Botulisme							2 0.02	1 0.01	1 0.01	2 0.03	1 0.01	1 0.01
Diphthérie ^e		1 0.6		1 0.2	13 1.9		41 0.5	79 0.9	3 0.03	25 0.3	78 1	3 0.04
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				1 0.2	1 0.2		29 0.3	27 0.3	25 0.3	27 0.4	21 0.3	22 0.3
Tétanos												
Variole du singe		1 0.6		3 0.4	1 0.2		15 0.2	547 6.2		11 0.1	547 7	

**Voici comment
nous protéger:**



Se faire vacciner contre la grippe et le COVID-19.

Mieux se protéger à partir de 65 ans
et en cas de maladies préexistantes.

protegerdelagrippe.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 17.11.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	43		44		45		46		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Piqûre de tiques	0	0	4	0.3	3	0.2	0	0	1.8	0.1
Borréliose de Lyme	4	0.3	4	0.3	4	0.3	3	0.3	3.8	0.3
Herpès zoster	8	0.7	8	0.7	6	0.5	6	0.5	7	0.6
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1	0.1	1.3	0.1
Médecins déclarants	141		153		158		141		148.3	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport hebdomadaire sur la grippe se fait par voie électronique et est disponible à l'adresse: <https://idd.bag.admin.ch/>
La mise à jour a lieu le mercredi à 12h00.



Recommandation pour la vaccination contre le COVID-19 des enfants de 6 mois à 4 ans

Addendum à la recommandation de vaccination contre le COVID-19, publié dans le OFSP-Bulletin 37/2023 [1].

Le 4 septembre 2023, Swissmedic a autorisé le vaccin *Comirnaty*[®] (BNT162b2; monovalent, souche d'origine) pour l'immunisation active contre le COVID-19 chez les enfants de 2 à 4 ans. Il l'a également autorisé, pour une durée limitée, pour les enfants vulnérables de 6 mois à <2 ans. Chaque dose contient 3 µg d'ARNm nucléosidique modifié qui code pour la protéine Spike du SARS-CoV-2 (type sauvage). Le schéma de vaccination selon l'autorisation comprend trois doses, avec des intervalles minimaux de trois semaines entre la première et la deuxième, puis de huit semaines entre la deuxième et la troisième.

Le 18 septembre 2023, le vaccin *Spikevax*[®] (mRNA1273; monovalent, souche d'origine) a été autorisé pour la vaccination des enfants âgés de 2 à 5 ans. Il a également été autorisé, pour une durée limitée, pour les enfants vulnérables de 6 mois à <2 ans. Chaque dose contient 25 µg d'ARNm nucléosidique modifié qui code pour la protéine Spike du SARS-CoV-2 (type sauvage). Le schéma de vaccination selon l'autorisation comprend deux doses, avec un intervalle minimal de quatre semaines entre la première et la deuxième dose.

COVID-19: FARDEAU DE LA MALADIE

Les enfants, y compris ceux en bas âge, présentent très peu de risque de développer une forme grave du COVID-19 [2–7]. Des études indiquent que la probabilité de développer un syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (*multi-system inflammatory syndrome in children*, MIS-C) en tant que complication d'une infection par le SRAS-CoV-2 est légèrement plus bas chez les enfants âgés de 4 ans ou moins que chez les enfants âgés de 5 à 11 ans [8–10]. En Suisse, durant la période pandémique de juin 2020 à mars 2022, l'incidence des hospitalisations associées au COVID-19 était plus élevée chez les 0 à 4 ans que dans la tranche d'âge de 5 à 15 ans [11]. Pendant la vague due au variant Omicron (décembre 2021 à mars 2022), elle s'élevait à 139 pour 100 000 habitants chez les enfants de 0 à 4 ans, alors que la moyenne pour toute la population était de 141 pour 100 000 habitants [11].

Cependant, le système sentinelle hospitalier CH-SUR indique que, durant les vagues dues aux variants Delta et Omicron (21 juin 2021 au 3 mars 2022), la part d'hospitalisations comprenant un séjour aux soins intensifs dans la classe d'âge de 0 à 4 ans était nettement plus basse que la moyenne pour l'ensemble de la population, et inférieure au taux enregistré chez les 5 à 15 ans [11]. Une étude menée à l'échelle mondiale a montré que chez les enfants âgés de moins de 5 ans, la probabilité d'une hospitalisation entraînant un séjour aux soins intensifs avait diminué après plusieurs vagues de SRAS-CoV-2, mais pas la nécessité d'une ventilation ou de l'administration d'oxygène. En comparaison, chez les enfants âgés de 5 à 11 ans, le risque d'un séjour aux soins intensifs et le besoin de ventilation ou de l'administration d'oxygène ont tous deux diminué [12].

L'écart entre l'incidence des hospitalisations et la faible part de séjours aux soins intensifs par comparaison avec la population totale s'explique par le fait que les hospitalisations des enfants en bas âge ne sont souvent pas dues au COVID-19 mais concomitantes. En particulier, les nourrissons (<1 an) présentent de la fièvre, sont souvent hospitalisés pour exclure une infection bactérienne invasive. Ainsi, par rapport aux personnes plus âgées, le taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an n'est que peu, voire pas corrélé avec la sévérité de l'infection [2].

EFFICACITÉ DE COMIRNATY[®]

Les études en vue de l'autorisation comprenaient des analyses d'*immunobridging* pour examiner aussi bien le rapport de la valeur moyenne (*geometric mean ratio*, GMR) des titres d'anticorps neutralisant le SARS-CoV-2 (*geometric mean titres*, GMT) que la séroprotection (définie comme le quadruplement des titres d'anticorps neutralisant le SARS-CoV-2 à 50 %, NT50). Les critères ont été atteints pour la GMR et la séroprotection dans les deux groupes d'âge (6 mois à <2 ans et 2 à 4 ans) ([13], information destinée aux professionnels, disponibles sur www.swissmedicinfo.ch). Les analyses d'*immunobridging* ont indiqué que la séroprotection après trois doses (de chacune 3 µg de BNT162b2) chez les enfants entre 6 mois et 4 ans sans confirmation d'une précédente infection au SARS-CoV-2 était au moins aussi forte que la réponse immunitaire des personnes de 16 à 25 ans ayant reçu deux doses (de chacune 30 µg de BNT162b2).

L'étude d'autorisation menée par Pfizer/BioNTech a constaté une efficacité clinique (*vaccine efficacy*) de 73,2 % (IC 95 % : 43,8–87,6 %) sept jours après la troisième dose chez les enfants de 6 mois à 4 ans sans confirmation d'une précédente infection au SARS-CoV-2. Le groupe vacciné comprenait 873 personnes, contre 381 pour le groupe placebo (randomisation 2:1). Seuls 34 cas sont survenus au total. Au moment de l'étude, le principal variant en circulation était Omicron ([13], [information destinée aux professionnels](#)).

Des études observationnelles aux États-Unis, menées auprès de 81 077 enfants entre 6 mois et 4 ans (4642 patients et 76 435 enfants pour le groupe de contrôle), ont analysé si le vaccin était efficace pour éviter une admission aux soins intensifs (*vaccine effectiveness*, VE). Entre 14 et 59 jours après la deuxième dose, la VE s'élevait à 46 %, puis montait à 70 % entre 14 et 59 jours après la troisième [14]. D'autres études d'observation américaines ont montré que trois doses offrent une protection contre les formes symptomatiques de la maladie pour au moins quatre à cinq mois [15, 16]. Des données d'efficacité pour les sous-variants d'Omicron actuellement en circulation (famille XBB et plus récentes) ne sont pas disponibles.

EFFETS INDÉSIRABLES DES VACCINATIONS (EIV)

Un essai clinique de phase 3 a porté sur la sécurité et la tolérance de *Comirnaty*[®] ([information destinée aux professionnels](#)). Parmi 570 enfants entre 6 mois et <2 ans (386 ayant reçu *Comirnaty*[®] et 184 un placebo), les effets indésirables des vaccinations (EIV) les plus fréquents pendant le suivi (durée médiane: 1,3 mois) après trois doses (de chacune 3 µg de BNT162b2) étaient l'irritabilité (>60 %), une diminution de l'appétit (>30 %), des douleurs au toucher du point d'injection (>20 %) ainsi que des rougeurs au point d'injection et de la fièvre (>10 %). Parmi 886 enfants entre 2 et 4 ans (606 ayant reçu *Comirnaty*[®] et 280 un placebo), les EIV les plus fréquents pendant le suivi (durée médiane: 1,4 mois) après trois doses (de chacune 3 µg de BNT162b2) étaient des douleurs au point d'injection (>40 %), de la fatigue (>40 %) ainsi que des rougeurs au point d'injection et de la fièvre (>10 %).

L'étude clinique n'a déclaré aucun cas de myocardite, de péricardite, de syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (SIME) ou d'anaphylaxie liée au vaccin [13].

Les données d'observation aux États-Unis confirment le profil des effets secondaires sans envoyer de nouveaux signaux de sécurité [17, 18].

RECOMMANDATION DE VACCINATION

Étant donné que les enfants de 6 mois à 4 ans (qui ne présentent pas d'immunodéficience sévère) ne présentent qu'un faible risque de développer une forme grave du COVID-19, la vaccination contre cette maladie ne leur est pas recommandée. Cette décision correspond à ce qui s'applique ce qui s'applique pour la classe d'âge entre 5 et 15 ans [1].

La vaccination avec *Comirnaty*[®] 3 µg (souche d'origine du SARS-CoV-2, vaccin pédiatrique) est recommandée uniquement pour les enfants de 6 mois à 4 ans qui présentent une immunodéficience sévère, si ce vaccin est disponible¹. Le schéma de vaccination recommandé comprend trois doses, avec des intervalles minimaux de quatre semaines entre la première et la deuxième, puis de huit semaines entre la deuxième et la troisième.

Cette recommandation de vaccination s'applique indépendamment du fait qu'une (ou plusieurs) infection(s) par le SRAS-CoV-2 ait (aient) déjà eu lieu. La vaccination doit être effectuée au plus tôt 6 mois après la dernière infection connue par le SRAS-CoV-2.

Sont considérées comme présentant une immunodéficience sévère les personnes recevant l'un des traitements immunosuppresseurs sévères suivants ou atteintes de l'une des maladies suivantes:

- traitement de déplétion des cellules B (p. ex. rituximab, ocrelizumab, cyclophosphamide)
- chimiothérapie à forte dose
- corticothérapie ≥ 20 mg par jour équivalent prednisolone pendant plus de deux semaines
- thérapies combinées de médicaments immunosuppresseurs
- autres traitements conduisant à une immunosuppression sévère (p. ex. mycophénolate, ciclosporine, inhibiteur de Janus kinase)

Il en va de même pour les personnes:

- ayant subi ou devant subir une transplantation d'organe(s) solide(s)
- atteintes d'une immunodéficience congénitale entraînant un déficit des cellules B et T (p. ex. un déficit immunitaire commun variable: DICI, lymphocytopénie isolée de CD4)
- avec une infection au VIH et un nombre de cellules CD4⁺ <200 µl
- sous dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- atteintes d'autres maladies entraînant une immunodéficience de sévérité comparable

1 *Spikevax*[®] 25 µg est autorisé par Swissmedic pour les enfants 0,5–5 ans; toutefois, comme les données disponibles sur l'efficacité et la sécurité dans ce groupe d'âge sont encore limitées, aucune recommandation n'a été formulée pour l'utilisation de ce vaccin chez les 0,5–5 ans.

En ce qui concerne la période de vaccination, les recommandations sont les mêmes que pour les autres vaccinations chez les personnes souffrant d'une immunodéficience sévère, décrites pour la vaccination COVID-19 au chapitre 5.1.3 des directives et recommandations de vaccination contre le COVID-19 [19].

RECOMMANDATION DE VACCINATION: COMPARAISON INTERNATIONALE

Plusieurs pays d'Europe (notamment l'Allemagne [20], la France [21] et le Royaume-Uni [22]) ne recommandent pas non plus la vaccination contre le COVID-19 aux enfants en bas âge sans facteurs de risque, puisque les formes graves de la maladie sont très rares dans ce groupe d'âge.

Littérature

- 1 Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Recommandation de vaccination contre le COVID-19: (valable à partir du 02.10.2023). Bulletin OFSP 2023(37): 8–23.
- 2 Merckx J, Morris SK, Bitnun A, Gill P, El Tal T, Laxer RM et al. Infants hospitalized for acute COVID-19: disease severity in a multicenter cohort study. *European journal of pediatrics* 2022;181(6):2535–9. 10.1007/s00431-022-04422-x.
- 3 Bhopal SS, Bagaria J, Olabi B, Bhopal R. Children and young people remain at low risk of COVID-19 mortality. *The Lancet. Child & adolescent health* 2021;5(5):e12–e13. 10.1016/S2352-4642(21)00066-3.
- 4 O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature* 2021;590(7844):140–5. 10.1038/s41586-020-2918-0.
- 5 Thors V, Bjornsdottir KL, Love T, Haraldsson A. SARS-CoV-2 Infections in Icelandic Children: Close Follow-up of All Confirmed Cases in a Nationwide Study. *The Pediatric infectious disease journal* 2022;41(10):835–40. 10.1097/INF.0000000000003626.
- 6 Williams P, Koirala A, Saravanas GL, Lopez LK, Glover C, Sharma K et al. COVID-19 in New South Wales children during 2021: severity and clinical spectrum. *The Medical journal of Australia* 2022;217(6):303–10. 10.5694/mja2.51661.
- 7 Jank M, Oechsle A-L, Armann J, Behrends U, Berner R, Chao C-M et al. Comparing SARS-CoV-2 variants among children and adolescents in Germany: relative risk of COVID-19-related hospitalization, ICU admission and mortality. *Infection* 2023;1–11. 10.1007/s15010-023-01996-y.
- 8 Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *New England Journal of Medicine* 2020;383(4):334–46. 10.1056/NEJMoa2021680.
- 9 Rhedin S, Lundholm C, Horne A, Smew AI, Osvald EC, Haddadi A et al. Risk factors for multisystem inflammatory syndrome in children – A population-based cohort study of over 2 million children. *The Lancet Regional Health - Europe* 2022;19:100443. 10.1016/j.lanepe.2022.100443.
- 10 Payne AB, Gilani Z, Godfred-Cato S, Belay ED, Feldstein LR, Patel MM et al. Incidence of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among US Persons Infected With SARS-CoV-2. *JAMA network open* 2021;4(6):e2116420–e2116420. 10.1001/jamanetworkopen.2021.16420.
- 11 Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Fardeau de la maladie COVID-19 (état juin 2022). Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/covid-19-krankheitslast.pdf.download.pdf/Covid-19_Krankheitslast_Jun22_FR.pdf.
- 12 Zhu Y, Almeida FJ, Baillie JK, Bowen AC, Britton PN, Brizuela ME et al. International Pediatric COVID-19 Severity Over the Course of the Pandemic. *JAMA pediatrics* 2023;177(10):1073–84. 10.1001/jamapediatrics.2023.3117.
- 13 Muñoz FM, Sher LD, Sabharwal C, Gurtman A, Xu X, Kitchin N et al. Evaluation of BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children Younger than 5 Years of Age. *New England Journal of Medicine* 2023;388(7):621–34. 10.1056/NEJMoa2211031.
- 14 Link-Gelles R, Ciesla AA, Rowley EAK, Klein NP, Naleway AL, Payne AB et al. Effectiveness of Monovalent and Bivalent mRNA Vaccines in Preventing COVID-19-Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters Among Children Aged 6 Months–5 Years – VISION Network, United States, July 2022–June 2023. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2023;72(33):886–92. 10.15585/mmwr.mm7233a2.
- 15 Lin D-Y, Xu Y, Gu Y, Zeng D, Wheeler B, Young H et al. Effects of COVID-19 vaccination and previous SARS-CoV-2 infection on omicron infection and severe outcomes in children under 12 years of age in the USA: an observational cohort study. *The Lancet. Infectious diseases* 2023. 10.1016/S1473-3099(23)00272-4.
- 16 Fleming-Dutra KE, Ciesla AA, Roper LE, Smith ZR, Miller JD, Accorsi EK et al. Preliminary Estimates of Effectiveness of Monovalent mRNA Vaccines in Preventing Symptomatic SARS-CoV-2 Infection Among Children Aged 3–5 Years - Increasing Community Access to Testing Program, United States, July 2022–February 2023. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2023;72(7):177–82. 10.15585/mmwr.mm7207a3.
- 17 Hause AM, Marquez P, Zhang B, Myers TR, Gee J, Su JR et al. COVID-19 mRNA Vaccine Safety Among Children Aged 6 Months–5 Years – United States, June 18, 2022–August 21, 2022. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 2022;71(35):1115–20. 10.15585/mmwr.mm7135a3.
- 18 Toepfner N, Meißner WCG von, Strumann C, Drinka D, Stuppe D, Jorczyk M et al. Comparative Safety of the BNT162b2 Messenger RNA COVID-19 Vaccine vs Other Approved Vaccines in Children Younger Than 5 Years. *JAMA network open* 2022;5(10):e2237140. 10.1001/jamanetworkopen.2022.37140.
- 19 Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Directives et recommandations: Recommandations pour la vaccination contre le COVID-19. Available from: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/richtlinien-empfehlungen-covid-19-impfung.pdf.download.pdf/directives-recommandations-vaccination-covid-19.pdf>.
- 20 Robert Koch-Institut (RKI). Impfung bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 18.9.2023): FAQ [2023 Oct 14]. Disponible sur: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Impfung_Kinder_Jugendliche.html#:~:text=F%C3%BCr%20gesunde%20Kinder%20und%20Jugendliche,Nutzen%2DAbw%C3%A4gung%20mittlerweile%20anders%20aus.
- 21 Haute Autorité de Santé (HAS). Avis n°2022.0064/AC/SESPEV du 15 décembre 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la vaccination des enfants de 6 mois à 4 ans à risque de formes sévères de Covid-19 ou appartenant à l'entourage des personnes immunodéprimées [2023 Oct 14]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/avis_n2022_0064.ac.sespev_du_15_decembre_2022_du_college_de_la_has_relatif_a_la_vaccination_des_enfants_de_6_mois_a_4_ans_a_.pdf.
- 22 Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). COVID-19 vaccination of children aged 6 months to 4 years: JCVI advice, 9 December 2022 (updated 26 April 2023): Updated 3 May 2023 [Independent Report] [2023 Oct 14]. Disponible sur: [https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-of-children-aged-6-months-to-4-years-jcvi-advice-9-december-2022](https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-vaccination-of-children-aged-6-months-to-4-years-jcvi-advice-9-december-2022/covid-19-vaccination-of-children-aged-6-months-to-4-years-jcvi-advice-9-december-2022).



« La **Stratégie nationale Antibiorésistance (StAR)** nous a permis de faire le point, via des projets de recherche, sur la résistance aux antibiotiques dans les cliniques vétérinaires. Sur cette base, nous avons notamment développé des outils en ligne pour la prescription d'antibiotiques, des guides sur les mesures d'hygiène et des formations. »

D^r Barbara Willi

*Cheffe de clinique en infectiologie et hygiène hospitalière
Clinique pour petits animaux, Université de Zurich*

Les antibiotiques:

quand il faut,

comme il faut.



En savoir plus ici:
star.admin.ch

Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse : évaluation épidémiologique pour l'année 2022

En Suisse, le nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est en baisse depuis 2002. Après avoir atteint un creux historique en 2020 en raison de la pandémie de COVID19, il a légèrement remonté en 2021, une tendance qui s'est poursuivie en 2022 : l'OFSP a enregistré 371 déclarations, soit une incidence de 4,2 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de cas est donc inférieur de 15 % à son niveau pré-pandémique. À titre de comparaison, on comptait en moyenne 1300 déclarations par an dans les années 1990. L'une des principales explications de ce recul est une « cascade VIH » durable, dans laquelle presque toutes les personnes séropositives savent qu'elles sont infectées et se font traiter efficacement et rapidement, de façon à ne plus transmettre le virus. La chimioprophylaxie orale du VIH (prophylaxie préexposition, PrEP) a elle aussi contribué à cette diminution : fin 2022, au moins 4500 personnes, principalement des hommes homosexuels, se sont protégées au moyen de cette méthode.

Le nombre de diagnostics d'infections à chlamydia déclarés augmente régulièrement depuis 2000. En 2022, l'incidence a atteint 148,8 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de 6 % par rapport à l'année précédente. Bien que le nombre de cas s'accroisse bien plus fortement chez les hommes, les infections à chlamydia continuent d'être majoritairement diagnostiquées chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans.

L'augmentation du nombre de diagnostics de gonorrhée déclarés que l'on observe depuis plusieurs années se poursuit. En 2022, l'incidence s'est élevée à 58,2 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse de 25 % par rapport à l'année précédente. Les personnes les plus touchées sont les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans. La tendance à la hausse observée pour les infections à chlamydia et la gonorrhée s'explique principalement par l'élargissement du dépistage.

Les infections à la syphilis sont principalement diagnostiquées chez des HSH et des travailleuses du sexe. Le nombre de nouveaux cas semble s'être globalement stabilisé depuis 2017, bien qu'il soit en constante augmentation depuis le creux de 2020 induit par la pandémie. En 2022, l'incidence était de 9,3 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse d'environ 20 % par rapport à l'année précédente.

L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces 20 dernières années, atteignant en 2022 0,2 cas pour 100 000 habitants. Il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B qui est recommandé à l'ensemble de la population. Selon les données les plus récentes, la couverture vaccinale en Suisse s'élève à 79 % chez les jeunes de 16 ans ; ce pourcentage est toutefois inférieur chez les adultes sexuellement actifs.

En 2022, après un creux historique en 2020, le nombre de cas déclarés

d'hépatites C est revenu à son niveau de 2019. Cependant, l'incidence de l'hépatite C aiguë continue de baisser, atteignant 0,1 cas pour 100 000 habitants.

CASCADE VIH EN SUISSE EN 2022

Les Nations Unies se sont donné une cible ambitieuse : faire en sorte que, d'ici 2023, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 95 % des personnes diagnostiquées avec le VIH reçoivent un traitement médicamenteux (traitement antirétroviral, TAR) et que 95 % des personnes traitées le soient de manière optimale, c'est-à-dire que le virus ne soit plus détectable dans leur sang avec la procédure courante (objectifs 95-95-95 de l'Organisation mondiale de la santé, OMS, et de l'ONUSIDA). En Suisse, ces objectifs ont déjà été atteints avant 2020, à l'exception du taux de personnes diagnostiquées. À l'été 2020, une comparaison mondiale des cas-

cadés VIH a été publiée: la Suisse se place largement en tête [1]. La cascade VIH pour l'année 2022 en Suisse est représentée à la figure 1: 93 % des personnes vivant avec le VIH ont reçu le diagnostic correspondant et connaissent donc leur statut sérologique, 97 % des personnes diagnostiquées sont sous traitement antiviral et 97 % des personnes traitées ont une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par millilitre). Des pourcentages élevés à chaque étape de la cascade VIH sont essentiels pour faire baisser l'incidence du VIH. Le pourcentage de la première étape repose sur des modélisations, tandis que ceux des deuxième et troisième étapes se fondent essentiellement sur les données de l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS). Le taux de 93 % à la première étape signifie que le pourcentage estimé d'infections VIH non encore diagnostiquées est de 7 %. Il convient de noter que ce taux se fonde sur une estimation de 2018. Le nombre de personnes susceptibles de transmettre le VIH diminue grâce à un dépistage et à un traitement de plus en plus précoces:

d'après les estimations, il était de 2300 en 2019 [2] et de 1250 en 2022.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE VIH

Bien que le nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'OFSP ait légèrement augmenté en 2022 par rapport à l'année précédente, il reste en deçà de son niveau préépidémique. L'incidence des nouveaux diagnostics était de 4,2 pour 100 000 habitants.

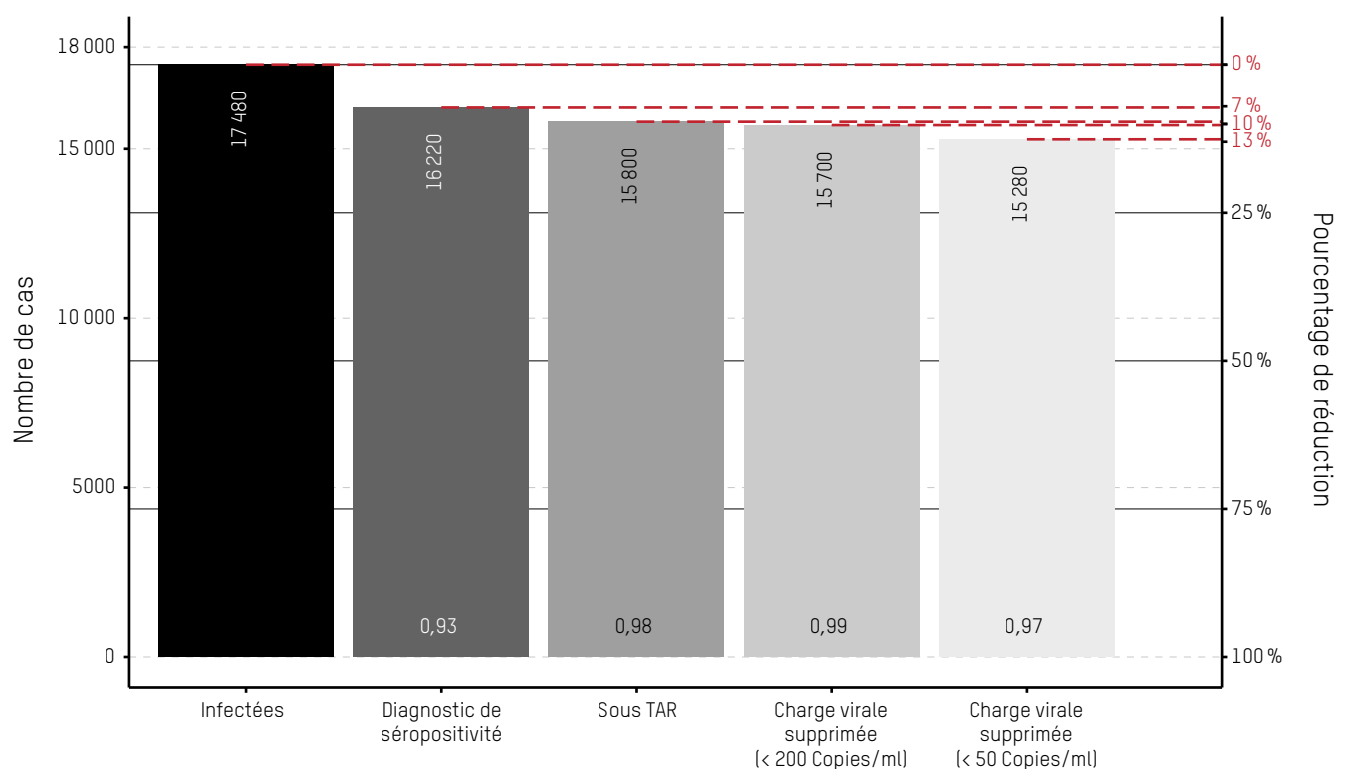
La tendance globalement à la baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH témoigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse: multiplication des tests, surtout dans les groupes particulièrement exposés, traitement précoce et suivi régulier des patients. Le mérite en revient aussi à l'Aide suisse contre le sida, aux checkpoints et à l'étude SHCS, notamment aux médecins qui y sont associés et qui traitent les personnes comprises dans l'étude conformément aux connaissances les plus récentes en la matière et garantissent une observance élevée. Cette dernière est en outre renforcée grâce à

une recommandation avancée, la [Swiss Statement](#) [3], qui a été clairement confirmée par de grandes études dix ans après sa publication [4]: undetectable = untransmittable (indétectable = non transmissible). En d'autres termes, une personne suivant un traitement efficace n'est pas contagieuse. Les patients VIH qui connaissent cette règle ne se sentent plus stigmatisés et sont incités à prendre régulièrement leurs médicaments, ce qui se reflète depuis plusieurs années dans la baisse des chiffres.

CHIMIOPROPHYLAXIE DU VIH

Depuis janvier 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle recommande la chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) pour les personnes séronégatives exposées à un risque élevé de contamination [5]. En Suisse, cette prophylaxie est accessible de manière informelle depuis 2016. Depuis avril 2019, la PrEP est mise en œuvre dans le cadre du programme et projet de recherche national « [SwissPrEPared](#) »; dans ce cadre, elle est disponible à bas coût depuis octobre 2020 et son utilisa-

Figure 1
Cascade VIH en Suisse en 2022



OFSP, état : 11.08.2023

tion fait l'objet d'un suivi médical et scientifique. Fin 2022, au moins 4500 personnes s'étaient protégées grâce à la PrEP, quasi exclusivement des HSH. Ceux-ci présentent un risque accru de contamination en raison de la prévalence comparativement élevée du VIH dans ce groupe (8 %, voir [6]) et de la densité de leurs réseaux sexuels. Par conséquent, l'OFSP salue le fait que, depuis avril 2021, un générique non soumis à un brevet soit autorisé comme PrEP et vendu sur ordonnance [7,8]. L'OMS oppose au traitement contre le VIH, nécessaire à vie, une stratégie de PrEP comme un moyen de prévention du VIH auquel il est possible de renoncer après un « passage » par une période de risque élevé de VIH [9]. Alors que les travailleuses du sexe en Suisse semblent rester peu touchées par le VIH [10], les hommes hétérosexuels disent assez souvent (12 %) avoir contracté le virus à l'occasion de relations sexuelles tarifées. Les médecins devraient prendre ce point en considération lors de leurs consultations et attirer l'attention des touristes qui envisagent d'avoir des rapports sexuels dans des régions à haute prévalence (telles que l'Asie du Sud-Est) sur les possibilités de prévention [5].

CHLAMYDIOSE ET GONORRÉE

Le nombre de diagnostics d'infections à chlamydia déclarés chez les femmes est resté stable depuis 2015, à un niveau élevé (entre 7000 et 7500 cas par an). Généralement asymptomatique, c'est l'infection sexuellement transmissible (IST) à déclaration obligatoire la plus fréquente en Suisse. Le nombre élevé de cas est dû aux contrôles de routine dans les cabinets gynécologiques. Comme en 2021, il y a eu une hausse du nombre de cas chez les hommes. En Suisse, le diagnostic de la chlamydie est aujourd'hui couplé à celui de la gonorrhée : le dépistage de l'une des deux infections est presque toujours associé au dépistage de l'autre. La principale explication de cette augmentation, déjà ancienne, du nombre de diagnostics de chlamydie et de gonorrhée est l'élargissement du dépistage en ce qui concerne la fréquence des tests, le nombre de personnes testées et le diagnostic (p. ex. localisation des frottis). La baisse significative du coût du dépistage

des IST chez les patients qui paient eux-mêmes cette prestation, notamment dans le cadre de campagnes spécifiques, a encouragé l'expansion du dépistage. L'augmentation du nombre de diagnostics dans les groupes de personnes auxquelles un dépistage plus intensif est recommandé en constitue ainsi une conséquence souhaitée. Le prix officiel des frottis ayant également été abaissé en juillet 2021 [11], on peut s'attendre à une nouvelle augmentation du nombre de cas de gonorrhée et de chlamydie. Comme le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie asymptomatiques est recommandé principalement pour réduire le nombre de porteurs dans les différents réseaux sexuels et le maintenir le plus bas possible, l'OFSP considère qu'il est important que le coût à la charge des patients soit faible.

Contrairement au VIH, qui reste toute la vie dans l'organisme et nécessite des médicaments pour bloquer la réplication virale, les infections bactériennes telles que la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie sont curables, mais sont aussi susceptibles d'être contractées plusieurs fois. En particulier pour la gonorrhée et la chlamydie, on peut supposer un nombre de cas non détectés considérablement plus élevé que pour le VIH. Plus le nombre de cas non détectés est élevé, plus il est probable que la multiplication des tests conduira initialement à une augmentation des infections déclarées, car ces dernières n'auraient pas été détectées auparavant.

SYPHILIS

Le nombre de nouveaux diagnostics de syphilis semble globalement se stabiliser depuis 2017, bien qu'il soit en constante augmentation après le creux de 2020 induit par la pandémie. En 2022, l'incidence était de 9,3 cas pour 100 000 habitants, soit une hausse d'environ 20 % par rapport à l'année précédente.

Les personnes touchées par la syphilis étaient pour l'essentiel des HSH ainsi que des travailleuses du sexe [10,12]. Contrairement au VIH, les relations sexuelles tarifées jouent un rôle important dans la transmission de la syphilis chez les hommes et les femmes hétérosexuels. En principe, on peut supposer

ici une sous-déclaration, car tant l'offre que la consommation de services sexuels tarifés sont fortement stigmatisées. En Suisse, un dépistage de la syphilis une fois tous les six mois est actuellement recommandé aux travailleuses du sexe. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez une grande partie des HSH afin de casser les chaînes de transmission [10].

HÉPATITE B

L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces 20 dernières années ; ajustée pour les formulaires manquants de déclaration des médecins, elle était de 0,2 cas pour 100 000 habitants en 2022. Les cas d'infections par le virus de l'hépatite B (VHB) déclarés en Suisse ont été majoritairement contractés à l'étranger, dans des pays où la prévalence de cette maladie est plus élevée. Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fonde déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien de la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que des groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). La couverture vaccinale de l'hépatite B était de 79 % chez les jeunes de 16 ans [13], mais ce pourcentage était nettement inférieur chez les adultes sexuellement actifs [10,12]. L'OFSP estime qu'il convient d'intervenir surtout auprès des acteurs cliniques pour les inciter, lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible, à déterminer le statut vaccinal par rapport à l'hépatite, ou directement à commencer ou à compléter les vaccinations. De même, lors de l'anamnèse, ils devraient identifier les personnes appartenant à des groupes à risque et leur proposer, le cas échéant, de se faire vacciner.

HÉPATITE C

En 2022, après un creux historique en 2020, le nombre de cas déclarés d'hépatite C est revenu à son niveau de 2019. Cependant, l'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les formulaires manquants de déclaration des médecins – continue de baisser, atteignant

0,1 cas pour 100 000 habitants. Après le lancement du PNVI en 2011, une nouveauté essentielle a vu le jour : depuis 2014 (autorisation du *sofosbuvir* en Suisse), il est possible d'éliminer le virus de l'hépatite C (VHC) de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux directs dans environ 95 % des cas. Cependant, le prix de ces médicaments est très élevé. Pour cette raison, en Suisse, les coûts de traitement ne sont pris en charge pour les patients asymptomatiques que depuis 2017.

Si le plus grand nombre de traitements a certainement accéléré la baisse des nouvelles infections, celle-ci avait déjà débuté au moins dix ans plus tôt grâce à des mesures structurelles. Les infections nouvellement acquises sont rarement déclarées ; il s'agit généralement de nouvelles déclarations de cas anciens, qui avaient été contractés par la consommation antérieure de drogues intraveineuses ou dans des pays à forte prévalence de l'hépatite C. L'OFSP ne juge pas indiqué d'élargir le dépistage du VHC à des groupes de population plus importants.

Contact

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

Bibliographie

- 1 ONUSIDA (2020). 2020 Global AIDS Update. Seizing the moment – Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Genève : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- 2 Office fédéral de la santé publique (2020). VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydiae en Suisse en 2019: *Bulletin*; 48: 8–10.
- 3 Vernazza P & Bernard EJ (2018): HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. *Swiss Med Wkly*; 146:w14246
- 4 Broyles LN, Luo R, Boeras D & Vojnov L (2023). The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *The Lancet*; 402(10400): 464–471
- 5 Office fédéral de la santé publique (2016). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. *Bulletin*; 4: 77–79
- 6 Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
- 7 Compendium.ch (13.4.2021). Emtricitabine-Tenofovir-Mepha Lactab®. Nouveau générique de Truvada® commercialisé. Berne : HCI Solutions AG
- 8 Le magazine queer suisse (25.3.2021). PrEP: enfin des génériques en Suisse. Genève : Presse 360
- 9 Organisation mondiale de la santé (2015). Policy Brief. WHO expands Recommendation on Oral Preexposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP). Genève : Organisation mondiale de la santé
- 10 Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- 11 Office fédéral de la santé publique (2021). Liste des analyses (LA). Modifications au 1.7.2021
- 12 Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392
- 13 Office fédéral de la santé publique (2023). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2022

Surveillance des tests VIH et IST 2022

Pour mieux comprendre l'évolution des diagnostics déclarés, il est important de connaître aussi l'évolution de la pratique des tests. Le nombre de tests du VIH, de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydie a augmenté ces dernières années chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Cette hausse est notamment due à la poursuite de la campagne annuelle de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), menée par l'Aide suisse contre le sida pour la première fois en mai 2017 et renouvelée à intervalles annuels. La pratique des tests de dépistage des IST a aussi augmenté dans d'autres groupes. Régulière, mais faible, pour la syphilis, la hausse a été très importante pour la gonorrhée et la chlamydie (frottis).

CONTEXTE

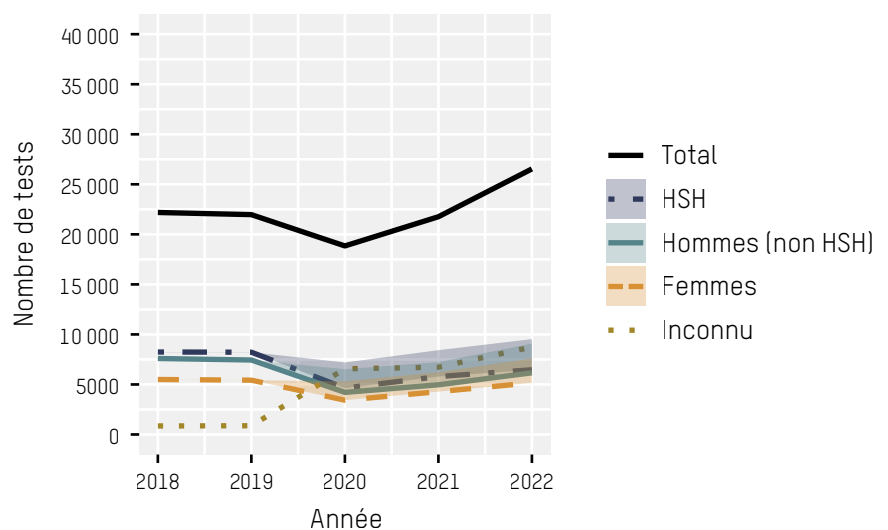
L'augmentation dans le temps du nombre de maladies infectieuses déclarées peut s'expliquer par deux causes principales : soit par davantage de contaminations, soit par un dépistage plus intensif. La surveillance des tests cherche à analyser de plus près cette seconde cause. Les données relatives au nombre de tests VIH et autres IST sont fournies en Suisse par 26 établissements (état fin 2022), qui proposent du conseil et du dépistage volontaire (*Voluntary Counselling and Testing*, VCT) [1]. Depuis 2008, un nombre croissant de centres de dépistage du VIH en Suisse remplissent les critères VCT de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), parmi lesquels l'exploitation du système BerDa en ligne (**B**eratungs- und **D**atenerfassungssystem, système de conseil et de saisie des données). Les centres VCT recensent, sous une forme anonyme, tous les tests VIH effectués ainsi que, depuis 2012, les tests de dépistage de la syphilis et la recherche de gonocoques et de chlamydia (frottis). Les clients sont priés, avant le conseil, de répondre sur un ordinateur ou une tablette – également de manière anonyme – à des questions qui constitueront une base importante pour les entretiens sur la santé sexuelle. En 2019, le contenu et l'aspect technique du système BerDa ont été profondément revus en collaboration avec

les centres VCT. Depuis le 1^{er} janvier 2020, ces derniers emploient tous le nouveau système. L'OFSP utilise les données obtenues pour planifier la prévention du VIH rapidement et de manière ciblée.

BerDa couvre les six centres de santé suisse pour hommes homosexuels (*checkpoints*) situés dans les villes de Genève (depuis 2005), Zurich (2006), Bâle (2012), Lausanne (2012), Berne (2013) et Lucerne (2020), deux centres pour travailleuses du sexe à Zurich et

Figure 1

Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2018-2022



OFSP, état des données : 11.08.2023

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

Lignes: tests documentés. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante:** nombre, calculé par extrapolation, de tests pour l'ajustement lié aux expositions non connues depuis la modification du système en 2020.

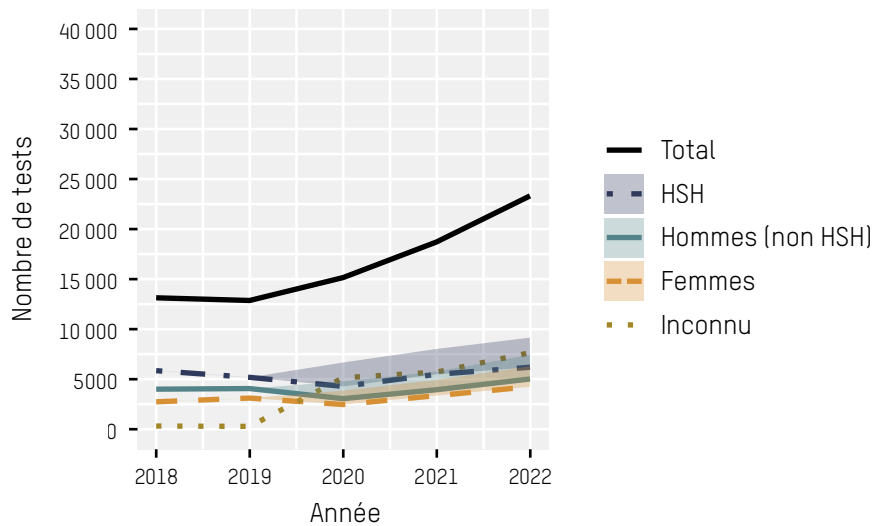
à Bâle, trois grands hôpitaux, 14 autres centres de dépistage du VIH et un cabinet médical privé.

Une nouveauté majeure de l'année 2020 a été le processus concernant le consentement éclairé (*Informed Consent*) relatif à la conservation, y compris après l'entretien, des données introduites dans le système par les clients. Par conséquent, pour tous les jeux de données dont les clients n'ont pas autorisé l'utilisation dans leur intégralité, on connaît les tests qui ont été faits et leurs résultats, mais pas le groupe d'exposition auquel appartient la personne testée. Dans les graphiques figurant dans le présent rapport, des zones ombrées qui représentent une estimation des données manquantes ont été ajoutées aux lignes montrant les tendances depuis 2020.

Dans le système de déclaration suisse, les résultats enregistrés sont les tests *positifs*. Pour connaître le nombre total de tests effectués, l'OFSP pourrait aussi demander le nombre de tests *négatifs*, et ce directement aux laboratoires et non pas par l'intermédiaire des centres VCT. C'est le changement qu'a tenté

Figure 2

Nombre de tests de la syphilis dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2018–2022



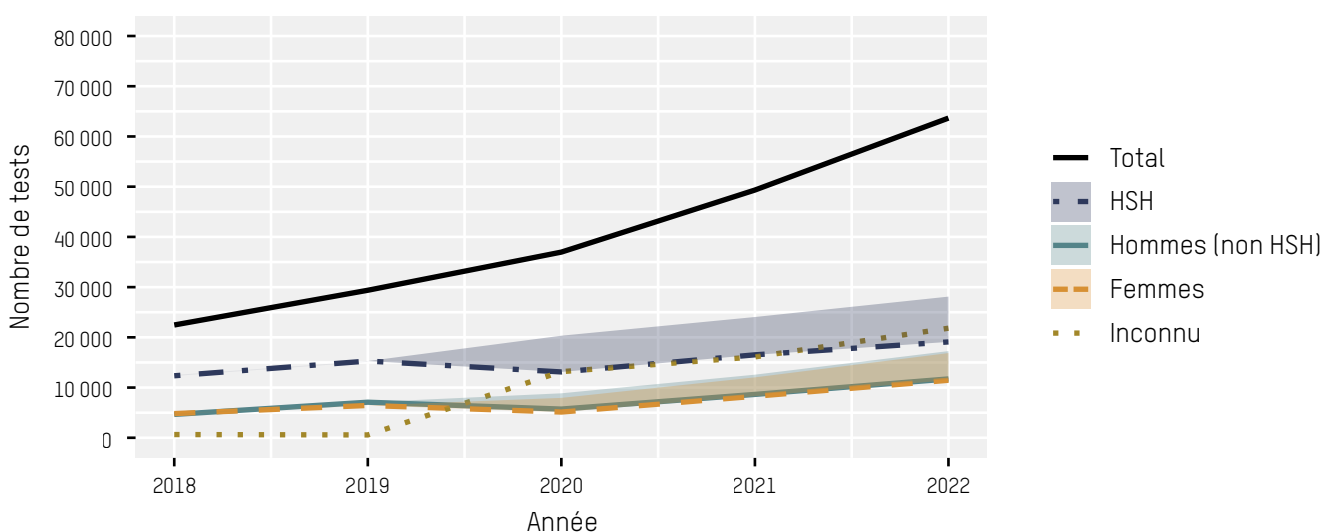
OFSP, état des données : 11.08.2023

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

Lignes: tests documentés. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante:** nombre, calculé par extrapolation, de tests pour l'ajustement lié aux expositions non connues depuis la modification du système en 2020.

Figure 3

Nombre de frottis pour la recherche de gonocoques et/ou de chlamydias dans les centres VCT suisses, en fonction des groupes d'exposition¹, 2018–2022



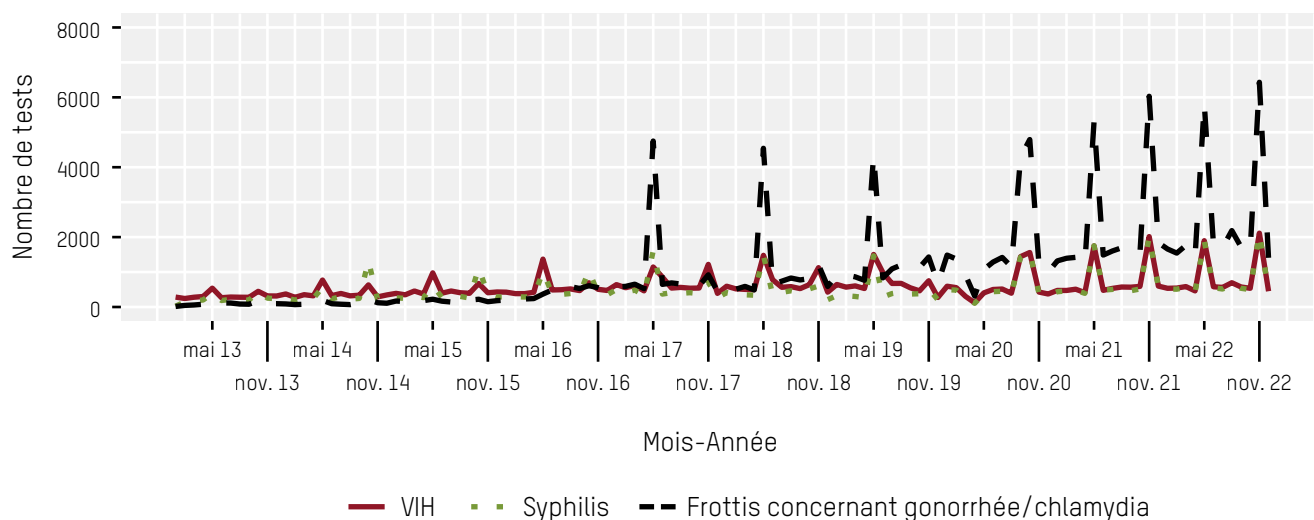
OFSP, état des données : 11.08.2023

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

Lignes: tests documentés. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante:** nombre, calculé par extrapolation, de tests pour l'ajustement lié aux expositions non connues depuis la modification du système en 2020.

Figure 4

Nombre de tests du VIH et de la syphilis mensuels et nombre de frottis à la recherche de la gonorrhée et/ou de la chlamydie chez les HSH¹ dans les centres VCT suisses, 2013–2022



OFSP, état des données : 11.08.2023

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

d'introduire aussi la nouvelle ordonnance du 1^{er} janvier 2016 sur les épidémies, mais, pour différentes raisons, il n'a pas pu être mis en œuvre. L'une de ces raisons est le fait que les laboratoires ne disposent pas d'informations sur les tests rapides du VIH et de la syphilis, alors que ce sont justement les plus employés dans les groupes à risque élevé de VIH. Inversement, les laboratoires recensent de nombreux dépistages préventifs ou systématiques, p. ex. chez les femmes enceintes, les recrues et les donneurs de sang, ce qui masquerait d'éventuelles tendances dans les groupes ciblés par la prévention du VIH et des IST.

ÉTAT DES DONNÉES

En 2022, les centres VCT participant au système BerDa ont enregistré au total 30478 consultations. Pour 20699 d'entre elles (67,9 %), les clients ont activement accepté le stockage de l'intégralité de leur jeu de données. Les figures ci-dessus montrent, quand cela est pertinent, les différences liées au système observables dans les structures de données : les lignes continues représentent les données telles qu'elles sont réellement stockées dans le système. Les zones ombrées (depuis 2020) correspondent à une extrapolation te-

nant compte des personnes pour lesquelles le groupe d'exposition n'est pas connu.

L'exhaustivité des données BerDa est limitée par le fait que les personnes à risque élevé de VIH sont, depuis 2019, de moins en moins enregistrées dans le système, parce qu'elles sont toujours plus nombreuses à participer au programme national et projet de recherche SwissPrEPared. Dans le cadre de ce programme, elles prennent des médicaments (prophylaxie pré-exposition ou PrEP), qui les protègent d'une infection VIH (possibilité de *Safer Sex* à base de médicaments), et font régulièrement des tests VIH. Le nombre de participants augmente ; il s'agit principalement de HSH [2]. Ces personnes sont justement celles qui, auparavant, faisaient régulièrement des tests VIH, mais elles ne sont plus comprises dans les chiffres du système BerDa depuis 2019.

DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS

En 2022, les centres VCT ont réalisé et saisi dans BerDa 26539 tests VIH et 23405 tests de la syphilis ; pour le VIH, il s'agissait principalement de tests rapides. Depuis le 19 juin 2018, la vente de tests VIH à usage personnel est autorisée en Suisse, ce qui, outre la partici-

pation à SwissPrEPared, contribue aussi à la stagnation du nombre de tests VIH enregistrés dans BerDa (figure 1). Pour les tests de la syphilis, en revanche, la tendance à l'augmentation observée depuis plusieurs années se poursuit (figure 2). De plus, en raison de la pandémie, on avait constaté en 2020 une diminution ou du moins un ralentissement de l'augmentation de tests effectués, qui s'explique par la forte baisse du nombre de visites dans les centres VCT de mars à mai 2020. Malgré tout, le nombre (ajusté) des tests VIH enregistrés pour les HSH a augmenté de 15,6 % entre 2018 et 2022, alors que la variation pour les autres hommes et les femmes était respectivement de 19,6 % et 38,3 %. Autrement dit, pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 11,2 % des HSH [3], 0,3 % des autres hommes et 0,3 % des femmes ont fait un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses en 2022.

Le nombre de tests de la syphilis effectués chez les HSH en 2022 a augmenté de 55,8 % par rapport à 2018 ; cette augmentation atteignait même respectivement 84 % et 126,1 % chez les autres hommes et chez les femmes, bien que ces tests, dépistage pendant la grossesse non compris, ne soient recom-

mandés que pour les HSH et les travailleuses du sexe et leurs clients.

Autrement dit, pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 10,9 % des HSH, 0,3 % des autres hommes et 0,2 % des femmes ont fait un test de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en 2022. Pour l'OFSP, ces résultats signifient que la fréquence des tests a continué à augmenter en 2022 chez les HSH, aussi bien pour le VIH que pour la syphilis. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de ces tests VIH sont effectués dans des cabinets médicaux privés [4, 5] et que, dans ce cas, ils ne sont pas pris en compte dans les statistiques suisses.

FROTTIS DE DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA CHLAMYDIOSE

La figure 3 montre l'augmentation massive des frottis visant à dépister la gonorrhée ou la chlamydie. Pour chaque examen, le nombre de frottis effectués peut aller jusqu'à trois (urètre/vagin, gorge et anus). En 2022, 63 657 frottis ont été documentés dans le système BerDa, ce qui, par rapport à 2018, correspond à une augmentation de 128 % chez les HSH et de respectivement 271 et 250 % chez les autres hommes et chez les femmes. Cette hausse reflète aussi bien le nombre croissant de personnes qui se font tester pour ces deux maladies (ces tests sont presque toujours vendus associés) que l'augmentation de frottis par personne.

Le pourcentage de diagnostics de gonorrhée et de chlamydie chez les personnes testées est resté stable sur la période 2018–2022. L'augmentation du nombre de diagnostics de gonorrhée chez les HSH (voir « Gonorrhée en Suisse en 2022 ») s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de tests.

RÔLE DES CAMPAGNES DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA ET DES CHECKPOINTS

Jusqu'à fin 2016, il y a eu en Suisse deux campagnes destinées aux HSH : « Break the Chains » qui, depuis 2012, invite à passer un test VIH au mois de mai, et « Stop Syphilis » qui, depuis 2011, appelle à pratiquer un test de dépistage de la syphilis au mois d'octobre. L'ordre de ces campagnes menées par l'Aide suisse contre le sida et les checkpoints [6] a été inversé en 2017 et s'est poursuivi ainsi en 2018 et 2019 : des tests gratuits de dépistage de la syphilis, de la chlamydie et de la gonorrhée avaient été proposés pour la première fois en mai 2017 dans le cadre de la campagne « STARMAN », tandis que les tests VIH l'avaient été en novembre. Durant les campagnes suivantes (2018 et 2019), les tests n'étaient plus gratuits, mais coûtaient 30 francs en 2018, 50 francs en 2019 (30 francs pour les hommes de moins de 26 ans), et un montant forfaitaire de 40 francs en 2020. Étant donné les prix habituellement pratiqués – autour de 500 francs –, les économies réalisées restent substantielles et déterminantes pour la réussite des campagnes. En 2020, en raison du confinement lié à la pandémie, la campagne du printemps a été repoussée de mai à l'automne, mais, pour compenser, étendue à deux mois (campagne « SUPER » de l'Aide suisse contre le sida en septembre-octobre). En mai et novembre 2022, de larges campagnes de dépistage ont à nouveau été menées auprès des HSH. La figure 4 illustre de manière saisissante l'impact des deux campagnes de dépistage.

Contact

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

Bibliographie

- ¹ www.lovelife.ch
- ² www.swissprepared.ch
- ³ Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- ⁴ The EMIS Network (2013). *EMIS-2010 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, p65
- ⁵ The EMIS Network (2019). *EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control
- ⁶ www.aids.ch

VIH et sida en Suisse, situation en 2022

Les laboratoires habilités selon le concept de test VIH [1] à diagnostiquer et à déclarer le VIH en Suisse ont déclaré 371 nouveaux cas pour l'année 2022, un chiffre plus élevé que celui de l'année précédente (325). Cette évolution résulte probablement du fait que le nombre de cas en 2021 n'avait pas suivi la tendance à long terme, mais qu'il était plus bas qu'attendu, en raison de la pandémie de COVID-19 accompagnée de mesures et de changements de comportement. Ces effets ont probablement joué un rôle beaucoup moins important en 2022.

ETAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

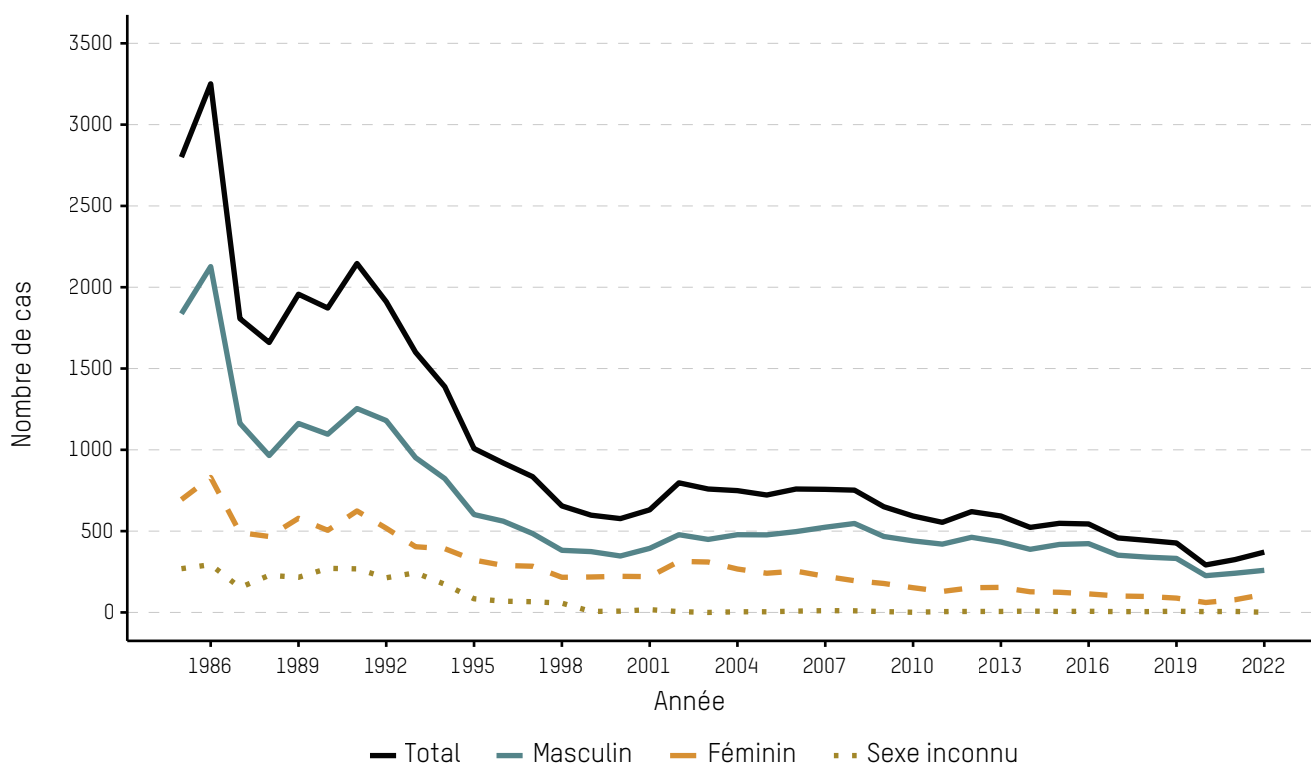
En Suisse, le VIH fait l'objet d'une surveillance permanente depuis 1985. Depuis, les laboratoires habilités à confirmer un diagnostic du VIH sur la base du concept de test VIH [1] déclarent à l'Office fédéral de la santé pu-

blique (OFSP) et au médecin cantonal compétent l'âge, le sexe et le canton de domicile des personnes pour lesquelles ce diagnostic a été posé. L'OFSP demande aux médecins traitants, outre le diagnostic, des informations complémentaires telles que la voie d'infection et la nationalité. À cet effet, les méde-

cins envoient à l'OFSP un formulaire de déclaration complémentaire (déclaration de résultats cliniques, remarque 1). Les laboratoires habilités à déclarer le VIH en Suisse ont déclaré 371 cas confirmés de VIH pour l'année 2022 (déclarations tardives prises en considération jusqu'au **11 août 2023**). L'aug-

Figure 1

Déclarations VIH de laboratoire, par sexe et par année du test, depuis le début des tests, 1985–2022



OFSP, état : 11.08.2023

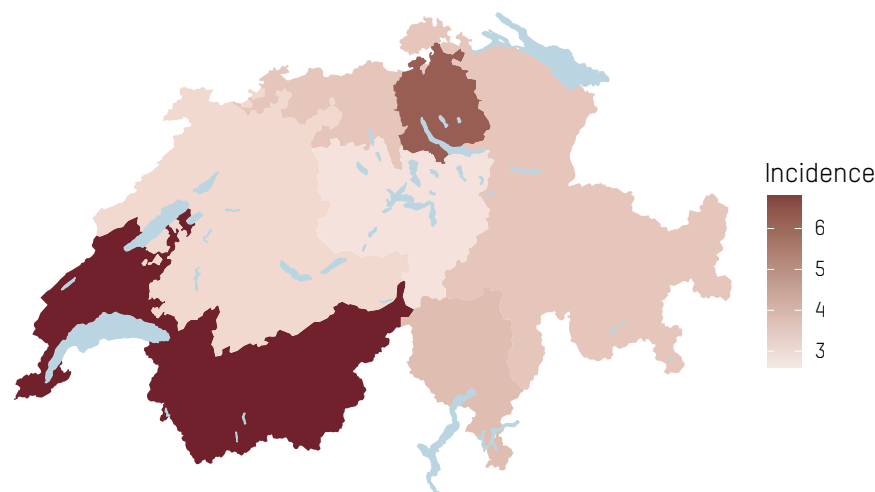
Tableau 1
Incidence des diagnostics de VIH pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2017–2022

Année du diagnostic	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Suisse	5,4	5,2	5,0	3,4	3,7	4,2
Région lémanique	8,7	8,7	7,5	4,7	6,4	6,8
Espace Mittelland	4,1	3,9	3,4	2,8	2,8	2,8
Suisse du Nord-Ouest	3,6	3,8	3,2	2,4	2,1	3,2
Zurich	7,6	6,9	7,5	5,1	6,1	5,6
Suisse orientale	3,4	2,9	3,0	1,7	1,7	3,2
Suisse centrale	3,0	2,6	4,8	2,3	1,4	2,6
Tessin	4,5	5,4	3,4	2,6	2,0	3,4

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

OFS, état : 11.08.2023

Figure 2
Incidence des diagnostics de VIH pour 100 000 habitants dans les grandes régions¹ de l'OFS, 2022



OFS, état : 11.08.2023

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

mentation constatée par rapport à l'année précédente s'explique principalement par le fait que le nombre de cas en 2021 était inférieur à la tendance à long terme, en raison de la pandémie de COVID-19. Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH déclarés en 2022 était toujours inférieur à celui enregistré trois ans auparavant, avant la pandémie (427).

Le programme SwissPREpared a probablement aussi contribué à cette évolution. Un élément en faveur de cette hypothèse est que le nombre de nouveaux diagnostics a diminué plus fortement chez les hommes ayant des rap-

ports sexuels avec des hommes (HSH) que dans les autres groupes (voir figure 4). Jusqu'à décembre 2022, environ 4500 HSH présentant un risque élevé d'infection ont participé à ce programme, qui a commencé en avril 2019. Les participants prennent une prophylaxie médicamenteuse contre le VIH sous contrôle médical (prophylaxie préexposition, « PrEP »).

SEXE

La majorité des déclarations de VIH concernait des hommes: en 2022, ceux-ci représentaient 70 % des cas. Aucun diagnostic ont été posés chez des

femmes trans (identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), aucun chez des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin) et aucun chez les VDS (variation du développement sexuel (intersexe)). En 2022, l'incidence a été un peu plus élevée que l'année précédente, à 2,5 pour 100 000 personnes chez les femmes (2021: 1,8) et à 5,9 chez les hommes (2021: 5,6).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

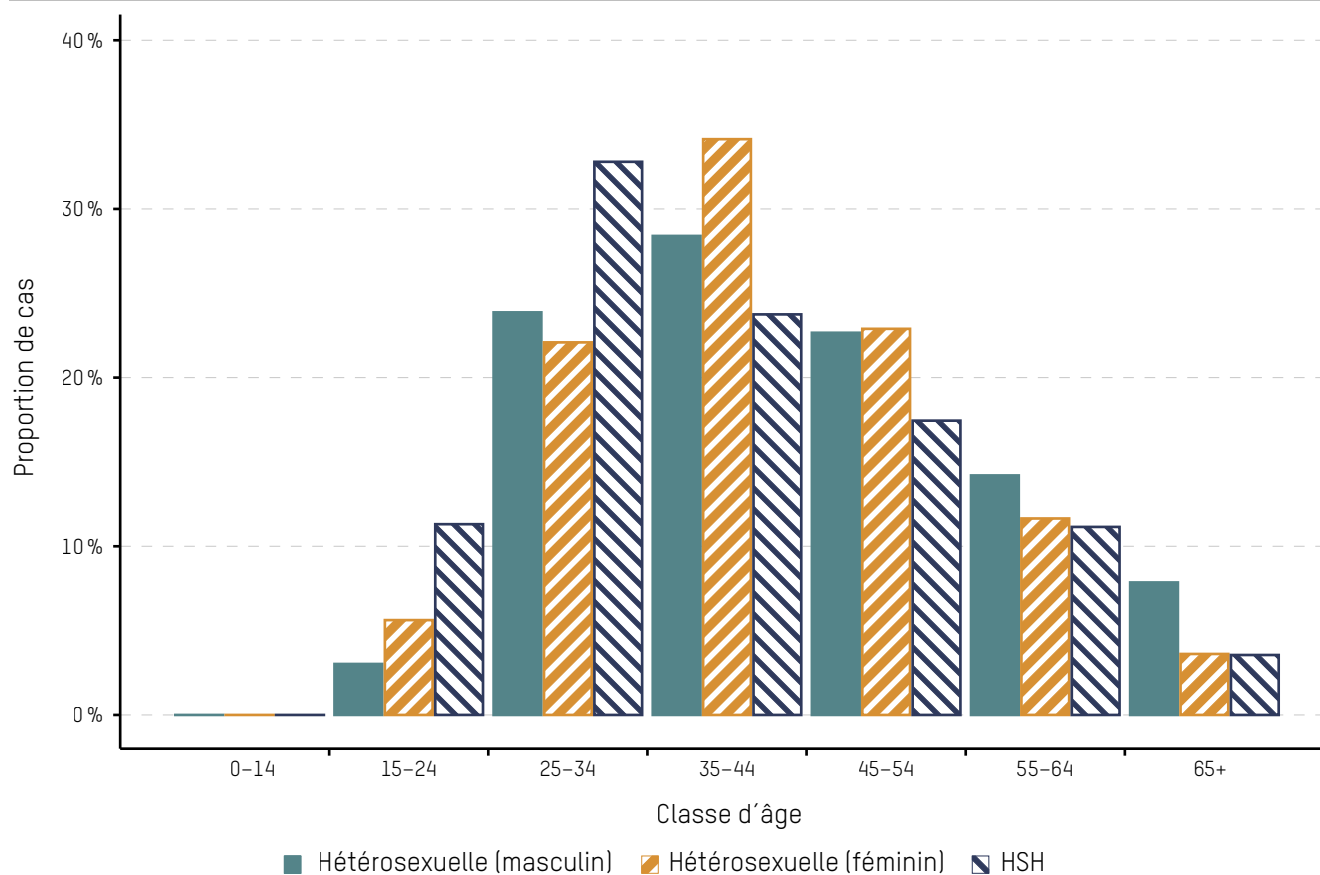
L'incidence des nouveaux diagnostics de VIH était à 4,2 pour 100 000 personnes en 2022. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 2,6 à 6,8 cas pour 100 000 personnes (tableau 1, figure 2). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. L'urbanisation est associée non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [2, 3]. Les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de l'Espace Mittelland et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH était de 41 ans pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient moins de 41 ans et l'autre moitié plus de 41 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés: chez eux, l'âge médian était de 43 ans, contre 37 ans dans les cas d'infection par voie homosexuelle (HSH). La répartition par âge (figure 3) montre que parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, la tranche des 35 à 44 ans a été la plus touchée (34 %), suivie de celle des 45 à 54 ans (23 %). La fourchette des âges était plus large chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, avec le maximum de cas entre 35 et 44 ans (34 %). Lors du diagnostic, les HSH se sont révélés plus jeunes comparativement aux deux autres groupes, avec une concentration maximale de cas dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans

Figure 3

Distribution par classe d'âge des personnes avec diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe (Diagnostiques des années 2017 à 2022 réunis pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 11.08.2023

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

(33 %). De plus, une proportion significativement plus élevée de cas a été observée chez les HSH de 15 à 24 ans (11 %), en comparaison avec les deux autres groupes. Les HSH étaient donc les plus jeunes au moment du diagnostic du VIH, les hommes hétérosexuels les plus âgés.

VOIE D'INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2022 pour les hommes avec un diagnostic de VIH a été celle des relations sexuelles avec d'autres hommes (45 %, soit 98 nouveaux diagnostics). Les relations hétérosexuelles (26 %, 57 diagnostics) viennent à la deuxième place chez les hommes. L'utilisation de seringues contaminées lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse (IDU) a été constatée dans 3 % des diagnos-

tics de VIH chez les hommes. Chez eux, la voie d'infection n'était pas connue pour 26 % des diagnostics de VIH. En 2022, comme les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (58 %). L'injection de drogues a été indiquée comme voie d'infection dans un cas. La voie d'infection n'était pas connue pour 39 % des diagnostics de VIH chez les femmes. Aucune infection par des rapports sexuels entre femmes n'a été déclarée à l'OFSP. La figure 4 (graphique de gauche) montre l'évolution des déclarations de VIH chez les hommes selon la voie d'infection. La tendance est à la baisse aussi bien chez les HSH que (dans une moindre mesure) chez les hommes hétérosexuels. Pour les IDU masculins, le nombre est resté à un niveau bas (moins de 15 cas par an depuis 2016).

Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a diminué entre 2017 et 2022, passant de 71 à 65 (figure 4 à droite). Chez les IDU, il a été encore plus bas ces six dernières années chez les femmes (moins de 6 cas par année) que chez les hommes (moins de 15 cas par année). L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande région de Zurich, 37,7 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, soit 4,3 points de pourcentage de plus que la moyenne nationale, qui s'établissait à 33,4 % (tableau 2). Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [4].

Tableau 2
Déclarations de VIH par les médecins, par voie d'infection¹
et par grande région², 2022

Voie d'infection	hétérosexuelle		HSH		inconnue/autre	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	102	34,5 %	99	33,4 %	95	32,1 %
Région lémanique	23	29,9 %	23	29,9 %	31	40,3 %
Espace Mittelland	12	27,3 %	11	25,0 %	21	47,7 %
Suisse du Nord-Ouest	15	46,9 %	13	40,6 %	4	12,5 %
Zurich	29	37,7 %	29	37,7 %	19	24,7 %
Suisse orientale	10	28,6 %	14	40,0 %	11	31,4 %
Suisse centrale	8	40,0 %	6	30,0 %	6	30,0 %
Tessin	5	45,5 %	3	27,3 %	3	27,3 %

¹HSH : rapports sexuels entre hommes ; OFSP, état : 11.08.2023
autres : consommation de drogues par injection, transfusion, transmission de la mère à l'enfant

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

NATIONALITÉ

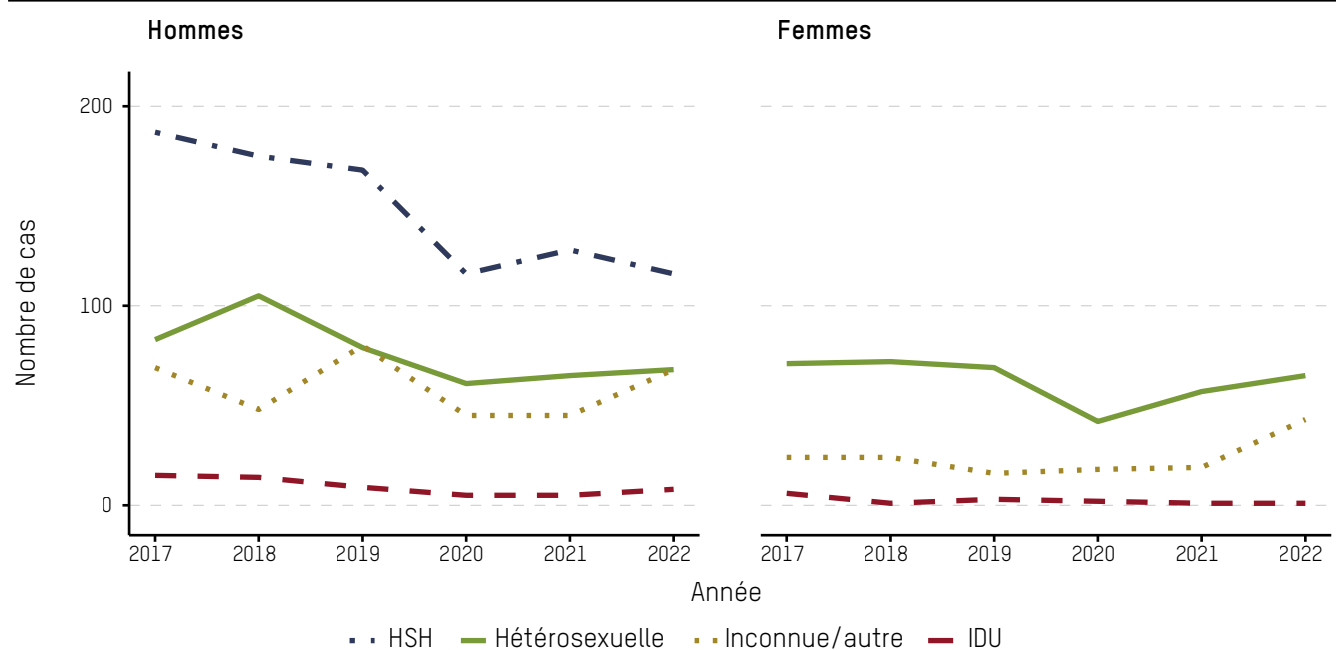
En 2022, plus d'un tiers des diagnostics de VIH pour lesquels la **nationalité des personnes infectées** était connue concernait des ressortissants suisses (39,9 %), avec toutefois des variations selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). Parmi les femmes infectées par

voie hétérosexuelle, 15,6 % étaient de nationalité suisse, contre 40,4 % des hommes (calcul de pourcentages excluant les cas de nationalité inconnue); parmi ces femmes, 28,9 % étaient des ressortissantes d'un pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque 2). Ce pourcentage

était moins élevé chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle (8,8 %). Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 2,2 % des femmes et 5,3 % des hommes étaient issus d'un pays non-PHP non européen (catégorie « autre » dans le tableau 3). Par rapport aux années précédentes, on observe une forte proportion de cas en provenance des pays européens, avec respectivement 24,6 % pour les hommes hétérosexuels et 37,8 % pour les femmes hétérosexuelles.

En 2022, 46,5 % des HSH ayant un diagnostic de VIH étaient des Suisses, tandis que 22,2 % provenaient de pays européens (calcul excluant la catégorie **inconnue**). Parmi les HSH dont la nationalité était connue, 13,1 % venaient d'un PHP. Il est toutefois probable que ces faibles pourcentages donnent une image fautive de la situation, parce que les rapports sexuels entre hommes sont très stigmatisés, voire interdits, dans certains pays à haute prévalence et que les HSH qui en sont issus n'indiquent pas toujours leur orientation sexuelle au moment des tests [5]. La répartition par nationalité des personnes avec un dia-

Figure 4
Diagnosics de VIH¹ chez les hommes et les femmes, par voie d'infection² et par année de diagnostic, 2017–2022



¹Corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

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

OFSP, état : 11.08.2023

Tableau 3
Déclarations de VIH par les médecins, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2022

Voie d'infection Sexe	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Europe hors Suisse	17	37,8%	14	24,6%	22	22,2%
Pays à haute prévalence du VIH	13	28,9%	5	8,8%	13	13,1%
Suisse	7	15,6%	23	40,4%	46	46,5%
autre	1	2,2%	3	5,3%	6	6,1%
inconnue	7	15,6%	12	21,1%	12	12,1%
Total déclarations par médecins	45	100 %	57	100 %	99	100 %

¹HSH : rapports sexuels entre hommes

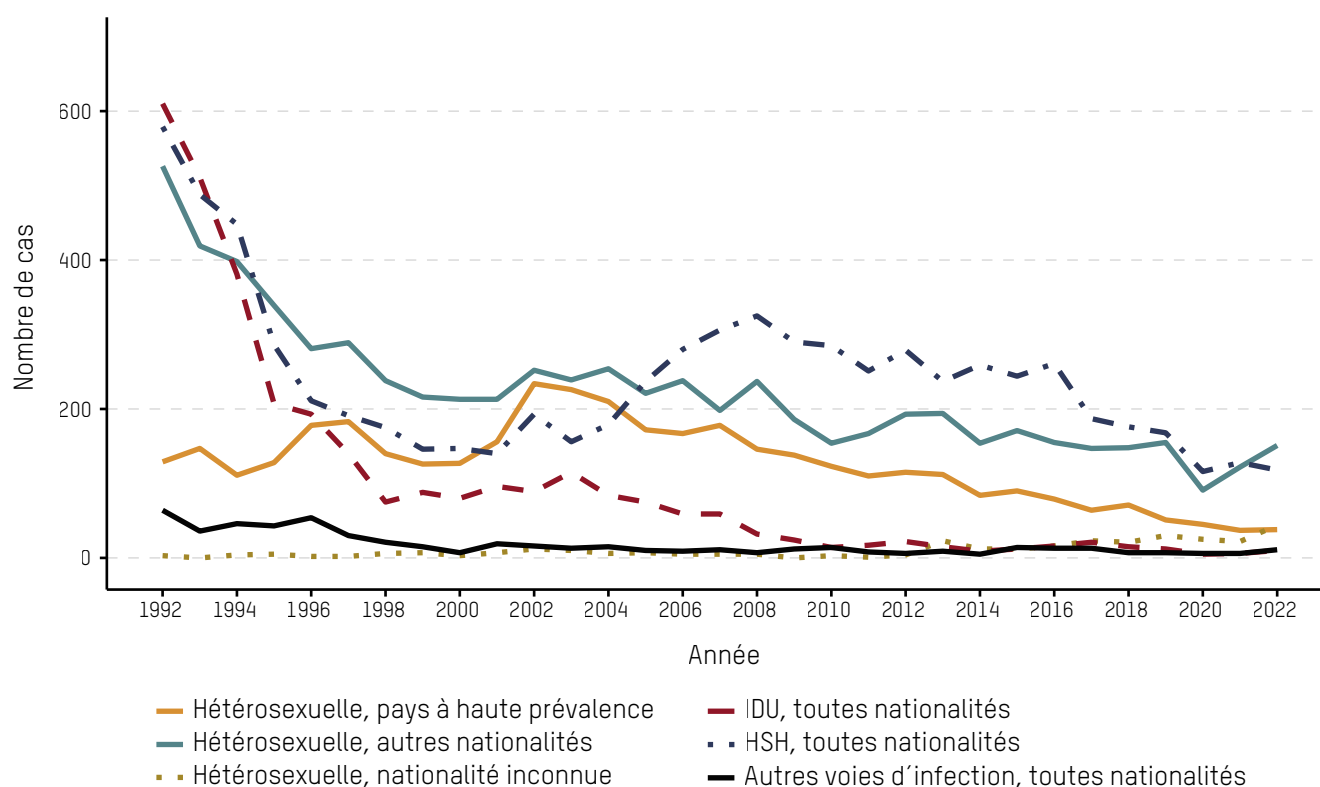
OFSP, état : 11.08.2023

gnostic de VIH (tableau 4) est soumise à de fortes variations annuelles, car le nombre de cas sur lesquels reposent les pourcentages est relativement modeste.

En effet, ces dernières années, les déclarations des médecins concernant les hommes et les femmes hétérosexuels et HSH s'élevaient toujours à bien moins

de 100. Il n'est donc pas possible de faire la différence entre de vrais changements et des fluctuations aléatoires. En 2018, l'OFSP a mis au point une nouvelle répartition des groupes, axée sur les acteurs du domaine de la prévention et combinant voie d'infection et nationalité. En effet, ce sont les check-points et les actions lancées par l'Aide Suisse contre le Sida et ses organisations membres à l'intention de ce groupe d'hommes qui sont les plus à même d'atteindre les HSH, en particulier ceux qui s'identifient comme homosexuels ou bisexuels lors des tests, et cela quelle que soit leur nationalité. En ce qui concerne les hétérosexuels, l'OFSP ne fait plus de distinction entre personnes de nationalité étrangère et suisse, mais entre nationalités d'un pays à haute prévalence, autres pays et inconnu. Par exemple, il réunit donc dans la catégorie « Autres nationalités » les personnes résidant en Suisse et de nationalité allemande, autrichienne, française, ita-

Figure 5
Diagnostics de VIH¹, par voie d'infection² et par nationalité. Répartition axée sur la prévention, 1992–2022



OFSP, état : 11.08.2023

¹ Corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

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

Tableau 4
Lieu présumé de l'infection VIH, selon la voie d'infection¹
et la nationalité, 2022

Mode d'infection Nationalité	hétérosexuel				HSH			
	Suisse		Etranger		Suisse		Etranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection								
Etranger	5	16,7%	36	50,0%	6	13,0%	21	39,6%
Suisse	13	43,3%	8	11,1%	27	58,7%	16	30,2%
Inconnu	12	40,0%	28	38,9%	13	28,3%	16	30,2%
Total déclarations par les médecins	30	100 %	72	100 %	46	100 %	53	100 %

¹HSH : rapports sexuels entre hommes

OFSP, état : 11.08.2023

lienne, etc., et les ressortissants suisses. Les pays comptés parmi les pays à haute prévalence sont, globalement, ceux qui répondent à la définition des Nations Unies, actualisée annuellement, plus le Brésil (voir remarque 2). En 2022, 118 des nouveaux diagnostics de VIH se rapportaient à des contacts sexuels entre hommes (quelle que soit la nationalité, y compris HSH utilisant des drogues par injection), 151 à des hommes ou des femmes hétérosexuels non originaires d'un pays à haute prévalence et 38 à des hommes ou des femmes issues de pays à haute prévalence, Brésil compris (figure 5). La diminution du nombre de cas chez les personnes provenant de pays à haute prévalence infectées par voie hétérosexuelle correspond en grande partie au recul de l'immigration de ressortissants de ces pays en Suisse. L'augmentation observée du nombre de cas dans les pays européens est principalement attribuable à l'afflux de réfugiés ukrainiens, conséquence directe du conflit russo-ukrainien. Il est à noter que, parmi les cas recensés en Europe chez les femmes hétérosexuelles, plus de 64 % concernent des femmes d'origine ukrainienne. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que la majorité des migrants étaient des femmes et des enfants.

LIEU DE L'INFECTION

Selon les indications figurant sur les déclarations de VIH par les médecins, les personnes de nationalité étrangère et ayant un mode d'infection hétérosexuel se sont infectées bien plus souvent à l'étranger qu'en Suisse. Inversement, les personnes de nationalité suisse se sont infectées beaucoup plus souvent en Suisse que les ressortissants étrangers (tableau 4). Une répartition plus précise par nationalité montre que dans plus de trois-quarts (87,5 %) des cas chez les personnes de nationalité étrangère infectées à l'étranger, la nationalité indiquée correspondait au pays d'infection présumé – quand les deux indications figuraient sur la déclaration. Cela permet de supposer que ces personnes ont surtout été infectées lors de voyages dans leur pays d'origine, ou qu'elles étaient

déjà séropositives avant d'entrer en Suisse. Chez les HSH également, les Suisses se sont plus souvent infectés en Suisse que les étrangers. Contrairement aux personnes infectées par voie hétérosexuelle, les HSH étrangers se sont infectés aussi souvent en Suisse qu'à l'étranger. Il convient de noter que l'information sur le lieu de l'infection était manquante dans plus d'un tiers des cas selon le groupe, ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

33,3 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle pour lesquelles source d'infection était indiquée l'avaient été par un partenaire connu et 4,4 % par un partenaire anonyme. Les relations sexuelles tarifées (prostitution) ont été citées comme source d'infection dans 6,7 % des cas chez les femmes déclarées en 2022 (tableau 5). Parmi les hommes infectés par voie hétérosexuelle, les sources d'infection étaient pour 19,3 % un partenaire connu, pour 14,0 % un partenaire anonyme et pour 12,3 % des relations sexuelles tarifées. Compte tenu de la faible prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe en Suisse [6] et du pourcentage élevé d'infections contractées à l'étranger, comme déjà mentionné, on peut supposer qu'un nombre important d'hommes infectés par voie hétérosexuelle ont contracté le VIH dans le cadre du tourisme sexuel. Si l'on ne tient compte que des HSH dont la source d'infection est connue, on voit

Tableau 5
Type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec un diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2022

Mode d'infection Sexe	hétérosexuel				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Type de relations sexuelles						
Partenaire connu	15	33,3%	11	19,3%	18	18,2%
Partenaire anonyme	2	4,4%	8	14,0%	27	27,3%
Relations sexuelles tarifées	3	6,7%	7	12,3%	3	3,0%
Inconnu	25	55,6%	31	54,4%	51	51,5%
Total	45	100	57	100	99	100

¹HSH : rapports sexuels entre hommes

OFSP, état : 11.08.2023

que 18,2 % ont été infectés par un partenaire connu et 27,3 % par un partenaire anonyme, les relations sexuelles tarifées constituant l'exception. À noter que l'indication de la source d'infection n'était pas connue dans certains groupes (jusqu'à la moitié des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse. Les pourcentages figurant dans le tableau 5 divergent de ceux décrits dans cette section parce qu'ils se rapportent à l'ensemble des déclarations, celles sans l'indication du type de relation incluses.

MOMENT DE L'INFECTION

Le moment où la personne a été infectée par le VIH n'est généralement pas connu. Le diagnostic clinique d'une infection par le VIH aiguë (appelée également primo-infection) permet de situer le moment de l'infection dans les quelques semaines qui précèdent le diagnostic (remarque 4). En Suisse, les infections qui remontent à moins d'une année avant le diagnostic peuvent par ailleurs être diagnostiquées par une technique spéciale de laboratoire (ci-après « infection récente », remarque 3). Par contre, les diagnostics dits « tardifs » d'infection par le VIH renvoient à des infections à un stade déjà avancé, de sorte que les premiers symptômes du sida sont attendus ou déjà visibles. On parle ici de diagnostic tardif du VIH lorsque des symptômes du sida ont été

constatés au moment du diagnostic ou au plus tard trois mois après.

En 2022, une infection récente a été constatée chez 40,0 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle, mais chez 28,1 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Chez les HSH, 33,3 % des infections étaient considérées comme récentes.

Si l'on considère les infections aiguës (primo-infections), on constate également des différences entre les HSH et les hétérosexuels (tableau 6). Ce diagnostic a été posé chez 33,3 % de ces derniers, hommes et femmes confondus, contre 21,2 % chez les HSH. Comme les années précédentes, le diagnostic de VIH a moins souvent été posé tardivement chez les HSH (18,2 % que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes confondus: 21,6 %). L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection qui figurent au tableau 6 amènent à penser que le diagnostic du VIH est plus rarement posé tôt après l'infection chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle que chez les HSH, ce qui s'explique vraisemblablement par le fait que ces derniers sont conscients d'être exposés à un risque d'infection plus élevé et sont donc plus nombreux à se soumettre à des tests réguliers de dépistage (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le même cahier).

Les personnes venant d'un PHP se sont pour la plupart infectées dans leur pays, même si une étude européenne a montré que, étonnamment, ce n'était pas vrai pour 45 % d'entre elles [7]. Comme ces pays disposent de moins de ressources pour les soins de santé que la Suisse, on peut supposer que les infections par le VIH y sont moins souvent diagnostiquées à un stade précoce. Les médecins peuvent contribuer à la prévention des infections par le VIH dans les réseaux sexuels de la population migrante issue de pays à haute prévalence et augmenter les chances de diagnostiquer le VIH le plus rapidement possible en proposant plus souvent un test VIH dans leurs consultations, même en l'absence de suspicion directe d'infection par le VIH (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins « PICT » [8]).

Durant la période 2017–2022, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes: il s'élevait à 33,1 % chez les HSH et à 33,8 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ces dernières années, ce pourcentage a subi des variations significatives (figure 6, les deux graphiques) dues en partie à la précision limitée de la méthode utilisée, qui différencie les infections récentes et anciennes (voir remarque 3). Une régression linéaire montre toutefois que les infections récentes et anciennes ont diminué ces cinq dernières années aussi bien chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, en accord avec la tendance générale constatée pour les diagnostics de VIH. Chez les HSH, les infections récentes ont diminué un peu plus fortement que les infections anciennes. Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre d'infections par le VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Pour interpréter les tendances concernant les infections récentes, des données sur la fréquence des tests seraient nécessaires. Dans cette optique, les laboratoires concernés sont tenus depuis 2016 de déclarer, à la fin de l'année, le nombre total de tests effectués pour de nombreuses infections soumises à déclaration. L'évaluation de ces déclarations concernant un

Tableau 6

Indicateurs relatifs au moment de l'infection dans les déclarations du VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2022

Mode d'infection Sexe	hétérosexuel				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Indicateur						
Infection récente ²	18	40,0 %	16	28,1 %	33	33,3 %
Infection aiguë ³	5	11,1 %	6	10,5 %	21	21,2 %
Test tardif ⁴	9	20,0 %	13	22,8 %	18	18,2 %
Nombre de déclarations par les médecins	32	*	35	*	72	*

¹HSH : rapports sexuels entre hommes

OFSP, état : 11.08.2023

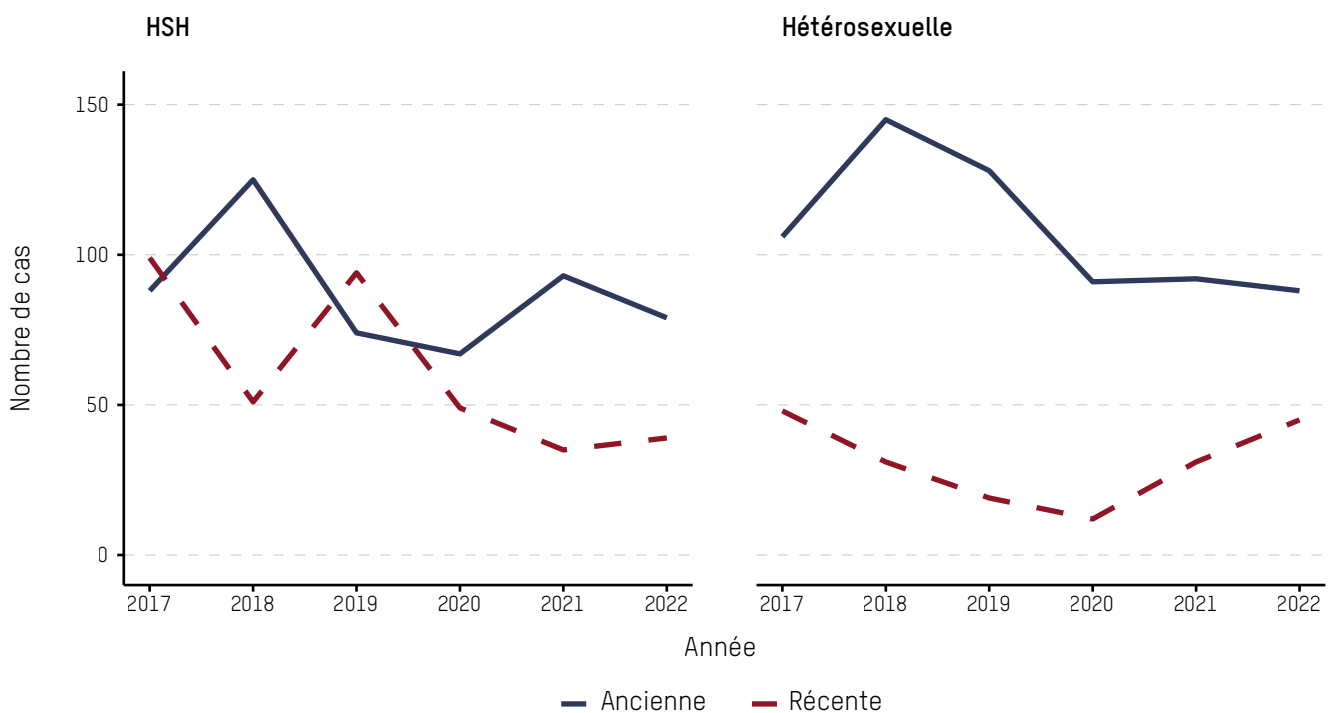
²Infection par le VIH moins d'une année avant le diagnostic (avec l'immunoblot Inno-Lia, remarque 3)

³Stade précoce symptomatique (souvent semblable à une grippe), quelques semaines après l'infection

⁴Indication de stade CDC C sur la déclaration VIH ou diagnostic du VIH et sida en l'espace de trois mois

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

Figure 6
Infections VIH récentes et anciennes¹, selon la voie d'infection², 2017–2022



OFSP, état : 11.08.2023

¹ Corrigées des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

² HSH: rapports sexuels entre hommes

autre domaine (les infections transmises par les denrées alimentaires) a toutefois montré que ce système ne tient pas suffisamment compte de la complexité et de la dynamique des laboratoires en Suisse et que l'analyse débouche sur des résultats contradictoires [9]. Les problèmes relevés dans ce cadre sont également susceptibles de toucher les laboratoires impliqués dans le diagnostic primaire du VIH. Pour évaluer le développement des tests, l'OFSP utilise des données provenant des centres de conseil et de dépistage de Suisse (centres VCT). Ces données indiquent une augmentation constante des tests VIH ces dernières années, surtout pour les HSH (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le même Bulletin). Avec une incidence constante, une augmentation du nombre de tests entraînerait une hausse du nombre d'infections récentes. La diminution des infections récentes observée chez les HSH indique par conséquent une incidence décroissante du VIH dans ce groupe.

CAS DE SIDA

Le nombre de nouveaux cas de sida s'est stabilisé autour de 60 à 80 cas par an au cours des dernières années (tableau 7), comme il ressort d'extrapolations statistiques tenant compte du

fait qu'ils sont parfois déclarés plusieurs années seulement après le diagnostic (remarque 5).

Tableau 7

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2017–2022 (Corrigés des retards de déclaration)

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
HSH	masculin	27	25	18	17	14	31
IDU	masculin	5	0	3	1	0	2
IDU	féminin	3	0	0	1	0	3
hétérosexuelle	masculin	15	19	20	10	10	8
hétérosexuelle	féminin	12	11	9	2	8	11
autre	masculin	8	6	17	9	9	14
autre	féminin	2	3	3	3	4	4
Total		72	64	70	43	45	73
Dont déjà déclaré		72	64	69	42	40	40

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

OFSP, état: 11.08.2023

Après une estimation temporairement plus faible des nouveaux cas de sida en 2021, le nombre était à nouveau nettement plus élevé en 2022.

Si l'on ventile les cas de sida par mode d'infection, on constate une hausse surtout dans le groupe des HSH et dans celui des personnes dont le mode d'infection est inconnu. C'est précisément dans ces groupes que l'on observait une diminution un an auparavant. Cela suggère des variations purement statistiques qui ne correspondent pas à des tendances réelles.

Indépendamment de la nationalité et du mode d'infection, la première détection du VIH a eu lieu en moyenne moins d'un an avant le diagnostic du sida dans plus de 96 % des cas. Le test tardif explique que les personnes concernées n'ont pas reçu les médicaments antirétroviraux à temps pour empêcher la progression vers le stade du sida.

CONCLUSION

Le nombre total de diagnostics de VIH a été plus élevé en 2022 qu'en 2021. Cette augmentation doit être interprétée comme un retour au moins partiel à la tendance à long terme qui prévalait avant la pandémie de COVID-19. En 2020, la pandémie a entraîné une baisse des tests de dépistage du VIH et probablement des changements de comportement, de sorte que le nombre de déclarations de VIH a été inhabituellement bas. Le nombre d'infections par le VIH au cours de l'année de référence était toutefois nettement inférieur au dernier chiffre enregistré avant la pandémie. L'augmentation continue du nombre de personnes à haut risque d'infection par le VIH, qui se protègent en prenant des médicaments antirétroviraux à titre préventif (PrEP), a probablement contribué à cette baisse.

70 % des diagnostics concernaient des hommes, chez lesquels l'incidence des nouveaux diagnostics était trois fois plus élevée que chez les femmes. La voie d'infection la plus fréquente chez les hommes était, comme les années précédentes, celle des relations sexuelles entre hommes et, chez les femmes, celle des relations hétérosexuelles. En 2022, comme ces dernières années, les infections en lien avec la consommation de drogues par injection n'occupent plus

Remarques

1. Les déclarations des médecins, appelées « déclaration des résultats cliniques » (DRC) depuis la dernière révision de l'ordonnance, doivent être envoyées au médecin cantonal du canton de résidence du patient. Celui-ci les transmet à l'OFSP après les avoir contrôlées. Les DRC n'ont pas été transmis pour tous les cas de VIH diagnostiqués et déclarés par les laboratoires. Ces dernières années, les DRC étaient présents pour 80 % à 90 % des cas, la proportion avec DRC montrant une tendance à la hausse. Dans les cas sans DRC, il manquait donc des informations allant au-delà du sexe, de l'âge et du canton de résidence, notamment sur le mode d'infection et la nationalité. Pour les tendances temporelles représentées graphiquement dans ce rapport et basées sur les DRC, les chiffres basés sur les DRC ont été extrapolés de manière à obtenir le total correspondant des déclarations de laboratoire pour chaque sexe et année. Cette approche suppose que les DRC sont représentatifs de tous les cas de VIH diagnostiqués par les laboratoires.
2. Selon l'ONUSIDA et l'OMS, un pays est considéré comme un pays à forte prévalence du VIH lorsque la prévalence du VIH chez les 15–45 ans dans la population générale est supérieure à 1 %. Afin d'éviter des différences annuelles dans la définition, les pays suivants sont considérés comme des pays à forte prévalence dans les rapports de l'OFSP depuis 2018: tous les pays de la région « Afrique » de l'OMS, à l'exception de l'Algérie, mais y compris Djibouti, le Soudan, la Somalie ainsi que la Thaïlande, le Brésil, le Suriname, le Guyana, le Belize, la Jamaïque, Haïti et la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade, Trinidad et Tobago. L'ajout du Brésil, par exemple, tient compte du profil d'immigration de la Suisse.
3. Depuis 2008, la Suisse utilise de manière standard une méthode de diagnostic qui permet, à l'aide d'un algorithme, de distinguer les infections récentes du VIH des infections plus anciennes. L'algorithme a été développé par le Centre national pour les rétrovirus (CNR) sur la base du test Inno-Lia™ HIV I/II Assay (Fujirebio), une méthode d'immunoblot. Dans ce contexte, les infections récentes sont celles dont la date d'infection est probablement inférieure à un an avant le diagnostic.
4. La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu qui survient chez de nombreuses personnes infectées par le VIH quelques semaines à trois mois après l'infection. Les « infections récentes » et les « primo-infections » sont des indicateurs méthodologiquement indépendants d'un stade précoce de l'infection.
5. En raison des retards de déclaration, seuls 60 % environ des cas de sida déclarés au cours d'une année donnée ont été diagnostiqués cette année-là, 25 % environ l'année précédente et les autres plus tôt encore. En conséquence, à la fin d'une année donnée, le nombre de nouveaux cas de sida n'est pas connu avec précision, car tous n'ont pas encore été déclarés. Ce nombre doit donc être estimé à l'aide d'un modèle statistique qui tient compte de la répartition des retards de déclaration dans le passé. Les chiffres présentés dans le tableau 7 sont basés sur la méthode de Rosenberg [10].

qu'une petite place dans le tableau général.

Quelle que soit leur nationalité, les HSH se sont plus souvent infectés en Suisse qu'à l'étranger. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été contaminées à l'étranger; dans plus de trois quarts des cas, le lieu de l'infection correspondait à leur nationalité. On peut vraisemblablement en conclure qu'elles se sont infectées lors de voyages dans leur pays d'origine. Cette année, en raison du conflit russo-ukrainien et de l'influx migratoire qui en a résulté, une augmentation importante du nombre de cas est observée en provenance des pays européens, particulièrement chez les femmes hétérosexuelles. En moyenne des six dernières années, les infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées chez les HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le nombre des infections récentes montre chez les HSH une tendance à la baisse ces six dernières années, ce qui semble indiquer une diminution de l'incidence, les taux de tests ayant parallèlement augmenté dans ce même laps de temps au sein de ce groupe.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Prévention
et services de santé
Division Maladies transmissibles
Tél: 058 463 87 06

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Bibliographie

- OFSP (2013): Concept suisse de test VIH – récapitulatif actualisé. *Bulletin*; 47:6–14
- Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- Sokari E (2010). Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. Heinrich-Böll-Stiftung: Berlin
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- OFSP (2015). Richtlinie des Bundesamtes für Gesundheit zur Durchführung des HIV-Tests in Privatpraxen, Ambulatorien, Notfallstationen und Spitälern. *Bulletin*; 21: 375–379
- Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A, Zuure F, Barros H, Staehelin C, Göpel S, Boesecke C, Prestileo T, Volny-Anne A, Burns F, Del Amo J (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*; 31(14): 1979–1988
- Mäusezahl D, Schmutz C (2019). Analyse der Statistik zum laboranalytischen Befund. Schlussbericht Swiss TPH: Basel
- Rosenberg PS (1990). A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 3(1):49–54

La chlamydie en Suisse, situation en 2022

En 2022, les laboratoires de microbiologie en Suisse ont déclaré 13 063 diagnostics de chlamydie transmise par voie sexuelle. Avec 148,8 cas pour 100 000 habitants, l'incidence de la chlamydie était plus élevée en 2022 qu'en 2021, et supérieure au niveau de 2019. Globalement, l'augmentation du nombre d'infections à chlamydia diagnostiquées, visible depuis le début du millénaire, se poursuit. Depuis 2016, cette augmentation n'est plus visible que chez les hommes, bien que la majorité des cas continue à concerner les femmes.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de chlamydie en Suisse à l'aide du système de déclaration obligatoire. Il collecte les déclarations de résultats d'analyses de laboratoire avec indication du sexe de la personne, de sa date de naissance et de son canton de domicile. En raison du nombre élevé de cas, les déclarations de résultats d'analyses cli-

niques complémentaires ne sont pas demandées. Pour 2022, 13 063 cas ont été déclarés à l'OFSP, soit une hausse de 6,2 % par rapport à l'année précédente (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 11.8.2023).

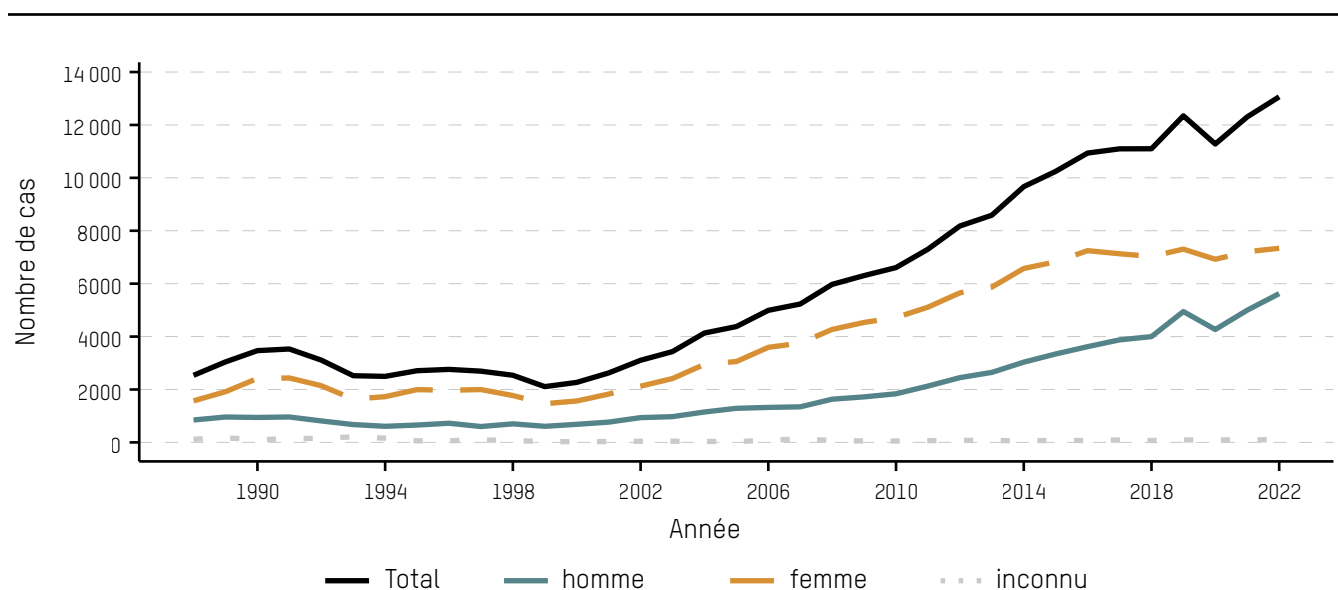
SEXE ET TENDANCES SEXOSPÉCIFIQUES

La majorité des cas de chlamydie concernait des femmes, bien que leur part dans le nombre total de cas ait

baissé ces dernières années (2022 : 56,2 %). Depuis 2000, on observe, pour les deux sexes confondus, une multiplication par 5,8 du nombre de cas, soit de 4,7 pour les femmes et de 8,2 pour les hommes (voir figure 1).

Asymptomatique dans la majorité des cas, la chlamydie est diagnostiquée plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, car le dépistage est effectué beaucoup plus fréquemment chez les premières, dans le cadre des

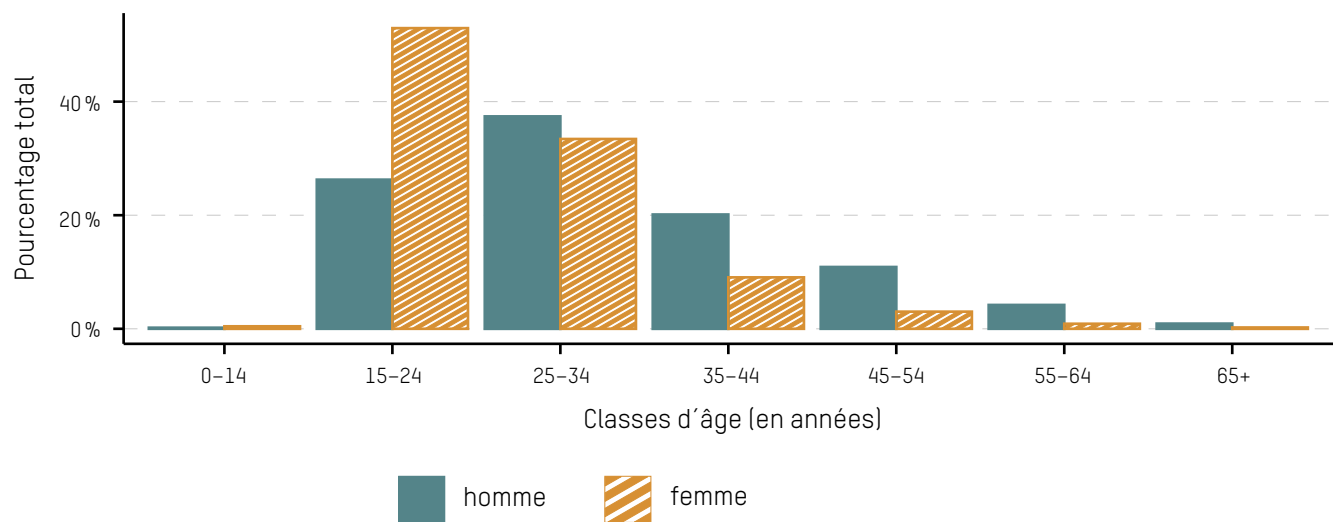
Figure 1
Cas de chlamydie, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 1988–2022



OFSP, état des données: 11.08.2023

Figure 2

Répartition par âge et sexe des personnes avec un diagnostic de chlamydie (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



OFSP, état des données: 11.08.2023

examens gynécologiques réguliers. Depuis 2016, les centres VCT suisses (*Voluntary Counselling and Testing*) testent aussi de plus en plus souvent les hommes (voir l'article « Surveillance des tests » dans le même bulletin).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence s'élevait en 2022 à 148,8 cas pour 100 000 habitants. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande

région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Une corrélation entre l'incidence et l'urbanisation est probable, car le contexte urbain offre un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais également aux rapports sexuels tarifés et, de manière générale, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, surtout pour les personnes appartenant aux minorités sexuelles [1, 2]. L'incidence la plus basse se trouvait dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de chlamydie se situait à 24 ans; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 24 ans et l'autre moitié de plus de 24 ans. La plupart des cas concernaient les 15 à 24 ans (figure 2). L'âge médian des hommes était de 30 ans, et les 25 à 34 ans étaient les plus fortement touchés.

Nous voyons trois explications à la forte représentation des jeunes femmes: d'abord, durant les premières années de fertilité, le tractus génital est plus sensible aux infections à chlamydia en raison de l'expansion de l'épithélium depuis le canal cervical en direction de l'exocol (ectopie du col de l'utérus) [3]; ensuite, le système immunitaire de l'organisme développe une immunité partielle en cas d'infection à chlamydia; les personnes qui ont eu peu de rapports sexuels, voire aucun, n'ont pas encore cette réponse immunitaire ou cette protection limitée [4]; enfin, le nombre de partenaires sexuels, et donc la probabilité d'entrer en contact avec les chlamydias, sont en moyenne plus élevés que par la suite [5].

Tableau 1

Incidence des cas de chlamydie pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFS¹ et année de diagnostic, 2018–2022

Année du diagnostic	2018	2019	2020	2021	2022
Toute la Suisse	129,3	142,8	129,5	140,2	148,8
Région lémanique	156,8	179,9	155,8	178,6	176,1
Espace Mittelland	105,3	117,9	110,2	115,1	125,0
Suisse du Nord-Ouest	120,7	130,0	120,8	136,0	137,0
Zurich	172,5	195,0	176,6	194,0	213,0
Suisse orientale	96,1	108,0	99,6	101,9	110,6
Suisse centrale	111,8	104,2	97,4	93,9	106,7
Tessin	133,6	132,9	119,4	118,4	141,1

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

SYNTHÈSE

En 2022, le nombre total de cas de chlamydie et l'incidence des infections à chlamydia diagnostiquées étaient plus élevés que l'année précédente et dépassaient les niveaux prépandémiques de 2019. Globalement, l'augmentation du nombre d'infections diagnostiquées, visible depuis le début du millénaire, se poursuit. Depuis 2016, elle n'est plus visible que chez les hommes, tandis que le nombre d'infections diagnostiquées chez les femmes est resté stable. Plus de la moitié des cas concernaient des femmes. Sans changement, chez ces dernières, les groupes d'âge les plus jeunes étaient les plus touchés chez les femmes sexuellement actives. Malgré l'absence de chiffres sur le nombre total de tests effectués, l'OFSP estime que la tendance globale à la hausse observée depuis de nombreuses années [6], ainsi que l'augmentation du nombre de diagnostics chez les hommes observée depuis 2016, sont principalement dues à une extension du dépistage. Même si les déclarations de laboratoire ne comportent pas d'informations sur la voie de transmission, les statistiques des tests de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée dans les centres VCT laissent supposer que cette augmentation de l'incidence chez les hommes concerne principalement les HSH.

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Figure 3

Incidence des cas de chlamydie pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFSP¹, 2022



OFSP, état des données: 11.08.2023

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

Contact

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

Bibliographie

- Farmer GW, Blossich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- Buttram VC, Reiter RC (1981). Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, and Management. *Fertil Steril*; 36(4): 433–445
- Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart M (2010). Protective Immunity to Chlamydia trachomatis Genital Infection: Evidence from Human Studies. *J Infect Dis*; 201(S2): 178–189
- Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Maccowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*; 382(9907):1781–1794
- Schmutz C, Burki D, Frei R, Mäusezahl-Feuz M (2013). Testing for Chlamydia trachomatis: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. *Epidemiol Infect*; 141: 1953–1964

La gonorrhée en Suisse, situation en 2022

En 2022, les laboratoires de microbiologie en Suisse ont déclaré 5112 diagnostics de gonorrhée. Avec 58,2 cas pour 100 000 habitants, l'incidence de la gonorrhée était plus élevée en 2022 que les années précédentes et nettement supérieure au niveau de 2019. Cette augmentation est due dans une large mesure à l'extension et à l'amélioration des diagnostics.

ÉTAT DES DONNÉES

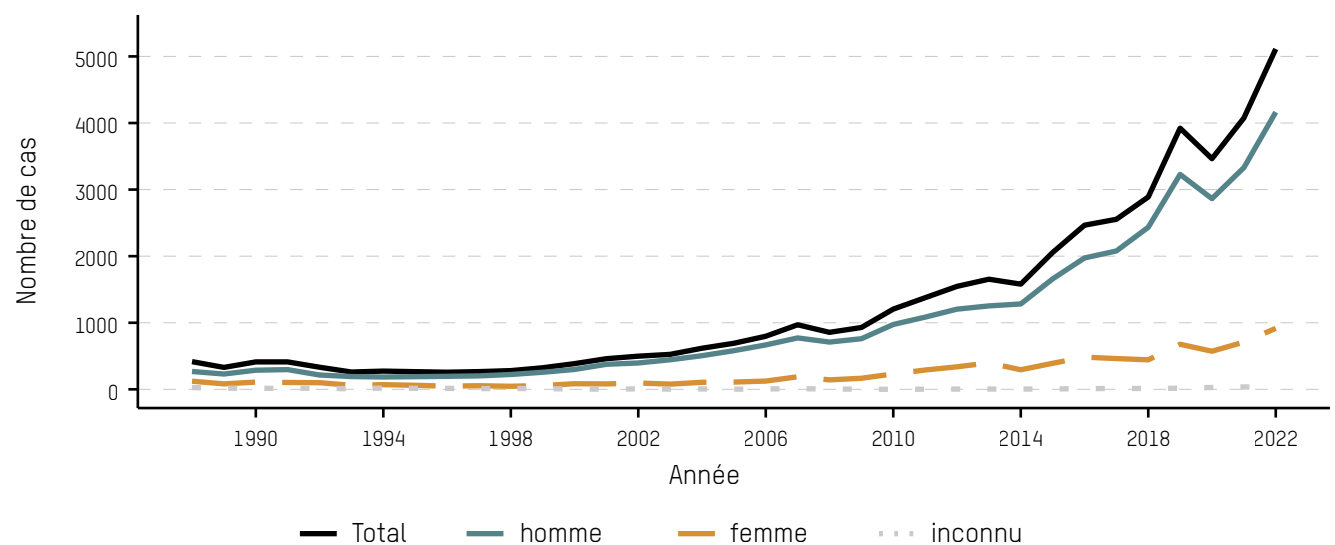
Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de gonorrhée en Suisse à l'aide du système de déclaration obligatoire. En 2022, les laboratoires de microbiologie en Suisse lui ont déclaré 5112 diagnostics de gonorrhée (déclarations tardives prises en compte jusqu'au 11.8.2023), ce qui correspond à une augmentation de 25,4 % par rapport à l'année précédente.

SEXE ET TENDANCES SEXOSPÉCIFIQUES

Pour les deux sexes confondus, on observe depuis 2000 une augmentation marquée du nombre de cas, qui a été multiplié par 10. La grande majorité concernait des hommes (2022 : 81,4%), pourcentage qui n'a cessé d'augmenter au fil des ans. Au sein de ce groupe, 67 % étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Six cas concernaient des femmes trans (identité de genre féminine, sexe indiqué à la naissance masculin).

Ces dernières années, le nombre de cas a augmenté plus fortement chez les hommes que chez les femmes (figure 1). En 2022, comme l'année précédente, le nombre de cas a crû et dépasse désormais nettement les chiffres de 2019, tant chez les hommes que chez les femmes. Le pourcentage de déclarations dont le mode de transmission est inconnu (absence d'informations sur le sexe des partenaires sexuels) reste élevé.

Figure 1
Cas de gonorrhée, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 1988–2022



OFSP, état des données: 11.08.2023

Tableau 1

Incidence des cas de gonorrhée pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFS¹ et année de diagnostic, 2018–2022

Année du diagnostic	2018	2019	2020	2021	2022
Toute la Suisse	33,7	45,4	39,8	46,4	58,2
Région lémanique	39,2	46,9	46,7	67,8	81,3
Espace Mittelland	19,7	27,2	26,8	29,1	38,0
Suisse du Nord-Ouest	27,1	42,4	32,4	38,2	45,5
Zurich	70,7	94,4	82,1	84,9	106,9
Suisse orientale	17,3	26,5	19,0	21,5	30,7
Suisse centrale	24,1	31,6	27,2	28,1	36,2
Tessin	24,3	31,3	17,7	27,0	36,6

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

Tableau 2

Cas de gonorrhée par voie d'infection¹ et par grande région de l'OFS², 2022

Voie d'infection	Hétérosexuelle		HSH ¹		Inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Toute la Suisse	1521	29,8%	1947	38,1%	1644	32,2%
Région lémanique	360	26,3%	568	41,4%	443	32,3%
Espace Mittelland	237	32,7%	202	27,9%	285	39,4%
Suisse du Nord-Ouest	201	37,1%	165	30,4%	176	32,5%
Zurich	381	22,8%	774	46,3%	517	30,9%
Suisse orientale	169	45,7%	91	24,6%	110	29,7%
Suisse centrale	126	41,7%	99	32,8%	77	25,5%
Tessin	47	36,4%	48	37,2%	34	26,4%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

² Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe.

Tableau 3

Cas de gonorrhée, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2022

Voie d'infection Sexe	Hétérosexuelle				HSH ¹	
	Femmes		Hommes		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Suisse	324	56,1%	497	52,7%	991	50,9%
EEE*, UK, US, Canada	41	7,1%	52	5,5%	196	10,1%
Europe de l'Est / du Sud	32	5,5%	30	3,2%	43	2,2%
Amérique latine**	42	7,3%	32	3,4%	140	7,2%
autre	15	2,6%	38	4%	40	2,1%
inconnue	124	21,5%	294	31,2%	537	27,6%
Total	578	100%	943	100%	1947	100%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

* EEE: Espace économique européen, sans la Hongrie, la Bulgarie, la Roumanie (Europe du Sud-Est), sans l'Espagne et le Portugal (regroupés avec l'Amérique latine).

** inclut en plus les nationalités espagnole et portugaise.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence des cas de gonorrhée s'élevait en 2022 à 58,2 pour 100 000 habitants. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 4). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Le contexte urbain est associé à un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais aussi aux relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [1, 2]. L'incidence était nettement plus basse dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale, ainsi qu'au Tessin.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Chez les HSH, l'âge médian, établi sur les cinq dernières années, était de 34 ans; autrement dit, la moitié d'entre eux était âgés de moins de 34 ans et l'autre moitié de plus de 34 ans. Le nombre de plus élevé de cas a été diagnostiqué chez les 25 à 34 ans (figure 2). L'âge médian des femmes atteintes de gonorrhée était de 26 ans, et le nombre le plus élevé de cas concernait les 15 à 24 ans. Au moment du diagnostic, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes: l'âge médian de ces hommes était de 31 ans; comme pour les HSH, les 25 à 34 ans étaient les plus touchés.

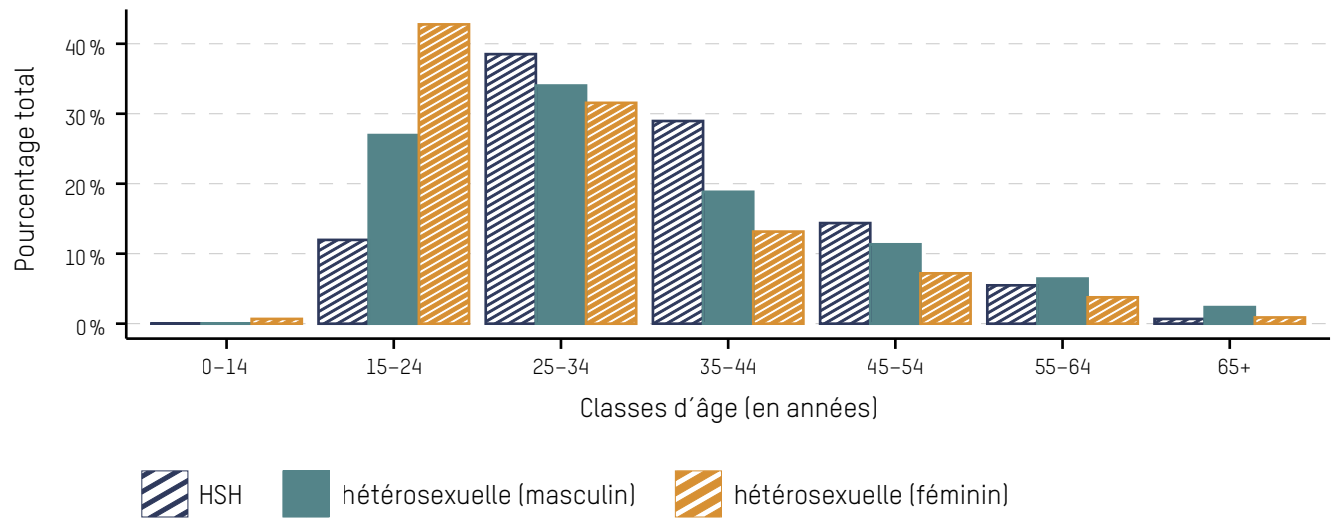
VOIE D'INFECTION

Sur les 5112 personnes déclarées avec une gonorrhée en 2022, 1947 (38,1%) s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 943 hommes et 578 femmes lors de relations hétérosexuelles, et 5 lors de relations sexuelles entre femmes; la voie d'infection n'était pas connue pour les cas restants (tableau 2).

Les femmes représentaient 38% des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le pourcentage de femmes a augmenté depuis 2015, soit durant la période au cours de laquelle davantage de travailleuses du sexe en Suisse se sont fait tester, par exemple dans le cadre du *STAR-trial* [3].

Figure 2

Répartition par âge des personnes avec un diagnostic de gonorrhée, par voie d'infection¹ et par sexe (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



OFSP, état des données: 11.08.2023

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

Dans le groupe des hommes pour lesquels **la voie d'infection est connue**, 67,3 % des infections sont survenues lors de rapports sexuels entre hommes. Les HSH, qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % de la population masculine sexuellement active [4], sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée. Les HSH sont plus nombreux à vivre dans la grande région de Zurich que dans les autres régions de Suisse [4], ce qui explique que le pourcentage des HSH atteints de gonorrhée y soit particulièrement élevé (tableau 2). Au cours des cinq dernières années, aucune tendance claire n'a été observée

pour les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle (figure 3). Chez les HSH, en revanche, on observe une augmentation continue. De plus, le nombre de cas dont la voie de transmission est inconnue a augmenté, surtout chez les hommes.

NATIONALITÉ

Parmi les cas de gonorrhée de 2022 dont **la nationalité était connue**, 72,4 % concernaient des Suisses, ce qui est légèrement inférieur aux années précédentes, mais qui reste proche de la valeur attendue (pourcentage de personnes ayant la nationalité suisse dans

la population résidente de la Suisse [5]). La part des personnes de nationalité suisse variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3): chez les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle, le pourcentage de personnes de nationalité suisse était respectivement de 76,6 et de 71,4 %, et de 70,3 % chez les HSH. Le pourcentage comparativement élevé de femmes originaires d'Amérique latine et d'Europe de l'Est et du Sud-Est indique indirectement que les travailleuses du sexe sont davantage touchées. La gonorrhée est bien plus fréquente chez les femmes actives dans le commerce du sexe que

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection pour les cas de gonorrhée, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2022

Voie d'infection Nationalité	Hétérosexuelle						HSH ¹					
	Suisse		Étrangère		Inconnue		Suisse		Étrangère		Inconnue	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection												
Suisse	606	73,8%	174	61,7%	293	70,1%	684	69%	264	63%	239	44,5%
Étranger	69	8,4%	36	12,8%	31	7,4%	70	7,1%	41	9,8%	23	4,3%
Inconnu	146	17,8%	72	25,5%	94	22,5%	237	23,9%	114	27,2%	275	51,2%
Total	821	100 %	282	100 %	418	100 %	991	100 %	419	100 %	537	100 %

¹HSH: rapports sexuels entre hommes.

Tableau 5

Type de relation sexuelle des personnes ayant un diagnostic de gonorrhée avec leur partenaire infectieux présumé, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2022

Voie d'infection Sexe	Hétérosexuelle				HSH ¹	
	Femme		Homme		N	%
	N	%	N	%	N	%
Type de relation sexuelle						
Partenaire connu	429	74,2 %	428	45,4 %	679	34,9 %
Partenaire anonyme	41	7,1 %	232	24,6 %	425	21,8 %
Relations sexuelles tarifées	21	3,6 %	77	8,2 %	27	1,4 %
Inconnue	87	15,1 %	206	21,8 %	816	41,9 %
Total	578	100 %	943	100 %	1947	100 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

chez les autres, et les femmes qui travaillent dans ce secteur en Suisse proviennent presque exclusivement de ces deux régions [3].

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections de gonorrhée a été contractée en Suisse (tableau 4). Chez les personnes de nationalité suisse **avec indication du lieu d'infection**, le

pourcentage était de 90,7 % pour les HSH et de 89,8 % pour le groupe infecté par voie hétérosexuelle. À noter que dans le formulaire de déclaration l'information sur le lieu d'infection manquait pour certains groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions de l'analyse. En raison de la forte proportion d'informations manquantes, les pourcentages du tableau 4

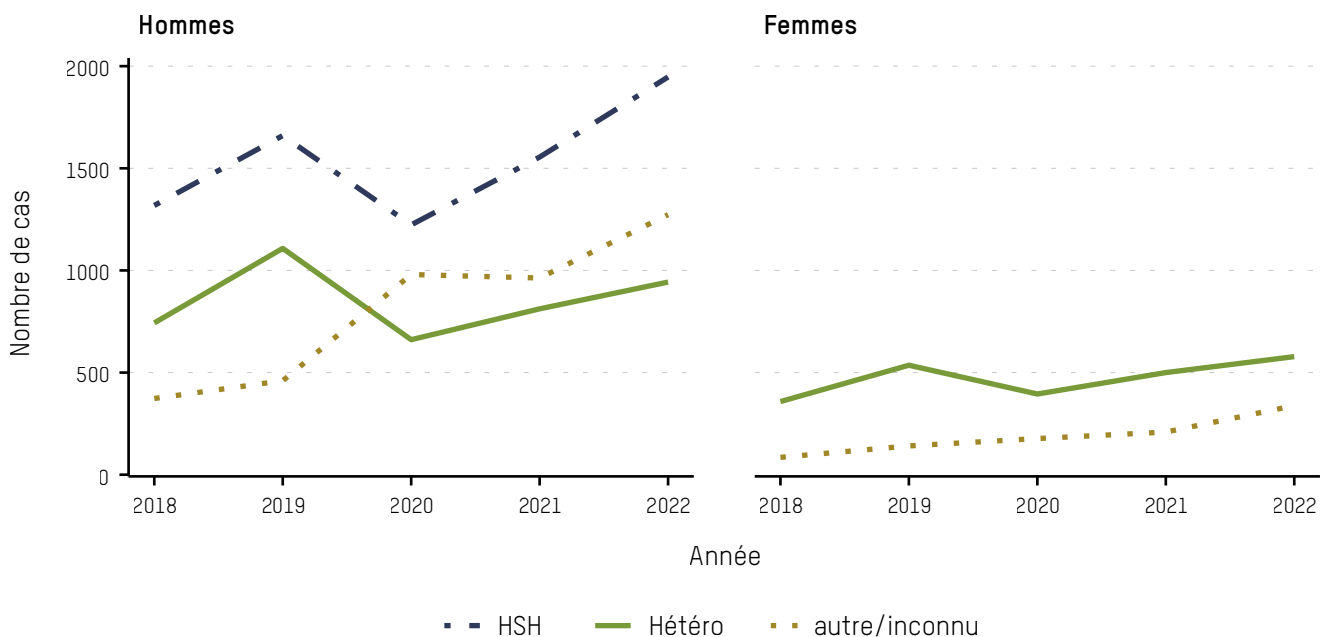
s'écartent sensiblement des pourcentages mentionnés dans ce paragraphe, car ils se réfèrent à la totalité des déclarations.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

La sexualité reste, semble-t-il, un sujet particulièrement tabou en consultation médicale. Parmi les hommes ayant contracté la gonorrhée, il manquait d'informations détaillées sur la source présumée de l'infection chez 41,9 % des HSH, contre 21,8 % des hommes hétérosexuels. La part d'informations manquantes était dans tous les groupes légèrement plus élevée en 2022 que l'année précédente. Parmi les personnes pour lesquelles **on disposait d'informations détaillées sur le type de relation sexuelle** avec le partenaire présumé contagieux, 87,4 % des femmes avaient été infectées par un partenaire connu, 8,4 % par un partenaire anonyme et 4,3 % lors de rapports sexuels tarifés. Les rapports sexuels anonymes (31,5 %) et tarifés (10,4 %) étaient plus fortement représentés chez les hommes hétérosexuels que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était un peu

Figure 3

Cas de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2018–2022



OFSP, état des données: 11.08.2023

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

plus souvent connu (60 %) que pour les autres hommes (58,1 %), mais les relations sexuelles tarifées (2,4 %) ne constituaient pas un facteur significatif d'infection par la gonorrhée chez les HSH. Les données existantes soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle. De plus, il existe vraisemblablement une sous-déclaration à ce sujet dans les indications figurant sur les formulaires. Parler non seulement d'homosexualité, mais aussi de sexe tarifé reste relativement tabou, y compris dans le corps médical, en raison de la stigmatisation sociale [6, 7].

SYNTHÈSE

Observée depuis plusieurs années, l'augmentation de l'incidence des cas de gonorrhée en Suisse s'est poursuivie en 2022, après une baisse temporaire en 2020 dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il existait toutefois des disparités entre les régions. La grande majorité des diagnostics ont été posés chez les hommes, dont plus de la moitié chez des HSH. L'augmentation des cas de gonorrhée en Suisse est essentiellement, voire exclusivement, attribuable à l'extension des diagnostics.

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFS

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Figure 4

Incidence des cas de gonorrhée pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFS¹, 2022



OFSP, état des données: 11.08.2023

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

Contact

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

Bibliographie

- Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). *Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals*. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). *Urbanization, Urbanicity, and Health*. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). *The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women*. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- Schmidt AJ, Altpeter E (2019). *The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland*. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- Office fédéral de la statistique (2021). *Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950–2020*
- O'Connell Davidson J (1998). *Prostitution, Power, and Freedom*. Ann Arbor: University of Michigan Press
- Gerheim U (2012). *Die Produktion des Freiers. Macht im Feld der Prostitution*. Bielefeld: transcript Verlag

La syphilis en Suisse, situation en 2022

En 2022, les médecins en Suisse ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1078 cas de syphilis. L'incidence de la syphilis, avec 9,3 cas pour 100 000 habitants, a été plus élevée que dans les années 2018–2021. Les personnes touchées sont principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais aussi des travailleuses du sexe.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, la syphilis fait l'objet d'une surveillance au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. Pour 2022, les médecins ont déclaré à l'OFSP 1078 nouveaux cas de syphilis (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 11 août 2023), ce qui correspond à une augmentation de 19,8 % par rapport à l'année précédente.

SEXE ET TENDANCE PAR GENRE

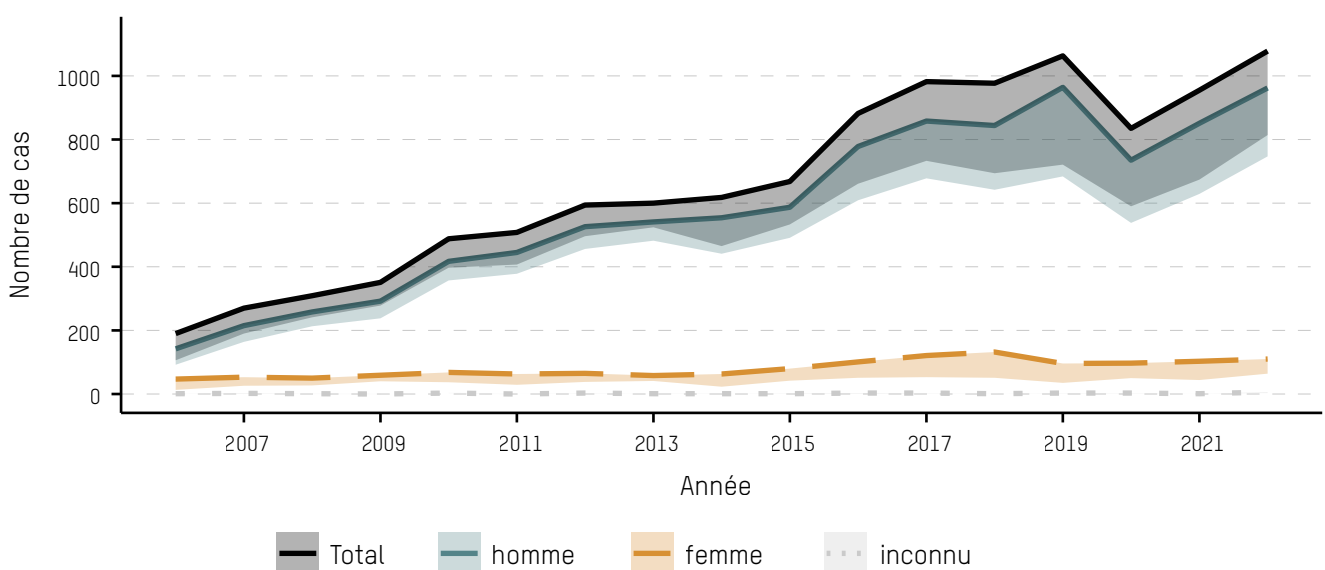
La majorité des nouveaux cas de syphilis concernait des hommes (89,2 %), pourcentage qui n'a cessé d'augmenter d'année en année. Trois cas concernaient des femmes trans (identité de genre féminine, sexe indiqué à la naissance masculin).

Le nombre de diagnostics de syphilis chez les hommes, et donc dans l'ensemble, s'est fortement accru en Suisse depuis l'introduction de la déclaration

obligatoire en 2006 (figure 1). En 2020, une nette diminution des cas a été enregistrée chez les hommes (et donc aussi pour le total des cas), que l'OFSP a attribuée à la pandémie de COVID-19.

En 2022, si le nombre de cas chez les hommes et en général était plus élevé que les deux années précédentes, la courbe semble s'être aplatie ces six dernières années, à la fois pour le nombre total de cas et pour les diagnostics de syphilis remontant à moins d'un an (dé-

Figure 1
Cas de syphilis, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 2006–2022



OFSP, état des données : 11.08.2023

Courbes : diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections (d'après l'évaluation des médecins déclarants).

Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante : cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).

Tableau 1
Incidence des cas de syphilis pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFS¹ et par année de diagnostic, 2018–2022

Année du diagnostic	2018	2019	2020	2021	2022
Toute la Suisse	8,1	8,3	6,8	7,7	9,3
Région lémanique	8,6	9,7	10,5	11,7	12,8
Espace Mittelland	6,6	5,7	3,5	3,2	5,4
Suisse du Nord-Ouest	6,1	5,2	5,2	5,4	6,6
Zurich	15,2	17,0	12,7	14,8	16,9
Suisse orientale	4,1	4,6	2,9	5,7	5,1
Suisse centrale	6,0	4,9	4,2	4,0	7,7
Tessin	8,5	10,2	5,7	4,8	7,4

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

Conformément à la définition des cas de l'UE (ECDC), seuls ont été comptés les stades de syphilis qui, d'après les estimations des médecins déclarants, remontaient à moins d'un an au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce).

finition de cas de l'ECDC ; bord inférieur de la zone ombrée grise).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes confondus, l'incidence des diagnostics de syphilis s'élevait en 2022 à 9,3 pour 100 000 habitants. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 4). Les incidences les plus élevées concer-

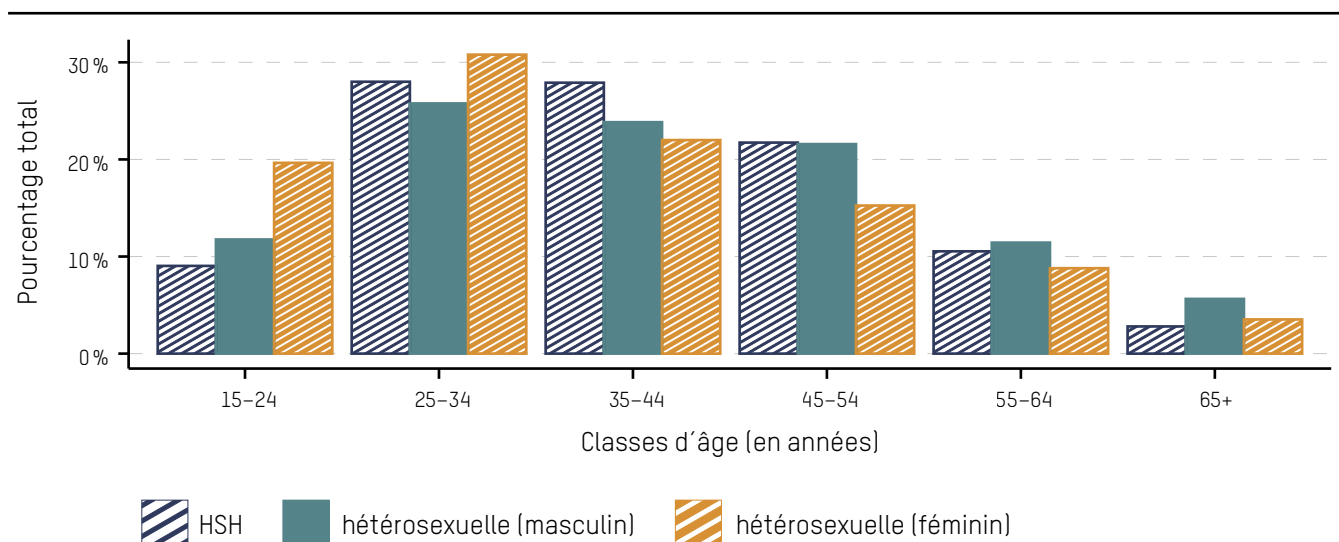
naient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Le contexte urbain est associé non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi aux relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [1, 2]. Comme les deux années précédentes, mais contrairement

aux calculs d'incidence antérieurs, seuls sont comptés pour la période considérée (2018–2022), de façon à faciliter la comparaison avec l'incidence de la syphilis dans d'autres pays européens, les stades de la syphilis remontant à moins d'un an d'après les estimations des médecins déclarants. À titre de comparaison : en 2018, l'incidence s'élevait à 7,0 pour 100 000 habitants dans l'Espace économique européen (EEE), à 2,4 en France, à 2,5 en Italie, à 8,9 en Allemagne et à 12,6 au Royaume-Uni, qui faisait alors encore partie de l'EEE. [3]

RÉPARTITION PAR ÂGE

Chez les HSH, l'âge médian, établi sur les cinq dernières années, était de 39 ans, autrement dit, la moitié d'entre eux était âgés de moins de 39 ans et l'autre moitié de plus de 39 ans. Parmi eux, la proportion la plus élevée des cas était dans le groupe des 35 à 44 ans (figure 2). L'âge médian des femmes, au moment du diagnostic, était de 34 ans ; la proportion la plus élevée des cas était dans le groupe des 25 à 34 ans. Au moment du diagnostic, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes : leur âge médian était de 39 ans, et le groupe d'âge le

Figure 2
Répartition par âge des personnes avec un diagnostic de syphilis, par voie d'infection¹ et par sexe (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



¹HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2
Cas de syphilis par voie d'infection¹ et par grande région de l'OFS², 2022

Voie d'infection	hétérosexuelle		HSH		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Toute la Suisse	205	19%	653	60,6%	220	20,4%
Région lémanique	78	25,5%	174	56,9%	54	17,6%
Espace Mittelland	35	25,2%	66	47,5%	38	27,3%
Suisse du Nord-Ouest	18	17,1%	62	59%	25	23,8%
Zurich	39	12%	234	71,8%	53	16,3%
Suisse orientale	15	16,5%	53	58,2%	23	25,3%
Suisse centrale	10	13,7%	48	65,8%	15	20,5%
Tessin	10	27,8%	15	41,7%	11	30,6%

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

²Définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe.

Tableau 3
Cas de syphilis par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2022

Voie d'infection Sexe	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Suisse	21	31,8%	71	51,1%	333	51%
EEE*, UK, US, Canada	4	6,1%	7	5%	85	13%
Europe de l'Est / du Sud	10	15,2%	4	2,9%	11	1,7%
Amérique latine**	14	21,2%	13	9,4%	80	12,3%
autre	6	9,1%	11	7,9%	24	3,7%
inconnue	11	16,7%	33	23,7%	120	18,4%
Total	66	100%	139	100%	653	100%

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

* EEE: Espace économique européen, sans la Hongrie, la Bulgarie, la Roumanie (Europe du Sud-Est), sans l'Espagne et le Portugal (regroupés avec l'Amérique latine)

** inclut en plus les nationalités espagnole et portugaise

Tableau 4
Lieu présumé de l'infection pour les cas de syphilis, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2022

Voie d'infection Nationalité	hétérosexuelle						HSH					
	Suisse		Étranger		Inconnue		Suisse		Étranger		Inconnue	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection												
Suisse	52	56,5%	27	39,1%	24	54,5%	197	59,2%	94	47%	56	46,7%
Étranger	19	20,7%	20	29%	7	15,9%	35	10,5%	25	12,5%	11	9,2%
Inconnu	21	22,8%	22	31,9%	13	29,5%	101	30,3%	81	40,5%	53	44,2%
Total	92	100%	69	100%	44	100%	333	100%	200	100%	120	100%

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

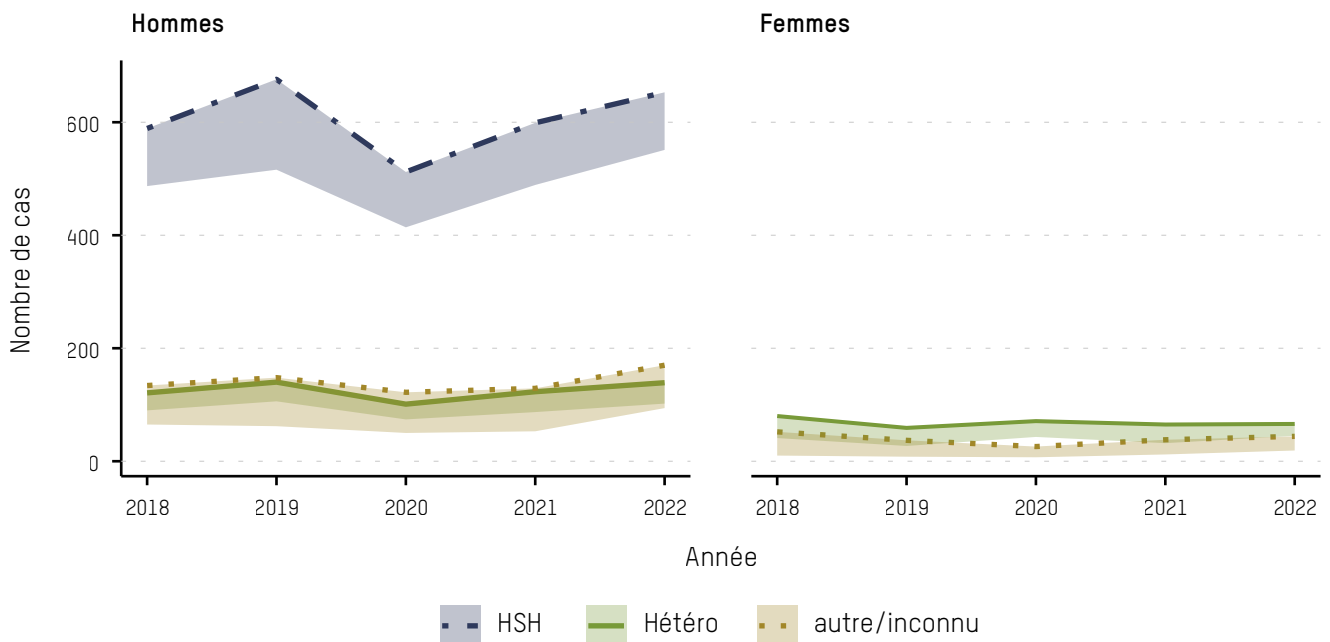
plus touché était également celui des 25 à 34 ans.

VOIE D'INFECTION

Sur les 1078 personnes ayant eu un diagnostic de syphilis en 2022, 653 (60,6%) s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 139 hommes et 66 femmes lors de relations hétérosexuelles, et 3 lors de rapports sexuels entre femmes; la voie d'infection n'était pas connue pour les cas restants (tableau 2). Les femmes représentaient 32,2% des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Depuis 2015, ce pourcentage est le double de celui des années précédentes, ce qui correspond à la période où l'on a intensifié le dépistage chez les travailleuses du sexe en Suisse [4]. Chez les hommes pour lesquels **la voie d'infection est connue**, 82% des infections étaient dues à des rapports sexuels entre hommes. Selon les estimations, les HSH ne représentent pas plus de 3% des hommes sexuellement actifs dans l'ensemble de la Suisse [5]. Ils sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [5], raison pour laquelle le pourcentage des HSH avec un diagnostic de syphilis y est particulièrement élevé (tableau 2).

Au cours des cinq dernières années, aucune tendance claire ne se dessine pour les femmes et les hommes infectés par voie hétérosexuelle (figure 3). Pour les HSH, on constate en revanche une augmentation continue, qui tend à faiblir quelque peu depuis 2016; tandis qu'on

Figure 3

Cas de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2018–2022

OFSP, état des données : 11.08.2023

¹Définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.**Courbes :** diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections (d'après l'évaluation des médecins déclarants).**Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante :** cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).

observe une chute nette dans le contexte de la pandémie de COVID-19 en 2020. Ce recul récent touche aussi les stades de la syphilis remontant à moins d'un an (bord inférieur de la zone ombrée bleue). C'est la progression des chiffres observée chez les HSH qui contribue à la hausse générale (figure 1).

Aucun cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) n'a été rapporté en 2022, de sorte qu'il y a eu en Suisse ces dix dernières années au total 5 cas de syphilis néonatale connus. Un cas d'« avortement dû à une infection par la syphilis » a toutefois été déclaré.

NATIONALITÉ

Parmi les personnes atteintes de syphilis dont **la nationalité est connue**, 62 % étaient Suisses. Le pourcentage de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3) : il était de 38,2 % pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle, de 67 % pour les hommes hétérosexuels et de 62,5 % pour les HSH. Le pourcentage relativement élevé de femmes originaires d'Amérique latine et de l'Europe de l'Est et du Sud indique indirectement que les travailleuses du sexe sont particulièrement touchées.

LIEU DE L'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Parmi les personnes de nationalité suisse pour lesquelles le **lieu d'infection était connu**, le pourcentage de personnes infectées en Suisse s'élevait à 84,9 % pour les HSH et à 73,2 % pour le groupe infecté par voie hétérosexuelle. À noter que l'information sur le lieu d'infection était

manquante dans jusqu'à 40 % des cas selon les groupes, ce qui limite la fiabilité des conclusions de l'analyse. Le pourcentage élevé de personnes hétérosexuelles qui se sont infectées à l'étranger pourrait refléter indirectement le phénomène du tourisme sexuel.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

La sexualité reste, semble-t-il, un sujet particulièrement tabou en consultation médicale. Il manquait l'information sur la voie d'infection probable chez 36,9 % des HSH ayant contracté la syphilis, alors que ce pourcentage n'était que de 22,3 % chez les hommes hétérosexuels. En 2021, l'information sur la source d'infection probable était absente pour environ un tiers des femmes ayant contracté la syphilis, mais ce pourcentage est tombé à 21,2 % en 2022 (tableau 5). Parmi les personnes pour lesquelles **on dispose d'informations sur le type de relation sexuelle** avec le partenaire présumé contagieux, 73,1 % des femmes ont été infectées par un

partenaire connu, 15,4 % par un partenaire anonyme et 11,5 % lors de relations sexuelles tarifées. Les contacts anonymes (33,3 %) ont joué un rôle plus important chez les hommes ayant une relation hétérosexuelle que chez les femmes, tandis que les relations sexuelles tarifées (8,3 %) ont été citées aussi souvent que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était aussi souvent connu (54,4 %) que chez les autres hommes (58,3 %), et les relations sexuelles tarifées (3,9 %) n'étaient pas un facteur significatif d'infection par la syphilis chez les HSH. Les données tirées de l'étude de cohorte VIH suisse montrent que la syphilis est principalement transmise dans les réseaux sexuels de HSH séropositifs. Les données exis-

tantes soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle. De plus, il existe vraisemblablement une *sous-déclaration* dans les indications figurant sur les formulaires. Les travailleuses sexuelles exerçant en Suisse ne viennent pas seulement d'Amérique latine, mais aussi d'Europe de l'Est, région où la syphilis a pris des dimensions épidémiques après l'effondrement de l'Union soviétique [6, 7, 8].

INFECTIONS SYPHILITIQUES ANTÉRIEURES

Une infection antérieure ne protège pas d'une nouvelle infection. 32 % des HSH présentant une syphilis en 2022 avaient déjà contracté la maladie dans le passé,

contre seulement 9,4 % dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle.

STADES CLINIQUES

Dans 13 % des cas, les médecins déclarants n'ont pas pu déterminer le stade de la syphilis qu'ils ont diagnostiquée et traitée par antibiotiques (tableau 6). Pour les cas dont le stade était connu, 41,9 % ont été diagnostiqués au stade primaire. Cela étant, pour 35,4 % des diagnostics de syphilis primaire, il n'était apparemment pas possible de déterminer où se situait précisément le chancre induré, qui est le principal symptôme de la syphilis primaire : sur l'organe génital, dans la cavité buccale ou dans la région de l'anus ou du rectum. Ainsi, le pourcentage de personnes atteintes de syphilis primaire est potentiellement plus faible qu'indiqué par les observations cliniques. Si l'on considère la voie d'infection, 551 HSH (84,4 % des cas), 102 hommes infectés par voie hétérosexuelle (73,4 % des cas) et 45 femmes (68,2 % des cas) présentaient, au moment du diagnostic, une syphilis active, c'est-à-dire un stade primaire, secondaire ou un stade de latence précoce, stades qui ont également été pris en compte pour le calcul de l'incidence dans cette édition. Toutes ces personnes étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (19 au total). Chez les HSH, il est plus fréquent que les infections primaires s'accompagnent de peu de symptômes ou soient asymptomatiques (manifestations anales ou rectales). Le fait que la syphilis ait été diagnostiquée plus souvent à un stade précoce chez les HSH indique une plus grande fréquence des tests dans ce groupe. Le dépistage de la syphilis au moins une fois par an est un test de routine chez les HSH porteurs d'une infection par le VIH diagnostiquée, et les participants au projet SwissPrEPared sont testés pour la syphilis tous les trois mois.

Tableau 5

Type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé chez les personnes ayant un diagnostic de syphilis, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2022

Voie d'infection Sexe	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Type de relation sexuelle						
Partenaire connu	38	57,6 %	63	45,3 %	224	34,3 %
Partenaire anonyme	8	12,1 %	36	25,9 %	172	26,3 %
Relations sexuelles tarifées	6	9,1 %	9	6,5 %	16	2,5 %
Inconnu	14	21,2 %	31	22,3 %	241	36,9 %
Total	66	100 %	139	100 %	653	100 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 6

Stades cliniques des cas de syphilis, par voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection Sexe	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Stade clinique						
primaire	26	39,4 %	61	39,1 %	255	43,9 %
secondaire	17	25,8 %	36	28,9 %	189	25,9 %
latence précoce (< 1 an)	2	3 %	5	16,4 %	107	3,6 %
latence tardive (≥ 1 an)	11	16,7 %	15	8,6 %	56	10,8 %
tertiaire	0	0 %	2	0,9 %	6	1,4 %
inconnu	10	15,2 %	20	6,1 %	40	14,4 %
Total	66	100 %	139	100 %	653	100 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Figure 4
Incidence des cas de syphilis pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFSP¹, 2022



OFSP, état des données : 11.08.2023

¹Définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

SYNTHÈSE

En 2022, l'incidence des diagnostics de syphilis en Suisse a été supérieure à la moyenne des années 2018–2021. Il existait toutefois des disparités entre les régions : le nombre de diagnostics de syphilis a continué d'augmenter dans la région lémanique pendant les années 2020 et 2021 de pandémie du COVID-19. Depuis l'introduction de la déclaration obligatoire, la hausse du nombre de cas concerne principalement les réseaux sexuels de HSH. Depuis fin 2015, les groupes particulièrement tou-

chés (HSH, mais aussi travailleuses du sexe) font l'objet d'un dépistage de la syphilis plus fréquent (voir chapitre sur la surveillance des tests) et, depuis avril 2019, les personnes qui prennent des médicaments à titre prophylactique contre le VIH dans le cadre du projet SwissPrEPared sont testées pour la syphilis tous les trois mois. Ces deux interventions de dépistage sont corrélées avec la hausse observée du nombre absolu de diagnostics de syphilis chez les HSH. La répartition des personnes par âge et par voie d'infection était égale-

ment comparable à celle des années précédentes : la majorité avait entre 25 et 54 ans, et les rapports sexuels entre hommes constituait la principale voie de contamination. 86,8 % des cas **dont le stade était connu** se trouvaient à un stade infectieux, ce qui laisse penser que les partenaires sexuels avaient très vraisemblablement aussi contracté la syphilis. Il est nécessaire d'informer ces personnes et de les traiter simultanément, afin d'éviter les réinfections après traitement. Il est recommandé de faire un test de dépistage de la syphilis tous les six mois chez les travailleuses du sexe et six semaines après le rapport sexuel tarifé chez les hommes qui les fréquentent [9]. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez une grande partie des hommes homosexuels, bisexuels et des autres HSH, afin de casser la chaîne de transmission [10].

Contact

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

Remarques à l'intention du corps médical

La stratégie suisse de déclaration ne prévoit pas de déclarations d'analyses de laboratoire pour les contrôles de suivi. Lorsque les contrôles de suivi d'un cas de syphilis traité sont réalisés exclusivement au moyen de tests VDRL ou RPR, les services des médecins cantonaux n'envoient pas automatiquement un formulaire de déclaration pour les résultats des analyses cliniques. Un envoi automatique n'a lieu que si la recherche d'anticorps spécifiques de *T. pallidum* est répétée. Pour réduire au strict minimum la charge administrative liée à la déclara-

tion, l'OFSP recommande d'effectuer les contrôles de suivi exclusivement au moyen de tests VDRL ou RPR, et d'en convenir ainsi avec les laboratoires mandatés. Afin de garantir une bonne surveillance de la syphilis, l'OFSP recommande également de compléter les formulaires de déclaration des résultats d'analyses cliniques de manière aussi exhaustive que possible, dans la mesure où l'évaluation des cas de syphilis, comme ce rapport l'a clairement montré, repose exclusivement sur les indications des médecins déclarants.

Bibliographie

- 1 Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- 2 Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- 3 European Centre for Disease Prevention and Control (2020). Syphilis. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC
- 4 Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- 5 Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- 6 Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E (1998). Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. *Lancet*; 351(9102):572
- 7 Renton AM, Borisenko KK, Meheus A, Gromyko A (1998). Epidemics of syphilis in the newly independent states of the former Soviet Union. *Sex Transm Infect*; 74:165–166
- 8 Herbert L J.; Middleton (2012). An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. *Journal of Global Health*; 2(1):10402
- 9 OFSP (2015). Diagnostic et traitement de la syphilis : recommandations actualisées : « Attention : le VDRL/RPR peut être encore négatif 4 à 6 semaines après l'infection. » *Bulletin*; 21:242–247
- 10 Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

L'hépatite B en Suisse en 2022

En 2022, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1110 cas d'hépatite B, résultant généralement d'une ancienne transmission. Si le nombre de cas déclarés est resté globalement stable ces 30 dernières années, il a diminué depuis 2017 jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie de COVID-19, avant d'augmenter ces deux dernières années pour retourner au niveau de 2019. La forte augmentation du nombre de cas originaires d'Ukraine et d'Afghanistan explique largement l'augmentation générale. Le taux de déclaration global, avec 12,6 pour 100 000 personnes en 2022, était ainsi supérieur à celui des deux années précédentes. L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution quasi continue ces vingt dernières années et atteignait en 2022 un minimum historique de 0,2 pour 100 000 personnes. Bien que le vaccin contre l'hépatite B soit, depuis 2019, administré de préférence aux nourrissons, il est toujours explicitement recommandé à tous les jeunes de 11 à 15 ans non vaccinés ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables. Il est également nécessaire d'intervenir auprès des acteurs cliniques afin que chaque dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible soit accompagné d'un examen du statut vaccinal pour l'hépatite B.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, l'évolution des cas d'hépatite B fait l'objet d'une surveillance continue depuis 1988, dans le cadre de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses. Les laboratoires suisses doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous les résultats positifs (anticorps contre l'antigène de la nucléocapside (core) [IgM anti-HBc] du virus de l'hépatite B [VHB], mise en évidence directe de l'antigène de surface [Ag HBs] ou de l'ADN du VHB) [1, 2]. Si une déclaration clinique n'est pas déjà disponible, le médecin cantonal demande au médecin traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques, fournissant notamment les signes cliniques et le stade d'évolution clinique (aigu ou chronique), le pays et la voie de transmission présumés, la nationalité et le pays d'origine.

Est considéré comme cas d'hépatite B *aiguë* tout patient pour lequel a été déclaré un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B, des transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer une infection chronique. Un cas est également considéré comme aigu lorsqu'une séroconversion récente (moins d'un an) est documentée. Tous les autres cas avec un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B et des transaminases élevées et/ou un ictère ainsi que les cas avec une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite B *chronique* (avec des lésions hépatiques documentées). S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses séquelles, le stade d'évolution est considéré comme *asymptomatique* (autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique). S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, ce stade est noté comme inconnu (voir tableau 4).

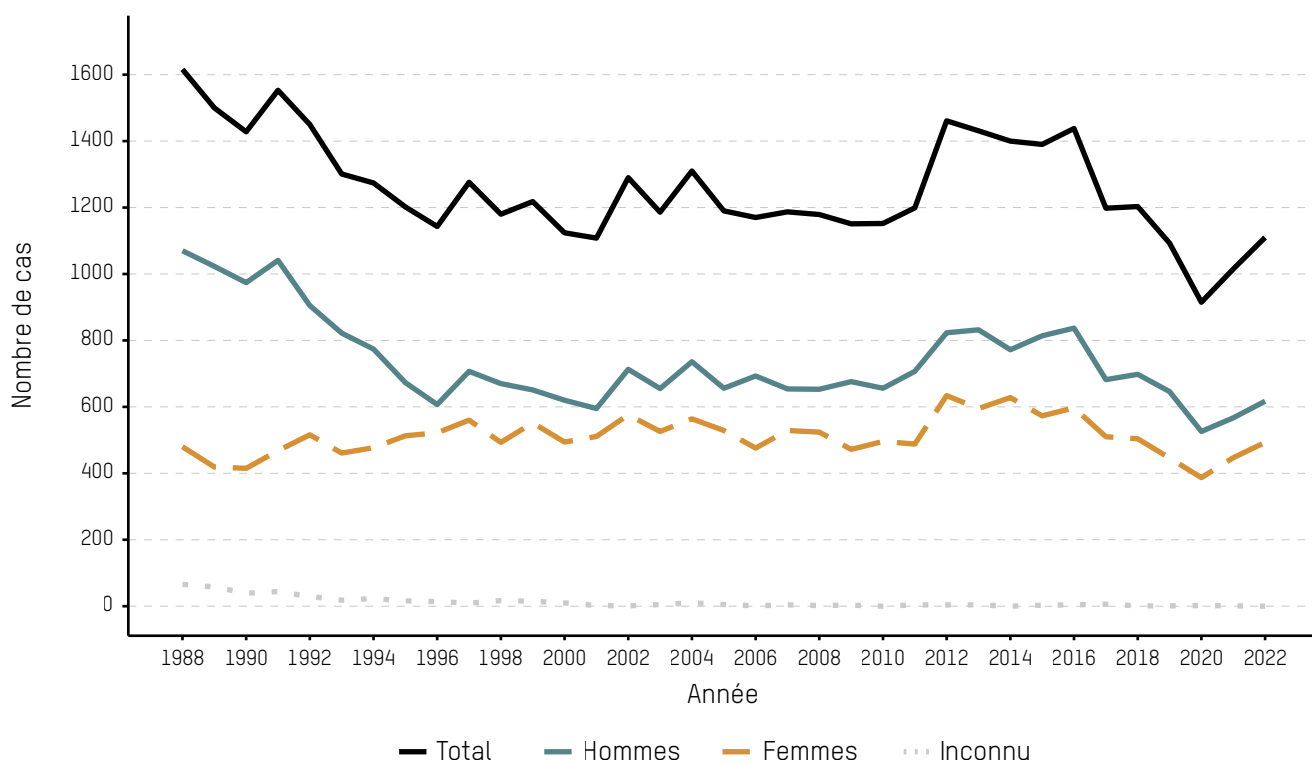
L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Ce dernier est probablement souvent très antérieur à l'année du cas. Les 26 patients qui vivaient à l'étranger ont été exclus des analyses (sauf ceux du Liechtenstein).

Le nombre de cas d'hépatite B déclarés chaque année en Suisse a d'abord été marqué par un pic de 1615 cas en 1988, première année sous surveillance, puis a diminué dans la première moitié des années 1990 (surtout chez les hommes). Il est ensuite resté stable pendant 20 ans au niveau d'environ 1200 cas par an. La tendance était à la baisse pour les hommes comme pour les femmes depuis 2017, avant de s'inverser en 2021 pour les deux sexes (figure 1).

En 2022, 1110 cas d'hépatite B ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 31 % par rapport au pic de 1988 et

Figure 1

Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite B par sexe depuis le début du relevé, 1988–2022



OFSP, état : 11.08.2023

de 1 % par rapport à l'année 2000. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont dispose l'OFSP sur ces cas nouvellement déclarés en 2022. Au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques était disponible pour 68 % d'entre eux, soit le plus bas niveau jamais enregistré (les déclarations cliniques tardives ont été prises

en considération jusqu'au 11 août 2023). En 2020 et 2021, probablement en raison de la pandémie de COVID-19, cette disponibilité était déjà nettement inférieure à la moyenne de 2016–2019, à savoir 93 %. Il est de plus à noter que de tout temps certaines rubriques sont particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

Le taux de déclaration global en 2022, 12,6 cas pour 100 000 personnes, était identique à celui de 2019; le creux des années 2020 et 2021 était probablement en partie dû à la pandémie de COVID-19. Une diminution des déclarations pour la plupart des maladies a en effet été observée en Suisse durant cette période [3] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite B [4]. L'incidence de l'hépatite B *aiguë* – ajustée pour tenir compte des cas sans déclaration clinique – était de 0,2 pour 100 000 personnes (figure 4).

Tableau 1

Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFSP¹ et année de déclaration, 2018–2022

Année de déclaration	2018	2019	2020	2021	2022
Suisse	14,0	12,6	10,5	11,6	12,6
Région lémanique	19,1	14,4	15,2	16,9	15,8
Espace Mittelland	11,8	13,9	9,3	9,5	9,5
Suisse du Nord-Ouest	14,7	13,3	9,1	11,2	12,9
Zurich	14,3	12,9	11,0	11,6	13,9
Suisse orientale	10,7	8,4	7,9	9,4	9,3
Suisse centrale	9,1	9,3	7,3	8,3	10,1
Tessin	21,2	17,1	13,7	13,1	26,1

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

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Le taux de déclaration global de l'hépatite B en 2022 masque d'importantes disparités régionales (tableau 1, figure 5). Comme les années précédentes, les taux les plus élevés se situaient au Tessin et dans la région lémanique. Par rapport à l'année pré-COVID-19 2019, une forte tendance à la hausse a été enregistrée au Tessin et une forte baisse dans l'Espace Mittelland.

Les valeurs observées en Suisse sont sensiblement supérieures à celles relevées en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (données pas encore disponibles pour 2022). Ainsi en 2021, le taux de déclaration global était respectivement de 11,6 contre 4,7 cas pour 100 000 personnes, alors que l'incidence des cas aigus était identique, à 0,3 cas pour 100 000 personnes [4]. Il est cependant à noter que les systèmes de surveillance, l'intensité des tests diagnostiques et du screening, les définitions de cas et la proportion de la population originaire de pays à moyenne/haute endémicité [voir carte sous 5] peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Les données pour l'Allemagne en 2021 étaient par exemple similaires à celles de la Suisse la même année, avec un taux de déclaration global de 9,9 cas pour 100 000 personnes et une incidence des cas aigus de 0,6 cas pour 100 000 personnes [4]. Le taux de déclaration a fortement augmenté en Allemagne en 2022 (+87 %), partiellement en raison de l'afflux de réfugiés venant d'Ukraine [6].

RÉPARTITION PAR SEXE ET ÂGE

En 2022 comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite B était plus élevé chez les hommes (56 % du total des cas; figure 1). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans. Pour l'hépatite B, la répartition par âge des cas est légèrement décalée vers la droite (âges plus élevés) par rapport aux autres infections transmises principalement par voie sexuelle. Contrairement à celles-ci, beaucoup de cas d'hépatite B sont en effet déclarés à un stade chronique, souvent longtemps après le moment de l'infection. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans chez les femmes et de 35 à 44 ans chez les hommes (figure 2). Les déclarations de cas d'hépatite B étaient extrêmement rares chez les enfants.

L'âge médian au moment de la première déclaration des cas des cinq dernières années était de 39 ans pour les femmes et de 43 ans pour les hommes. Il pouvait varier selon les principales voies d'infection: 36 ans pour les infections périnatales, 40 ans pour les contacts hétérosexuels, 40 ans pour la consumma-

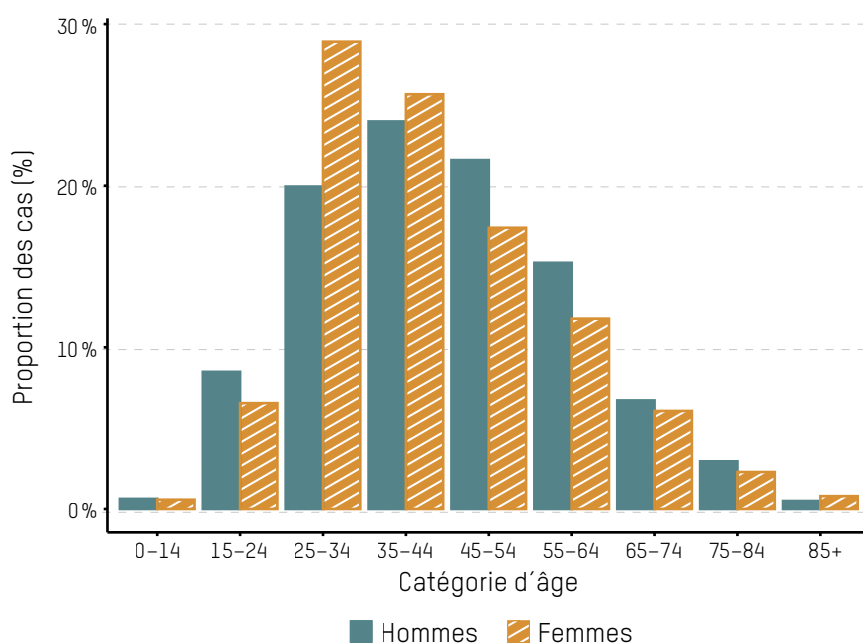
tion de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, 41 ans lorsque qu'aucune voie d'infection n'était identifiable et 49 ans lorsque l'infection avait été contractée dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle de santé.

VOIE D'INFECTION

Le virus de l'hépatite B est transmissible par tous les liquides et sécrétions de l'organisme, mais le plus souvent il est transmis lors de rapports sexuels et par contact avec du sang. De manière générale, l'hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse, dix fois plus que le VIH. Cependant, étant donné que le moment de l'infection est rarement connu, il est souvent difficile d'identifier la voie de transmission, qui est restée inconnue pour 86 % du total des cas en 2022 (y compris ceux sans déclaration clinique). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Même si une déclaration clinique était disponible, la proportion des cas sans mention d'une voie d'infection (inconnus et sans réponse) restait élevée et variait de plus selon le stade de la maladie, avec un maximum 80 % pour les cas (avec déclaration clinique) chroniques « asymptomatiques » (sans lésion hépatique), contre 75 % pour les cas chroniques avec lésion et 64 % pour les rares cas aigus (tableau 4). Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite B, globalement et par grande région.

Parmi les 161 cas déclarés en 2022 avec des informations sur la voie d'infection présumée, la voie sexuelle était l'une des plus souvent déclarées (27 cas, soit 17 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection), très majoritairement suite à un rapport hétérosexuel, ainsi que les infections acquises dans le cadre médical (18 cas, soit 11 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection). Ces derniers cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomiale (infection « hospitalière »), comprennent aussi bien la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques et la transfusion de produits sanguins que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie

Figure 2
Répartition par sexe et âge des cas déclarés d'hépatite B, 2018–2022
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 11.08.2023

Tableau 2

Cas d'hépatite B déclarés, par voie d'infection¹ et par grande région de l'OFS², 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue ³		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ⁴	9	0,8%	18	1,6%	27	2,4%	107	9,6%	949	85,5%	1110	100%
Région lémanique			4	1,5%	10	3,8%	23	8,6%	229	86,1%	266	24,0%
Espace Mittelland	2	1,1%	2	1,1%	2	1,1%	11	6,0%	165	90,7%	182	16,4%
Suisse du Nord-Ouest	1	0,6%	5	3,2%	8	5,2%	18	11,7%	122	79,2%	154	13,9%
Zurich	3	1,4%	2	0,9%	1	0,5%	11	5,0%	201	92,2%	218	19,7%
Suisse orientale	2	1,8%	4	3,6%	2	1,8%	13	11,6%	91	81,2%	112	10,1%
Suisse centrale	1	1,2%	1	1,2%	3	3,6%	14	16,7%	65	77,4%	84	7,6%
Tessin					1	1,1%	17	18,5%	74	80,4%	92	8,3%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); autre: contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

²Définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe.

³Y compris les cas sans déclaration clinique.

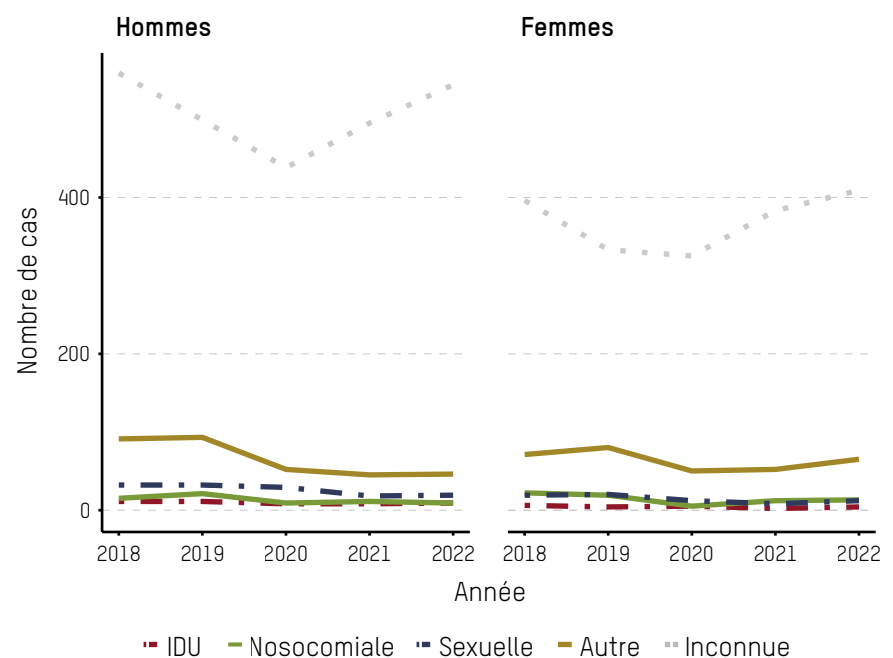
⁴Y compris Liechtenstein.

d'infection pour 10 des cas déclarés en 2022. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à la réception de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHB, qui n'est généralement pas connu. Notons encore les infections contractées lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, désignée ci-après par l'abréviation IDU (*injection drug use*), qui représentaient 9 cas (6% des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection).

Les femmes constituaient 44% des cas avec une transmission hétérosexuelle, 61% des cas avec transmission nosocomiale et 22% de ceux avec une transmission IDU. Mais les effectifs avec une voie d'infection documentées sont faibles.

L'usage systématique de préservatifs lors des rapports sexuels anaux et vaginaux protège efficacement contre le VIH, mais peu contre la plupart des autres infections sexuellement transmissibles, VHB compris. En revanche, il existe pour celui-ci, depuis le début des années 1980, un vaccin sûr et efficace, qui est utilisé dans le monde entier. Avant l'introduction de cette vaccination, l'hépatite B était très répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), avec une

Figure 3

Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite B chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹, 2018–2022

OFSP, état : 11.08.2023

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille.

NB: les cas sans déclaration clinique ont tous une exposition «inconnue» (pas d'extrapolation selon la structure des expositions connues).

séroprévalence de plus de 50 % [7]. Aujourd'hui, la majorité des HSH sont vaccinés contre l'hépatite B dans la plupart des pays européens; en Suisse, la couverture vaccinale est relativement élevée dans ce groupe [8]. Dans la campagne STAR-Trial, plus de 10 % des HSH participants présentaient des signes indiquant des antécédents d'hépatite B, alors que 32 % ne présentaient pas d'immunité [9].

D'autres types d'exposition, principalement des contacts non précisés avec des personnes infectées (34 cas), mais aussi des tatouages, des piercings et des visites chez un barbier dans des conditions d'hygiène douteuses (13 cas), ont joué un rôle secondaire. Par ailleurs, 53 cas d'hépatite B périnatale ont été déclarés. Il s'agissait, pour la majorité, de personnes issues de pays à moyenne/forte prévalence d'hépatite B, dont deux enfants (10 et 12 ans au moment de la déclaration). Tous ces cas sont désignés dans les tableaux 2 à 4 par *Autre*.

TENDANCES PAR SEXE ET VOIE D'INFECTION

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas était nettement à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais des rapports sexuels. Chez les hommes (hétérosexuels et HSH), il est passé de 30 cas en 2018 à 17 cas en 2022; chez les femmes de respectivement 17 à 10 cas (figure 3). Il est toutefois à noter qu'une partie de cette baisse en nombre absolu durant les trois dernières années résulte de l'augmentation de la proportion des cas sans exposition documentée.

Sur les cinq dernières années, on ne constatait aucune tendance nette pour les infections nosocomiales chez les deux sexes; le nombre annuel moyen de cas était de 11 pour les hommes et de 12 pour les femmes.

On ne constatait pas non plus de tendance nette chez les personnes avec une transmission IDU; le nombre de cas était en moyenne, par an, de 7 (hommes) et de 2 (femmes).

PAYS D'ORIGINE

Les régions de l'OMS Afrique et Pacifique occidental sont considérées comme celles ayant les prévalences du VHB les plus élevées. Mais certains pays de la région de l'OMS Europe sont particulièrement touchés par l'hépatite B [10], notamment l'Europe du Sud-Est et la Turquie, ainsi que les cinq pays de l'ex-Union soviétique situés en Asie centrale.

Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine du patient. Si cette indication manquait, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité dans les analyses. Le pays d'origine ainsi complété restait inconnu pour 47 % des cas déclarés en 2022.

12 % du total des cas concernaient des personnes d'origine suisse (tableau 3). 7 % des cas étaient originaires d'un pays de l'EEE, du Royaume-Uni, des États-Unis ou du Canada; 16 % venaient d'un pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes), d'Europe du Sud-Est ou de Turquie; 11 % étaient issues d'un pays africain ou du Proche/Moyen Orient et 6 % d'un pays de la région de l'OMS Asie du Sud-Est / Pacifique occi-

Tableau 3
Cas d'hépatite B déclarés, par pays d'origine et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pays d'origine												
Suisse	2	22,2%	2	11,1%	6	22,2%	18	16,8%	105	11,1%	133	12,0%
EEE*, Royaume-Uni, États-Unis, Canada	1	11,1%	4	22,2%	4	14,8%	10	9,3%	58	6,1%	77	6,9%
Europe de l'Est/Asie centrale**, Europe du Sud-Est, Turquie	5	55,6%	7	38,9%	5	18,5%	24	22,4%	132	13,9%	173	15,6%
Moyen-Orient, Afrique***			2	11,1%	4	14,8%	17	15,9%	104	11%	127	11,4%
Asie du Sud-Est/ Pacifique occidental					2	7,4%	21	19,6%	43	4,5%	66	5,9%
Autre									9	0,9%	9	0,8%
Inconnue	1	11,1%	3	16,7%	6	22,2%	17	15,9%	498	52,5%	525	47,3%
Total	9	100%	18	100%	27	100%	107	100%	949	100%	1110	100%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; autre: contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

* EEE: Espace économique européen.

** pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes).

*** correspond aux Régions de l'OMS AFR/EMR plus Israël.

Tableau 4

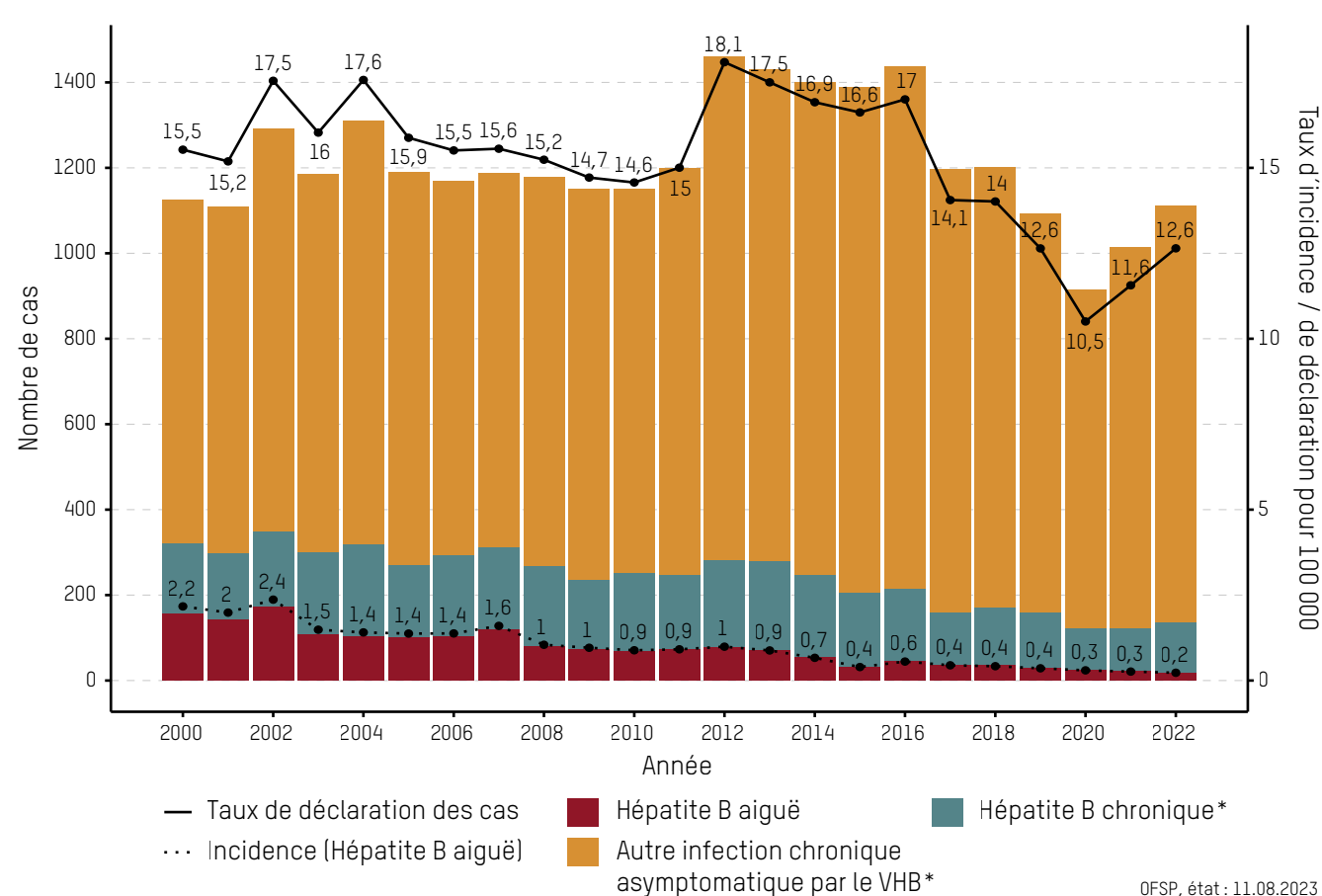
Cas d'hépatite B déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stade clinique												
Hépatite B aiguë			1	5,6%	4	14,8%			9	0,9%	14	1,3%
Hépatite B chronique symptomatiques*	3	33,3%	2	11,1%	5	18,5%	10	9,3%	59	6,2%	79	7,1%
dont cirrhose	1				1		1		14		17	
dont carcinome hépatocellulaire									2		2	
Autre infection chronique par le VHB*	6	66,7%	15	83,3%	18	66,7%	97	90,7%	530	55,8%	666	60,0%
Inconnu									351	37,0%	351	31,6%
Total	9	0,8%	18	1,6%	27	2,4%	107	9,6%	949	85,5%	1110	100%

¹IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); autre : contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

* Hépatite B chronique avec lésions hépatiques documentées; Autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

Figure 4

Évolution du nombre de cas d'hépatite B déclarés¹, par stade clinique, 2000–2022

OFSP, état : 11.08.2023

¹ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.

* Hépatite B chronique avec lésions hépatiques documentées; Autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

dental. À noter que, en 2022, 37 cas (3 %) étaient originaires d'Ukraine contre seulement 0 à 4 cas par année, avant l'arrivée de nombreux réfugiés ukrainiens dès mars 2022. De plus, après un creux marqué en 2020, sans doute imputable aux restrictions de voyages liées au COVID-19, le nombre de cas originaires d'Afghanistan a augmenté en 2021, puis a encore presque doublé en 2022 (de 21 à 40). Ensemble, l'augmentation des cas originaires de ces deux pays explique environ la moitié de l'augmentation globale du nombre de cas observée en 2022 (sans tenir compte du fait que l'origine et la nationalité sont inconnues dans près de la moitié des cas).

Le tableau 3 détaille l'origine des patients pour les principales voies de transmission présumées. La faiblesse des effectifs des cas documentés pour ces deux indicateurs limite la portée des conclusions.

STADE CLINIQUE

La majorité des personnes (60 %) chez qui une hépatite B a pour la première fois été déclarée en 2022 se trouvaient à un stade asymptomatique (infections chroniques sans lésions hépatiques documentées). 1 % des patients étaient déclarés au stade aigu et 7 % présentaient des signes d'hépatite B chronique. Le stade clinique était inconnu dans 32 % des cas (cas sans déclaration clinique).

Le stade asymptomatique était prédominant pour toutes les voies de transmission (tableau 4). En 2022, il n'a même pas été possible de déterminer la voie de transmission dans la majorité des cas (9 sur 14) d'hépatite B aiguë.

Le tableau 4 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 17 cas d'hépatite chronique avec cirrhose et 2 cas d'hépatite chronique avec CHC (dont un aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2022. Si l'on réunit les deux (cirrhose et CHC) et que l'on procède à un ajustement pour les déclarations cliniques manquantes, on obtient un taux de déclaration de 0,3 pour 100 000 personnes (26 cas de cirrhose et/ou de

Figure 5

Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de l'OFSP¹, 2022



OFSP, état : 11.08.2023

¹ Définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

CHC dus au VHB). Ce chiffre est probablement très inférieur à l'incidence de la cirrhose/CHC car seuls ceux présents lors de la première déclaration du cas d'hépatite B sont pris en compte (pas de suivi des cas).

L'ajustement du nombre de cas d'hépatite B pour les déclarations cliniques manquantes permet de suivre l'évolution à long terme de l'ensemble des cas selon leur stade clinique au moment de la première déclaration (figure 4). L'incidence en Suisse des infections aiguës par le VHB a diminué de 92 % depuis l'année 2000 et se situait à 0,2 cas pour 100 000 personnes en 2022. Dans le même temps, le taux de déclaration global de l'hépatite B n'a diminué que de 19 %, pour atteindre 12,6 cas pour 100 000 personnes. Cette quasi stabilité du taux de déclaration malgré la baisse de la transmission en Suisse résulte en grande partie de l'immigration de personnes déjà infectées, provenant de pays à moyenne et haute endémicité.

VACCINATION

La vaccination contre l'hépatite B ne fait partie des vaccinations de base dans la petite enfance que depuis 2019. Auparavant, de 1998 à 2018, elle était prioritairement recommandée aux jeunes de

11 à 15 ans [11]. La vaccination des nourrissons est davantage à même de prévenir l'hépatite B chronique, car le risque d'infection persistante est inversement proportionnel à l'âge lors de l'infection (c'est chez les nouveau-nés que le risque de chronicisation est le plus élevé, avec 90 %). En Suisse, on recommande systématiquement un examen de sang chez toutes les femmes enceintes afin de déterminer si elles sont porteuses du virus. Si c'est le cas, on vaccine les bébés rapidement après la naissance et on leur administre des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B, afin de les protéger jusqu'à ce que le vaccin agisse.

Malgré une augmentation continue depuis l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B en Suisse, la couverture vaccinale reste insuffisante. Dans les années 2020–2022, elle se montait à 76 % chez les enfants de 2 ans et à 79 % pour les jeunes de 16 ans [12]. Il est toutefois à noter que la priorité mise sur la vaccination des nourrissons est assez récente et qu'il y a encore un fort potentiel d'augmentation de la couverture, notamment grâce au recours de plus en plus généralisé à un vaccin hexavalent.

SYNTHÈSE

Les données, très incomplètes, sur l'origine des cas et le lieu d'exposition suggèrent que les infections par le VHB déclarées pour la première fois en Suisse en 2022 ont été majoritairement contractées dans des pays à moyenne ou forte prévalence de l'hépatite B chronique, souvent bien avant la déclaration. La voie de transmission était inconnue dans la grande majorité des cas. L'incidence des cas *aigus* a connu en Suisse une diminution continue ces dernières années. Pour ces cas, il n'était généralement pas non plus possible de déterminer la voie de transmission.

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fondait déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien dans la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que dans les groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). Les seuls agents pathogènes sexuellement transmissibles pour lesquels il existe des vaccins sont les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, ainsi que le papillomavirus humain. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B était dernièrement de 79 % chez les jeunes de 16 ans [12], mais il est nettement plus bas chez les adultes sexuellement actifs [9, 13]. On constate toujours un déficit de vaccination en même temps qu'une charge de morbidité accrue chez les travailleuses du sexe actives en Suisse [13], qui viennent pour la plupart de pays où la couverture vaccinale est insuffisante. L'OFSP estime qu'il convient d'intervenir surtout auprès des acteurs cliniques dans l'idée que, lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible, il conviendrait de déterminer le statut vaccinal pour l'hépatite, ou directement de commencer ou de compléter la vaccination. De même, ils devraient identifier, lors de l'anamnèse, les personnes appartenant à des groupes à risque, et au besoin leur proposer la vaccination.

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Domaine de direction Prévention
 et services de santé
 Division Maladies transmissibles
 Tél. 058 463 87 06

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Bibliographie

- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Office fédéral de la santé publique (2018). Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017. *OFSP-Bulletin*; 35:7–12
- Office fédéral de la santé publique (2021). Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *OFSP-Bulletin*; 30:8–13
- European Centre for Disease Prevention and Control (2022). Hepatitis B. In: ECDC. *Annual epidemiological report for 2021*. Stockholm: ECDC
- Centers for Disease Control and Prevention (2023). Hepatitis B. *CDC Yellow Book 2024*
- Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). Anstieg der übermittelten Hepatitis-Bund Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16
- Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nylund T, Moore TN, Gardner P, Doto IL, Reynolds G (1982). Hepatitis B in Homosexual Men: Prevalence of Infection and Factors Related to Transmission. *J Infect Dis*; 146(1): 7–15
- Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, An der Heiden M, Dudareva S (2020). Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiol Infect*; 148(e27):1–10
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ (2015). Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*; 386(10003):1546–55. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61412-X. Epub 2015 Jul 28. PMID: 26231459
- Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (2023). Plan de vaccination suisse 2023. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP
- Office fédéral de la santé publique (2023). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2022.
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

L'hépatite C en Suisse en 2022

En 2022, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1039 cas d'hépatite C, résultant généralement d'une ancienne transmission; une partie de ces infections avaient entre-temps guéri. Le nombre de cas déclarés était tendanciellement en baisse depuis 20 ans, jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie de COVID-19. Dès 2021, le taux de déclaration global a augmenté, retournant en 2022 au niveau de 2019, soit 11,8 cas pour 100 000 personnes. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les déclarations cliniques manquantes – continue par contre à diminuer, atteignant un minimum historique en 2022 avec 0,1 cas pour 100 000 personnes. Contrairement aux autres maladies infectieuses traitées dans le présent rapport, l'hépatite C se transmet principalement par le sang et exceptionnellement par voie sexuelle. Comme le programme consécutif au Programme national VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (PNVI) actuellement en vigueur prendra davantage en compte les hépatites transmises par cette voie, le présent rapport contient un chapitre sur cette maladie. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C, qui guérit spontanément dans environ un quart des cas. En revanche, l'hépatite C chronique peut être guérie dans environ 95 % des cas par des substances ayant une action antivirale directe.

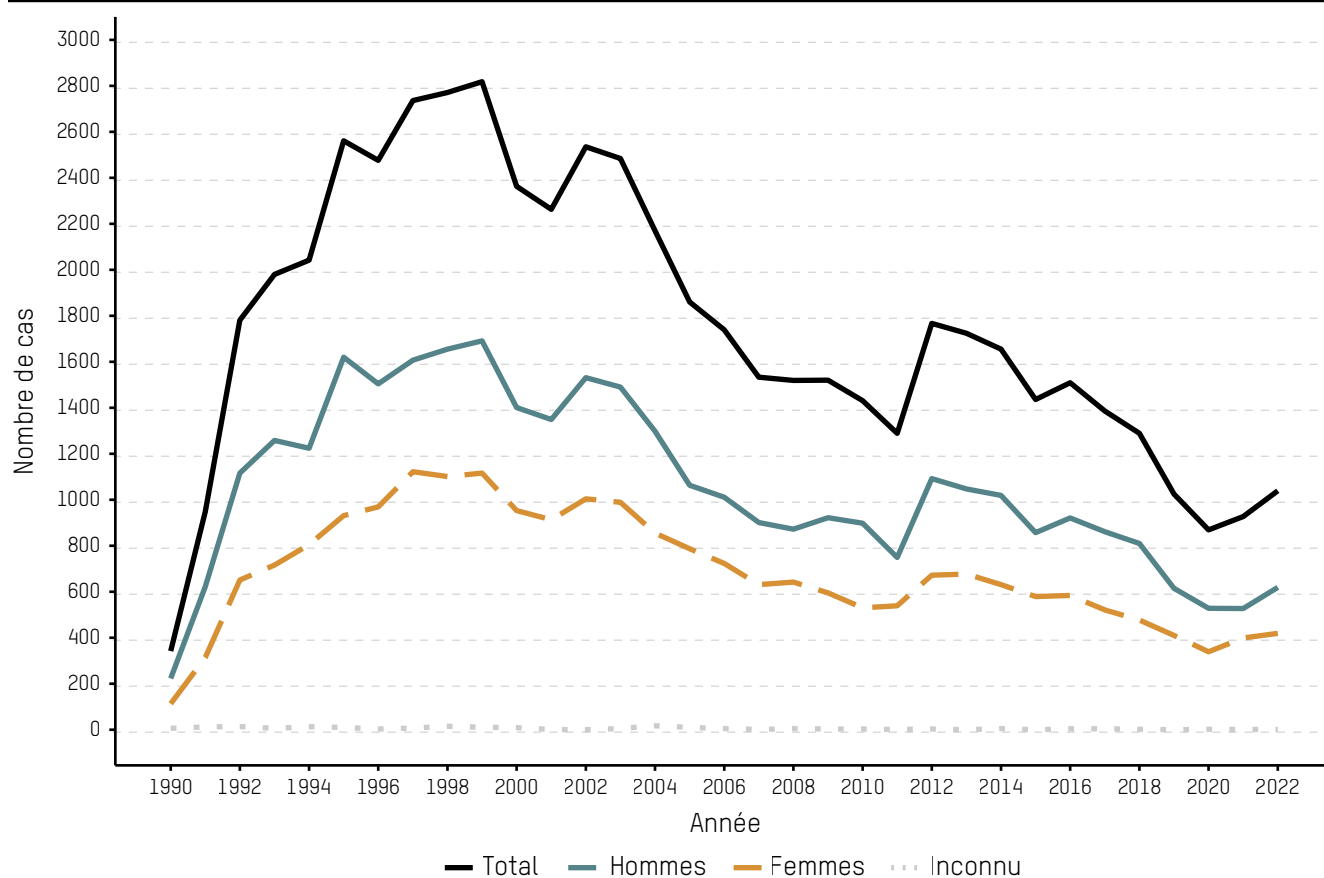
ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, l'évolution des cas d'hépatite C fait l'objet d'une surveillance continue depuis 1988 dans le cadre de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses. On estime que la première mise en évidence du virus de l'hépatite C (VHC) remonte à 1989 [1]. De ce fait, le nombre de cas constatés et déclarés pendant les premières années de la surveillance était faible, et les déclarations ne sont représentées par les analyses et les graphiques qui suivent que depuis 1990. Les laboratoires suisses doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous les résultats de tests positifs (anticorps contre le VHC confirmés par un second test, ARN du VHC ou antigène du VHC) [2]. Si une déclaration clinique n'est pas déjà disponible, le médecin cantonal demande au médecin

traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques, fournissant notamment les signes cliniques et le stade d'évolution clinique (aigu ou chronique), le pays et la voie de transmission présumés, la nationalité et le pays d'origine. Est considéré comme cas d'hépatite C *aiguë* tout patient pour lequel a été déclaré un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite C et un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer une infection chronique. Un cas est également considéré comme aigu lorsqu'une séroconversion récente (moins de 2 ans) est documentée. Tous les autres cas avec des transaminases élevées et/ou un ictère ainsi que les cas avec une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite *chronique* (avec des lésions hépatiques documentées). S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses

séquelles, le stade d'évolution est considéré comme *asymptomatique* (ces cas sont désignés comme « Autre infection chronique par le VHC, principalement rapportée comme asymptomatique » dans le tableau 4 et la figure 4). S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, ce stade est noté comme inconnu (voir tableau 4). L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Ce dernier est probablement souvent très antérieur à l'année du cas. Les 29 patients qui vivaient à l'étranger (sauf au Liechtenstein) ont été exclus des analyses. L'évolution du nombre de cas depuis le début de la surveillance de l'hépatite C montre d'abord une forte tendance à la hausse jusqu'en 1999, avec un pic de plus de 2800 cas, ce qui reflète entre

Figure 1
Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite C par sexe depuis le début du relevé, 1990–2022



OFSP, état : 11.08.2023

Tableau 1
Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFSP et par année de déclaration, 2018–2022

Année de déclaration	2018	2019	2020	2021	2022
Suisse	15,0	11,9	10,0	10,6	11,8
Région lémanique	20,9	17,7	13,9	15,4	17,4
Espace Mittelland	13,3	12,6	10,0	10,4	11,9
Suisse du Nord-Ouest	13,4	9,1	9,1	8,2	8,4
Zurich	12,0	9,3	8,3	9,0	10,7
Suisse orientale	13,4	8,5	8,1	7,8	10,2
Suisse centrale	11,7	6,5	6,4	7,6	6,0
Tessin	29,2	24,5	16,8	19,3	21,3

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

autres le dépistage rapide des groupes de la population particulièrement exposés. Depuis, la tendance est à la baisse pour les deux sexes (figure 1). Depuis 2014 (autorisation du *sofosbuvir* en Suisse), il est possible, dans environ 95 % des cas, d'éliminer le VHC de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux directs, mais à un coût très élevé [3]. En conséquence, l'éligibilité au remboursement des traitements en Suisse a été exclue jusqu'en 2017 pour les patients asymptomatiques.

Si la diminution du nombre de nouvelles infections a bien été accélérée par les traitements et la baisse de la transmission découlant de la guérison d'une partie des cas, elle avait débuté beaucoup plus tôt, à la suite de mesures structurelles (telles que tests sur les produits sanguins, hygiène hospitalière, programmes d'échange de seringues et traitement de substitution à la méth-

done). Cependant, cela ne se reflète pas immédiatement dans la statistique des déclarations, car les cas ne sont généralement déclarés pour la première fois que plusieurs années après l'infection. En 2022, 1039 cas d'hépatite C ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 63 % par rapport au pic de 1999. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont disposait l'OFSP sur ces cas nouvellement déclarés en 2022. Dans 70 % des cas, il y avait au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques (les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 11 août 2023). Avec 2021, il s'agit de la proportion la plus basse jamais enregistrée. En 2020 et 2021, probablement en raison de la pandémie de COVID-19, la disponibilité de ces déclarations était déjà nettement inférieure à la moyenne de 2016–2019 (91 %). Il est de plus à noter que de tout temps certaines rubriques sont particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition. Le taux de déclaration global en 2022, soit 11,8 cas pour 100 000 personnes, était quasi identique à celui de 2019 ; le creux des années 2020 et 2021 était

probablement en partie dû à la pandémie de COVID-19. Une diminution des déclarations pour la plupart des maladies a en effet été observée en Suisse durant cette période [4] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite C [5]. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour tenir compte des formulaires de déclaration cliniques manquants – était de 0,1 pour 100 000 personnes, soit le plus bas niveau jamais enregistré (figure 4).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

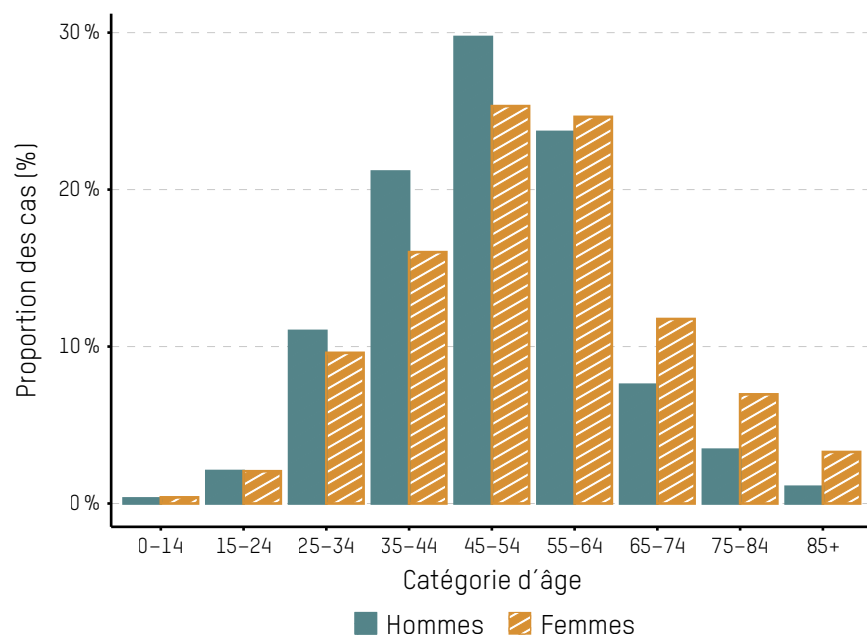
Le taux de déclaration global de l'hépatite C en 2022 masque d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 5). Comme les années précédentes, les chiffres les plus élevés se situaient dans la grande région du Tessin, ce qui n'est pas surprenant étant donné la proximité de l'Italie et l'immigration qui y est associée. L'Italie fait en effet partie des pays européens ayant historiquement la plus forte prévalence de l'hépatite C [6]. La région lémanique se caractérisait aussi par un taux de déclaration nettement au-dessus de la moyenne, comme les années précédentes. À l'inverse, la Suisse centrale et la Suisse du Nord-Ouest se situaient

clairement au-dessous de la moyenne. Le taux de déclaration a augmenté dans toutes les régions – sauf dans Suisse du Nord-Ouest et en Suisse centrale – après le creux de 2020.

En 2021, dernière année avec des données européennes disponibles, le taux de déclaration global enregistré en Suisse (10,6 cas pour 100 000 personnes) était sensiblement supérieur à celui relevé en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (4,1/100 000). Par contre, l'incidence des cas aigus était similaire, avec respectivement 0,2 et 0,3 cas pour 100 000 personnes [5]. Il est cependant à noter que les systèmes de surveillance, l'intensité des tests diagnostiques et du screening, les définitions de cas et la proportion de la population originaire de pays à moyenne/haute endémicité [voir carte sous 7] peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Le taux global de déclaration pour l'Allemagne en 2021 était par exemple similaire à celui de la Suisse, avec 9,9 cas pour 100 000 personnes, alors que l'incidence des cas aigus y était supérieure (0,6 cas pour 100 000 personnes) [5]. Le taux de déclaration a fortement augmenté en Allemagne en 2022 (+66 %), partiellement en raison de l'afflux de réfugiés provenant d'Ukraine [8].

Figure 2

Répartition par sexe et âge des cas déclarés d'hépatite C, 2018–2022 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 11.08.2023

RÉPARTITION PAR SEXE ET ÂGE

En 2022 comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite C était plus élevé chez les hommes (60 % du total des cas ; figure 1). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans. Pour l'hépatite C, la répartition par âge des cas est nettement décalée vers la droite (âges plus élevés) par rapport aux infections transmises principalement par voie sexuelle (telles que VIH, gonorrhée ou syphilis). Contrairement à celles-ci, beaucoup de cas d'hépatite C sont en effet déclarés à un stade chronique, longtemps après le moment de l'infection. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans, pour les hommes comme pour les femmes ; pour les femmes, la catégorie des 55 à 64 ans suivait de très près (figure 2). Les cas d'hépatite C étaient extrêmement rares chez les en-

Tableau 2

Cas d'hépatite C déclarés, par voie d'infection¹ et grande région de l'OFSP², 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue ³		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ⁴	155	14,9%	45	4,3%	7	0,7%	44	4,2%	788	75,8%	1039	100%
Région lémanique	27	9,2%	8	2,7%	2	0,7%	19	6,5%	238	81,0%	294	28,4%
Espace Mittelland	53	23,3%	8	3,5%	1	0,4%	9	4%	156	68,7%	227	21,9%
Suisse du Nord-Ouest	19	19%	7	7%	2	2%	7	7%	65	65%	100	9,6%
Zurich	10	6%	3	1,8%	2	1,2%	4	2,4%	149	88,7%	168	16,2%
Suisse orientale	29	23,6%	9	7,3%					85	69,1%	123	11,9%
Suisse centrale	4	8%	7	14%			3	6%	36	72%	50	4,8%
Tessin	12	16%	2	2,7%			2	2,7%	59	78,7%	75	7,2%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); HSH: rapports sexuels entre hommes; autres: notamment tatouages, piercings, hépatite C supposément acquise à la naissance ou par voie hétérosexuelle.

²Définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

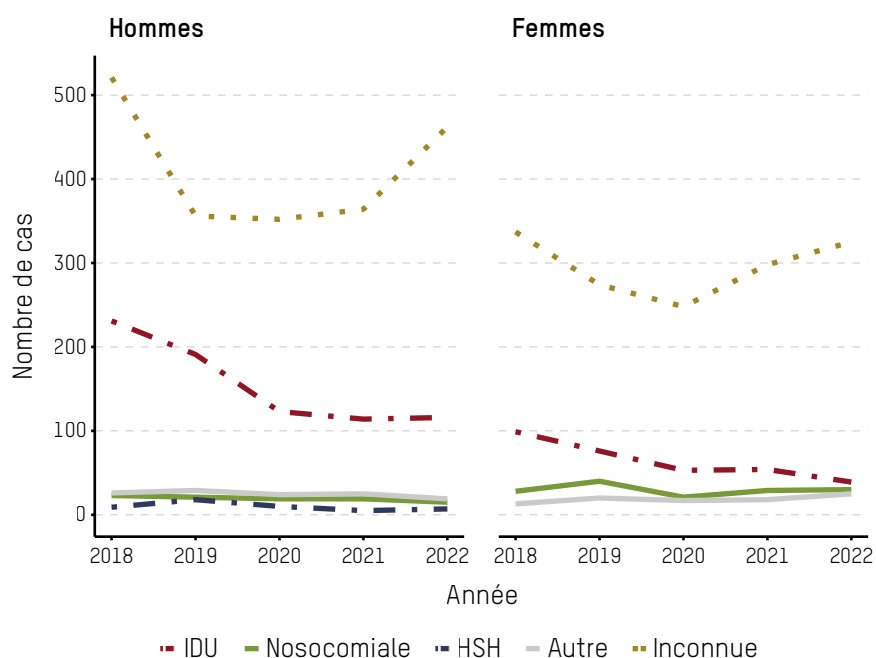
³Y compris les cas sans déclaration clinique.

⁴Y compris Liechtenstein.

fants. A l'inverse, la proportion des cas chez les 65 ans et plus n'était pas négligeable, en particulier chez les femmes (22%).

L'âge médian de ces cas était de 53 ans pour les femmes et de 50 ans pour les hommes. Chez les personnes qui se sont infectées en consommant des drogues par voie intraveineuse ou intranasale, l'âge médian au moment de la première déclaration était plus bas (47 ans) que chez celles qui se sont infectées dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle de santé (60 ans) ou encore que chez celles pour lesquelles aucune voie d'infection n'était identifiable (52 ans). L'âge médian le plus bas (43 ans) concernait le petit groupe des hommes qui avaient contracté une hépatite C dans le cadre de relations sexuelles avec des hommes.

Figure 3

Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite C chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹, 2018–2022

OFSP, état : 11.08.2023

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; HSH: rapports sexuels entre hommes.

NB: les cas sans déclaration clinique ont tous une exposition «inconnue» (pas d'extrapolation selon la structure des expositions connues).

VOIE D'INFECTION

Pour l'hépatite C, il est souvent difficile d'identifier les voies de transmission étant donné que le moment de l'infection est rarement connu. De ce fait, la voie d'infection était inconnue dans 76 % du total des cas en 2022 (y compris ceux sans déclaration clinique). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Même si une déclaration clinique était disponible, la proportion des cas sans mention d'une voie d'infection (inconnus et sans réponse) restait élevée et variait selon le stade de la maladie : 67 % pour les cas (avec déclaration clinique) chroniques « asymptomatiques » (sans lésion hépatique), 63 % pour les cas chroniques avec lésion et 20 % pour les très rares cas aigus (tableau 4). Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite C, globalement et par grande région.

Dans la grande majorité des cas, la transmission du VHC se fait par pénétration de sang contenant le virus – de très petites quantités suffisent – dans la circulation sanguine ou dans les tissus

du récepteur. La mise en évidence du virus de l'hépatite C dans le sang est fiable. Son matériel génétique peut aussi être détecté, par des méthodes ultrasensibles, dans d'autres fluides corporels (salive, sueur, larmes, sperme et lait maternel). Toutefois, la mise en évidence de l'ARN du VHC ne permet pas nécessairement de conclure à son infectiosité ; une infection par l'intermédiaire de ces fluides est considérée comme extrêmement improbable.

Parmi les 251 cas déclarés avec des informations sur la voie d'infection présumée, la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, désignée ci-après par l'abréviation IDU (*injection drug use*) était la voie la plus souvent déclarée en 2022. Elle concernait 62 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection. On trouve à la deuxième place les infections acquises dans le contexte médical (18 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection). Ces cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomiale, comprennent, outre la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, la transfusion de

produits sanguins (en Suisse et dans les pays comparables en particulier avant 1990), mais aussi les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection pour 31 des cas déclarés en 2022. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à la réception de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHC, qui n'est généralement pas connu.

Les femmes constituaient 25 % des cas avec une transmission IDU et 67 % de celles avec une transmission nosocomiale.

Depuis le début des années 2000, une augmentation du nombre de cas d'hépatite C a été constatée dans l'étude suisse de cohorte VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [9]. Les facteurs de risque pour l'augmentation du nombre d'infections dans ce groupe sont, outre le partage de seringues, la consommation de drogues intranasales (p. ex. utilisation du même instrument pour sniffer la cocaïne [10]), mais aussi les pratiques sexuelles sanglantes ou

Tableau 3
Cas d'hépatite C déclarés, par pays d'origine et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pays d'origine												
Suisse	68	43,9%	13	28,9%	2	28,6%	15	34,1%	156	19,8%	254	24,4%
Italie	9	5,8%	1	2,2%			3	6,8%	20	2,5%	33	3,2%
EEE*, Royaume-Uni, États-Unis, Canada	6	3,9%	4	8,9%	1	14,3%	2	4,5%	47	6%	60	5,8%
Europe de l'Est/Asie centrale**, Europe du Sud-Est, Turquie	42	27,1%	15	33,3%			13	29,5%	117	14,8%	187	18,0%
Moyen-Orient, Afrique***	6	3,9%	3	6,7%			4	9,1%	25	3,2%	38	3,7%
Autre	1	0,6%	3	6,7%	3	42,9%	2	4,5%	22	2,8%	31	3,0%
Inconnue	23	14,8%	6	13,3%	1	14,3%	5	11,4%	401	50,9%	436	42,0%
Total	155	100%	45	100%	7	100%	44	100%	788	100%	1039	100%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; HSH: rapports sexuels entre hommes; Autre: notamment tatouages, piercings, hépatite C supposément acquise à la naissance ou par voie hétérosexuelle.

* EEE: Espace économique européen (Liechtenstein et Italie exceptés).

** pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes).

*** correspond aux Régions de l'OMS AFR/EMR plus Israël.

l'utilisation commune de douches anales [11, 12, 13].

D'après les études suisses concernant les HSH sans VIH, mais avec un risque élevé d'autres infections sexuellement transmissibles, l'hépatite C n'était pas plus fréquente dans ce groupe que dans la population générale [14, 15].

Rapporté au nombre estimé de HSH en Suisse, le taux annuel de déclaration d'infections par le VHC était, dans les années 2010 à 2013, de 28 pour 100 000 HSH [16]. Ce chiffre est nettement plus bas que celui des infections VIH déclarées chez les HSH (260 pour 100 000) et un peu plus élevé que dans la population générale durant la même période (environ 13 pour 100 000, voir les taux de déclaration ajustés pour les infections actives à la figure 4). En 2022, les rapports sexuels entre hommes ont été déclarés comme voie d'infection pour 7 hommes (3 % du total des cas, respectivement 5 % des hommes avec la mention d'au moins une voie d'infection).

Une transmission présumée hétérosexuelle était indiquée dans 15 cas, mais cette hypothèse est extrêmement sujette à caution [17, 18, 19]. D'autres types d'exposition – tels que tatouages, piercings, passage chez le barbier dans des conditions d'hygiène douteuses – ont joué, avec 9 cas au total, un rôle

marginal. Enfin, 8 cas d'hépatite C périnatale ont été déclarés, dont quatre enfants (un Suisse de 3 ans et trois Ukrainiens de 1, 1 et 7 ans). Une détection directe du virus était disponible seulement chez ce dernier, avec uniquement des anticorps chez les trois autres, suggérant une guérison spontanée) [20]. Tous ces cas sont désignés dans les tableaux par *Autre*.

TENDANCE PAR SEXE ET VOIE D'INFECTION

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas était à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais de la consommation de drogues, mais avec un net ralentissement ces trois dernières années (la tendance pourrait même s'être inversée en 2022 si l'on extrapole le nombre de cas par mode d'exposition pour tenir compte des déclarations cliniques manquantes, en fortes augmentations depuis 2020). Le nombre de cas (non ajusté) est passé de 231 chez les hommes et de 99 chez les femmes en 2018 à respectivement 116 et 39 en 2022 (figure 3).

Pour les infections nosocomiales, on constatait une faible tendance à la baisse chez les hommes sur les cinq dernières années, mais aucune tendance chez les femmes; le nombre annuel moyen de cas était de 19 pour les hommes et de 30 pour les femmes. On ne constatait pas non plus de tendance nette chez les HSH pour ces cinq dernières années, avec en moyenne 10 cas par an.

PAYS D'ORIGINE

Les pays considérés comme à haut risque de prévalence du VHC sont l'Égypte, l'Ouzbékistan, la Géorgie, la Mongolie, le Pakistan, le Gabon, le Cameroun et le Nigéria [21]. Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine du patient. Si cette indication manquait, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité dans les analyses. Le pays d'origine ainsi complété était inconnu pour 42 % des cas déclarés en 2022. 24 % du total des cas concernaient des personnes d'origine suisse (tableau 3). 3 % des cas concernaient des personnes d'origine italienne; 6 % des patients étaient originaire d'un autre pays de l'Espace Economique Européen (EEE), du Royaume-Uni, des États-Unis ou du Canada; 18 % venaient d'un pays de

Tableau 4

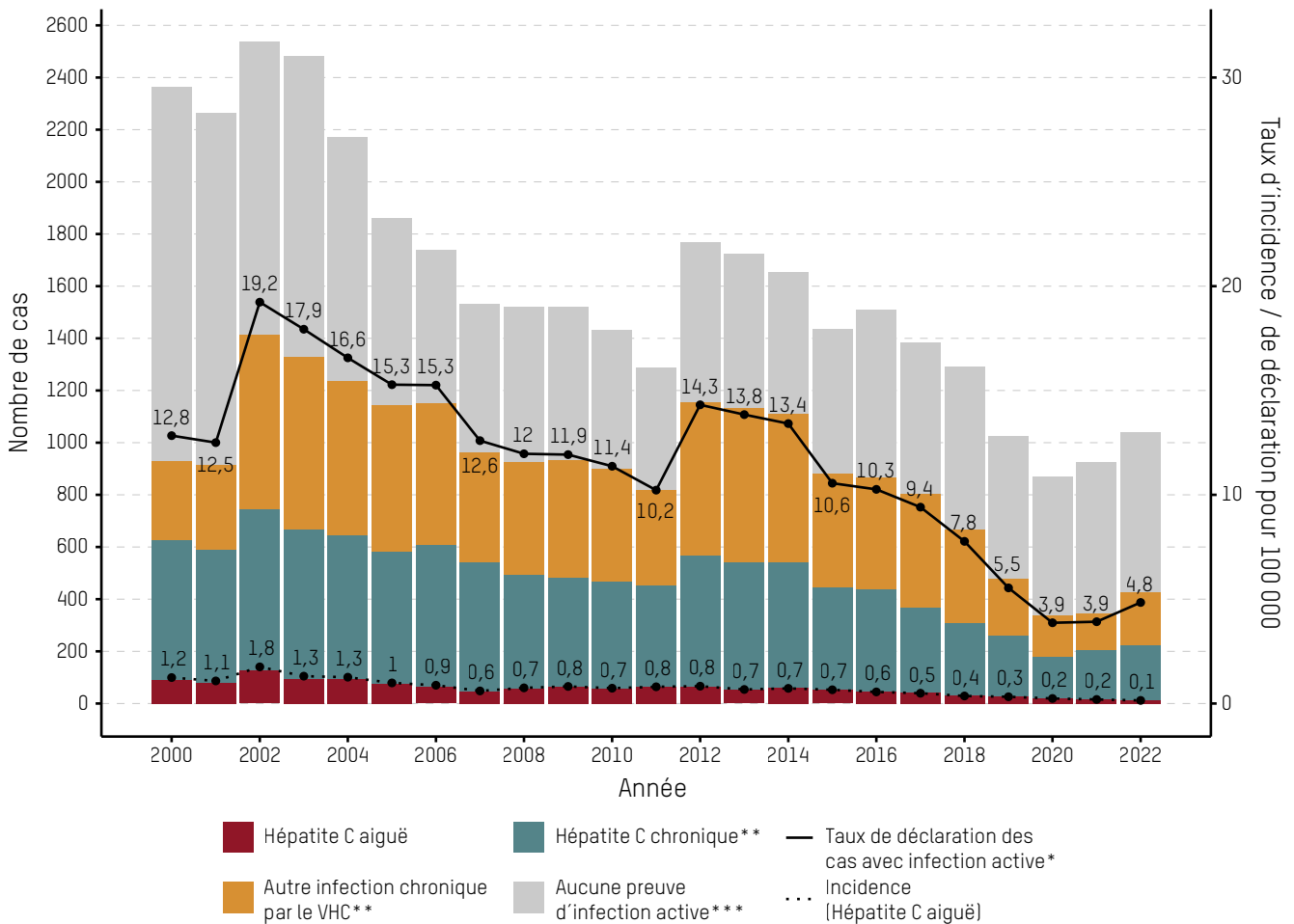
Cas d'hépatite C déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stade clinique												
Hépatite C aiguë	2	1,3%	2	4,4%	3	42,9%	1	2,3%	2	0,3%	10	1,0%
Hépatite C chronique*	35	22,6%	12	26,7%	2	28,6%	12	27,3%	103	13,1%	164	15,8%
dont cirrhose	9		1				3		23		36	3,5%
dont carcinome hépatocellulaire	2								4		6	0,6%
Autre infection chronique par le VHC*	118	76,1%	31	68,9%	2	28,6%	31	70,5%	375	47,6%	557	53,6%
Inconnu									308	39,1%	308	29,6%
Total	155	100%	45	100%	7	100%	44	100%	788	100%	1039	100%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex., piqure d'aiguille); HSH: rapports sexuels entre hommes; autre: notamment tatouages, piercings, hépatite C supposément acquise à la naissance ou par voie hétérosexuelle.

* Hépatite C chronique avec lésions hépatiques documentées; autre infection chronique par le VHC, principalement rapportée comme asymptomatique.

Figure 4
Évolution du nombre de cas d'hépatite C déclarés¹, par stade clinique, 2000–2022



OFSP, état : 11.08.2023

¹Ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.

* Calculé sur le total des cas aigus et des cas chroniques avec atteinte hépatique documentée ainsi que des autres infections chroniques avec preuve d'un ARN/antigène, principalement rapportée comme asymptomatique.

** Hépatite C chronique avec atteinte hépatique documentée; autre infection chronique par le VHC avec preuve d'un ARN/antigène, principalement rapportée comme asymptomatique.

*** Autre infection chronique principalement rapportée comme asymptomatique sans preuve d'un ARN/antigène.

l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes), d'Europe du Sud-est ou de Turquie; 4 % étaient issus d'un pays africain ou du Proche/Moyen Orient (régions de l'OMS Afrique et Méditerranée orientale, plus Israël). À noter que, en 2022, 112 cas (11 %) étaient originaires d'Ukraine contre seulement 3 à 10 cas par année, avant l'arrivée de nombreux réfugiés ukrainiens dès mars 2022. Ces cas ukrainiens supplémentaires correspondent en gros à l'augmentation du nombre total de cas entre 2021 et 2022.

Le tableau 3 détaille l'origine des patients pour les principales voies d'infection présumées. Près de la moitié des cas étaient d'origine suisse parmi les personnes relevant de la catégorie IDU et près d'un tiers pour la catégorie nosocomiale.

STADE CLINIQUE

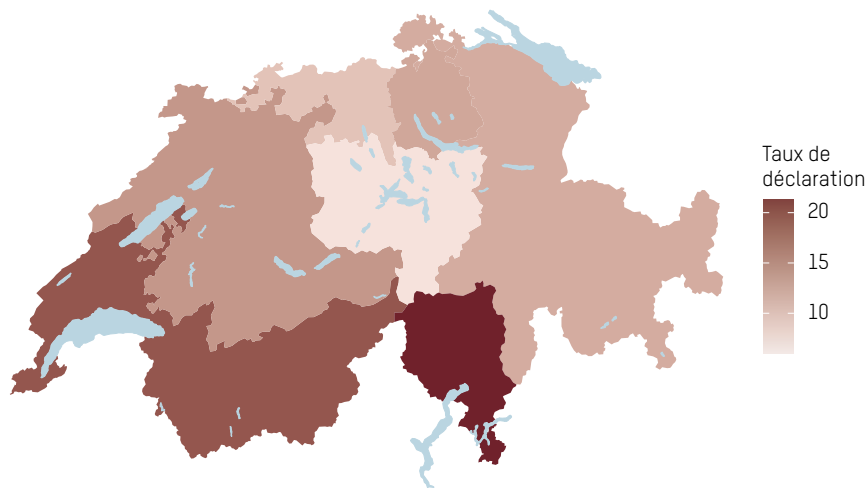
Un peu plus de la moitié des personnes chez qui une hépatite C a pour la première fois été déclarée en 2022 se trouvaient à un stade asymptomatique (« Autre infection chronique principalement rapportée comme asymptomatique »; 54 %), 1 % des patients étaient déclarés au stade aigu et 16 % montraient des signes d'hépatite C chronique (tableau 4). Le stade clinique était inconnu dans 30 % des cas (cas sans déclaration clinique). Le stade asymptomatique était prédominant pour les voies d'infection IDU et nosocomiale en 2022 (tableau 4).

Le tableau 4 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 36 cas d'hépatite chronique avec cirrhose et 6 cas d'hépatite chronique avec CHC (dont 4 aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2022. Si l'on réunit les deux (cirrhose, CHC) et que l'on procède à un ajustement pour les déclarations cliniques manquantes, on obtient un taux de déclaration de 0,6 pour 100 000 personnes (54 cas de cirrhose et/ou CHC causés par le VHC). Ce chiffre est probablement inférieur à l'incidence de la cirrhose/CHC réelle car seuls ceux présents lors de la première déclaration du cas d'hépatite C sont pris en compte (pas de suivi des cas).

L'ajustement du nombre de cas d'hépatite C pour les déclarations cliniques manquantes permet de suivre l'évolution à long terme de l'ensemble des cas selon leur stade clinique au moment de la première déclaration (figure 4). L'incidence des infections aiguës par le VHC a diminué de 92 % depuis son pic en 2002 et se situait à 0,1 cas pour 100 000 personnes en 2022. Dans le même temps, le taux de déclaration global de l'hépatite C a moins diminué (-66 %), pour atteindre 11,8 cas pour 100 000 personnes. Cette baisse plus lente du taux de déclaration global alors que la transmission du VHC semble avoir chuté en Suisse résulte largement de l'immigration de personnes déjà infectées, provenant de pays à moyenne et haute endémicité. Cet apport de l'immigration reste toutefois moins marqué que pour l'hépatite B. Globalement, on constate que pour 614 cas d'hépatite C (59 %) déclarés en 2022, on ne disposait d'aucune indication en faveur d'une infection active, autrement dit ces cas ne présentaient pas d'atteinte hépatique ni d'évidence d'une détection de l'antigène et de l'ARN du VHC (test pas effectué ou plus vraisemblablement test avec un résultat négatif, donc pas à déclarer).

Figure 5

Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région de l'OFS¹, 2022



OFSP, état : 11.08.2023

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

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé pour chaque pays un objectif d'au plus 5 nouvelles infections par le VHC pour 100 000 personnes en 2030 [22]. L'incidence actuellement déclarée en Suisse – 0,1 cas aigus pour 100 000 personnes – est déjà très inférieure à ce seuil. Elle ne reflète cependant pas l'incidence réelle, impossible à mesurer à travers la déclaration obligatoire en raison de la discrétion clinique de l'infection par le VHC. Par contre, le taux de déclaration des infections actives par le VHC était de 4,8 cas pour 100 000 personnes en 2022. Ce taux reflète largement la dynamique passée de la transmission indigène et de l'immigration de personnes infectées (ainsi que celle de l'effort de test). Il a diminué de 75 % depuis 2002, baisse similaire à celle de l'incidence des cas aigus. Cette double tendance à la baisse à long terme et des études de prévalence dans diverses populations à risque montrent que l'infection régresse en Suisse. En conséquence, le fait que le taux de déclaration des infections actives soit similaire à l'objectif d'incidence de l'OMS pour 2030 suggère que l'incidence est actuellement déjà très inférieure à cet objectif.

SYNTHÈSE

Les principaux éléments de la stratégie visant à éliminer l'hépatite C sont avant tout des mesures préventives telles que l'utilisation de matériel à usage unique stérile, la sécurité du don de sang et d'organes, la sensibilisation et la réduction des dommages chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et intranasale, qui contribuent notablement, en Suisse, à la transmission du virus de l'hépatite C. Des mesures préventives ont été mises en place dans le domaine des drogues il y a déjà plusieurs années (voir p. ex. www.hepch.ch). La réduction des dommages constitue une partie importante de la stratégie nationale Addictions (www.bag.admin.ch). Avec *Infodrog* et d'autres professionnels, l'OFSP a publié des directives nationales portant sur la prévention, le conseil, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues [23].

Depuis octobre 2017, toutes les personnes infectées peuvent être traitées sans restriction par des médicaments antiviraux directs pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ces personnes ont des taux de guérison d'environ 95 % (environ, 25 % de guérison spontanée de l'hépatite C aiguë sans traitement [24, 25, 26]).

Déjà avant l'introduction de ces nouveaux médicaments en 2014, les mesures prises avaient permis de stabiliser la charge de morbidité, et même de la diminuer [27]. Pour ces raisons et compte tenu d'une modélisation des différents scénarios de dépistage [28], l'OFSP considère qu'il n'est pas pertinent de prendre des mesures supplémentaires telles que le dépistage du VHC dans de grands groupes de personnes, et encore moins dans la population générale. C'est aussi la position défendue par le Conseil fédéral [29]. L'orientation prise est plutôt de continuer à se concentrer sur la mise en œuvre, recommandée depuis 1993, de dépistages ciblés sur la base des facteurs de risque individuels actuels ou anciens, ainsi que de la situation clinique [30].

Il convient en outre de conseiller, tester et traiter systématiquement les groupes présentant un risque élevé de transmission, autrement dit les consommateurs de drogues et les HSH co-infectés par le VIH. Les interventions sur la sensibilisation à la question du sang (*Blood Awareness*) lors des rapports sexuels [31] menées dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH constitue de ce point de vue une approche prometteuse.

Contact

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OF5

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Bibliographie

- 1 Houghton M (2009). The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *J Hepatol*; 51(5):939–948
- 2 Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Mäusezahl M (2018). The epidemiology of hepatitis C in Switzerland: trends in notifications, 1988–2015. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- 3 Iyengar S, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, Hill S (2016). Prices, Costs, and Affordability of New Medicines for Hepatitis C in 30 Countries: An Economic Analysis. *PLoS Med* 13; 13(5):e1002032
- 4 Office fédéral de la santé publique (2021). Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *OFSP-Bulletin*; 30:8–13
- 5 European Centre for Disease Prevention and Control (2022). Hepatitis C. In: ECDC, Annual epidemiological report for 2021. Stockholm: ECDC
- 6 Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A, Estill J, Keiser O, Swiss Hepatitis C Cohort Study (2016). Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLoS ONE*; 11(5):e0155464
- 7 Centers for Disease Control and Prevention (2023). Hepatitis C. CDC Yellow Book 2024
- 8 Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). Anstieg der übermittelten Hepatitis-B und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16
- 9 Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Günthard HF, Clerc O, Calmy A, Stöckle M, Bernasconi E, Furrer H, Rauch A, Swiss HIV Cohort Study (2012). Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis*; 55(10):1408–1416
- 10 Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, Mildvan D, Simm M (2008). Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis*; 47(7): 931–934
- 11 Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, An der Heiden M, Baillot A, Krznaric I, Radun D (2011). Trouble with Bleeding: Risk Factors for Acute Hepatitis C among HIV-Positive Gay Men from Germany – A case-Control Study. *PLoS ONE*; 6(3):e17781
- 12 Schmidt AJ, Bremer V (2016). Response to the calculation of population attributable fractions (PAFs) of risk factors for hepatitis C transmission. *AIDS*; 30(10):1683–1684
- 13 Apers L, Vanden Berghe W, De Wit S, Kabeya K, Callens S, Buyze J, Kenyon C, Florence E, Buvé A (2015). Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 68(5):585–593
- 14 Schmidt AJ, Falcato L, Zahno B, Burri A, Regenass S, Müllhaupt B, Bruggmann P (2014). Prevalence of hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health*; 14:3
- 15 Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- 16 Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291
- 17 Wyld R, Robertson JR, Brettell RP, Mellor J, Prescott L, Simmonds P (1997). Absence of hepatitis C virus transmission but frequent transmission of HIV-1 from sexual contact with doubly-infected individuals. *J Infect*; 35(2):163–166
- 18 Vandelli C, Renzo F, Romanò L, Tisminetzky S, De Palma M, Stroppolini T, Ventura E, Zanetti A (2004). Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol*; 99(5):855–859
- 19 Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE, Kiss A, Levin TR, Gish RG, Busch MP, Reingold AL, Alter MJ (2013). Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. *Hepatology*; 57(3):881–889
- 20 Ades AE, Gordon F, Scott K, Collins IJ, Thorne C, Pembrey L, Chappell E, Mariné-Barjoan E, Butler K, Indolfi G, Gibb DM, Judd A (2023). Spontaneous Clearance of Vertically Acquired Hepatitis C Infection: Implications for Testing and Treatment. *Clin Infect Dis*; Mar 4;76(5):913–991
- 21 Lanini S, Easterbrook PJ, Zumla A, Ippolito G (2016). Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. *Clinical Microbiology and Infection*; 22(10):833–838
- 22 World Health Organization (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: WHO
- 23 Office fédéral de la santé publique, Infodrog (2019). L'hépatite C chez les usagers de drogue: Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- 24 Grebely J, Prins M, Hellard M, Cox AL, Osburn WO, Lauer G, Page K, Lloyd AR, Dore GJ (2012). Hepatitis C virus clearance, reinfection, and persistence, with insights from studies of injecting drug users: towards a vaccine. *Lancet Infect Dis*; v12(5):408–414
- 25 Hajarizadeh B, Grebely J, Dore G (2013). Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*; 10:553–562
- 26 Smith DJ, Jordan AE, Frank M, Hagan H (2016). Spontaneous viral clearance of hepatitis C virus (HCV) infection among people who inject drugs (PWID) and HIV-positive men who have sex with men (HIV+ MSM): a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*; 16:471
- 27 Zahnd C, Brezzi M, Bertisch B, Giudici F, Keiser O (2017). Analyse de Situation des Hépatites B et C en Suisse. Berne: Institut für Sozial und Präventivmedizin, Universität Bern
- 28 Estill J, Sadeghimehr M, Keiser O, Bertisch B (2018). Impact of Screening and Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection in Switzerland. A Comprehensive Mathematical Model of the Swiss HCV Epidemic. Geneva: Institute of Global Health, Université de Genève
- 29 Avis du Conseil Fédéral du 21.08.2019. Motion 19.3743
- 30 Office fédéral de la santé publique (2001). Hépatite C en Suisse; Pour une information et un conseil individualisé. *OFSP-Bulletin*; 46:877–881
- 31 Künzler-Heule P, Fierz K, Schmidt AJ, Rasi M, Bogdanovic J, Kocher A, Engberg S, Battagay M, Nöstlinger C, Lehner A, Kouyou R, Schmid P, Braun DL, Fehr J, Nicca D (2021). Response to a sexual risk reduction intervention provided in combination with hepatitis C treatment by HIV/HCV co-infected men who have sex with men: a reflexive thematic analysis. *BMC Infectious Diseases*; 21:319

Le don d'organes?

- décider
- communiquer
- consigner

vivre-partager.ch

Faites-le pour vous.



Décidez de ce qu'il advient de votre corps, de votre vivant et après.
Consignez votre volonté sur le don d'organes et informez-en vos proches.



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.

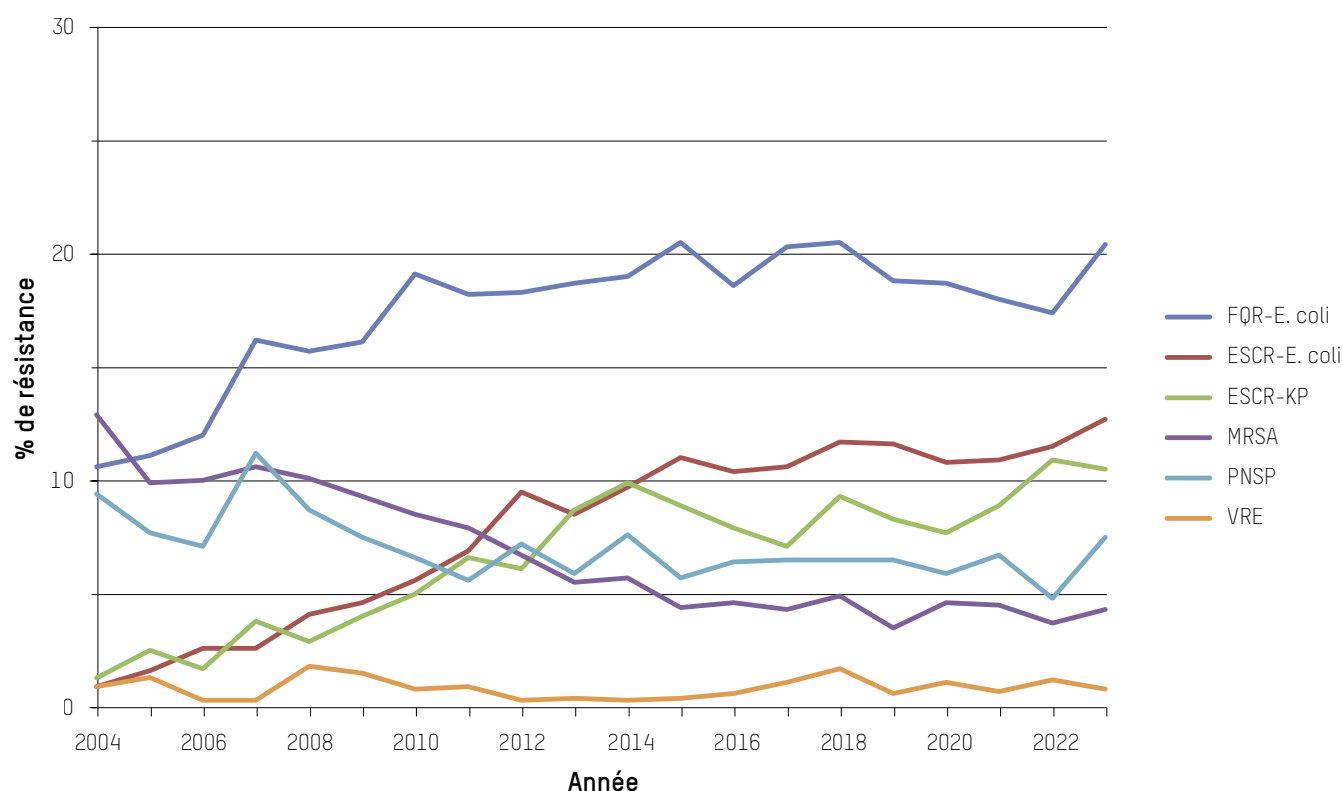
PNSP *Streptococcus pneumoniae* résistants à la pénicilline, définis comme tous les *S. pneumoniae* de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline.

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 15.11.2023

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2004–2023



Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
FQR- E. coli	% 10.6	11.1	12.0	16.2	15.7	16.1	19.1	18.2	18.3	18.7	19.0	20.5	18.6	20.3	20.5	18.8	18.7	18.0	17.4	20.4
	n 1345	1525	2072	2271	2678	2863	3076	3178	3336	3719	4489	5073	5197	5595	6098	6360	6168	6210	6426	4618
ESCR- E. coli	% 0.9	1.6	2.6	2.6	4.1	4.6	5.6	6.9	9.5	8.5	9.7	11.0	10.4	10.6	11.7	11.6	10.8	10.9	11.5	12.7
	n 1412	1613	2153	2343	2760	2982	3222	3356	3350	3721	4494	5069	5200	5600	6098	6367	6175	6224	6430	4637
ESCR- KP	% 1.3	2.5	1.7	3.8	2.9	4.0	5.0	6.6	6.1	8.7	9.9	8.9	7.9	7.1	9.3	8.3	7.7	8.9	10.9	10.5
	n 237	277	351	424	482	530	585	588	609	669	835	932	1004	1049	1155	1313	1345	1444	1538	1127
MRSA	% 12.9	9.9	10.0	10.6	10.1	9.3	8.5	7.9	6.7	5.5	5.7	4.4	4.6	4.3	4.9	3.5	4.6	4.5	3.7	4.3
	n 753	836	1057	1115	1203	1288	1271	1329	1265	1337	1641	1791	1843	2058	2036	2313	2305	2424	2472	1846
PNSP	% 9.4	7.7	7.1	11.2	8.7	7.5	6.6	5.6	7.2	5.9	7.6	5.7	6.4	6.5	6.5	6.5	5.9	6.7	4.8	7.5
	n 417	467	534	672	666	616	471	540	461	528	503	636	629	754	749	757	477	464	784	599
VRE	% 0.9	1.3	0.3	0.3	1.8	1.5	0.8	0.9	0.3	0.4	0.3	0.4	0.6	1.1	1.7	0.6	1.1	0.7	1.2	0.8
	n 231	239	342	385	487	536	610	686	723	809	980	1205	1090	1130	1147	1191	1322	1657	1603	1220

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 Prévention et services de santé
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.

**« Je gagne un
temps précieux au
bénéfice de mes
patients. »**

Le DEP, c'est efficace.



DEP
dossier électronique
du patient



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'Office
fédéral de la santé publique OFSP
et des cantons.

D^r Pierrick Campanini,
FMH Médecine interne générale,
Centre médical Eaux-Vives, Genève

Adoptez dès maintenant le
dossier électronique du patient :
dossierpatient.ch



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie		10884462
Bâle-Ville		10052677
Lucerne		10115432
Zurich		10029026 10762867 11025773

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

48/2023