



VIH et autres infections sexuellement transmissibles en Suisse : aperçu épidémiologique 2007–2011

Octobre 2012

Liste des abréviations

TAR	Thérapie antirétrovirale combinée	IDU	Consommateurs de drogue par injection (Injecting Drug Users)	Régions en Suisse Plateau : AG, BL, SO Suisse romande : FR, JU, NE, VS Suisse orientale : AI, AR, SG, SH, TG Suisse centrale : GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise (stade ultime d'une infection au VIH)	Hétéro	Infection par voie hétérosexuelle	
OFSP	Office fédéral de la santé publique	HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; comme voie d'infection : sexe entre hommes	
OFS	Office fédéral de la statistique	PNVI	Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles	
UE/EEE	Union européenne / Espace économique européen	CNR	Centre National pour les rétrovirus	
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)	
PHP	Pays à haute prévalence du VIH (>1% de prévalence dans la population globale, épidémie généralisée, transmission essentiellement hétérosexuelle du VIH)			

Editeur :

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Version actuelle sur Internet

www.bag.admin.ch/hiv_aids >> Informations destinées aux professionnels >> Gestion des connaissances
>> Statistiques, analyses et tendances VIH/IST

Renseignements :

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
3003 Bern
Tél 031 323 87 06
epi@bag.admin.ch

Table des matières

Introduction	4
Résultats	5
VIH	5
Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité	5
Répartition régionale en Suisse	7
Infection par voie hétérosexuelle	7
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	8
Consommateurs de drogue par injection (IDU)	9
Sida	10
Chlamydirose	10
Situation générale, proportion de femmes, structure par âges	10
Répartition régionale en Suisse	11
Gonorrhée	11
Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité	11
Répartition régionale en Suisse	12
Infection par voie hétérosexuelle	14
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	14
Syphilis	14
Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité	14
Répartition régionale en Suisse	16
Infection par voie hétérosexuelle	16
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	18
Discussion	18
Qualité variable des données	19
Profil épidémiologique du VIH en Suisse	19
Profil épidémiologique de la chlamydirose en Suisse	20
Profil épidémiologique de la gonorrhée en Suisse	21
Profil épidémiologique de la syphilis en Suisse	22
Comparaison de l'épidémiologie du VIH avec celle d'autres infections sexuellement transmissibles	23
Conclusions	24
Encadré d'information	26
Remarques méthodologiques	26
Système de déclaration	26
Bibliografie	28
Tableaux	29
HIV	29
Sida	32
Chlamydirose	33
Gonorrhée	34
Syphilis	37

Introduction

Le « programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017 » est en vigueur depuis 2011 [1]. Avec sa vision selon laquelle « en Suisse, les conditions sont réunies pour que les individus puissent vivre leur sexualité ... à faible risque », il décrit pour la première fois une stratégie commune pour la lutte contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Une stratégie commune est utile car le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles ont de nombreux points communs en termes de voie d'infection, de groupes de population concernés et de mesures de prévention. Il y a en outre des indices selon lesquels la transmission du VIH est favorisée par d'autres infections sexuellement transmissibles.

Bien que des thérapies antirétrovirales (TAR) efficaces soient disponibles, le VIH n'est toujours pas guérissable. Non traitées, les infections sexuellement transmissibles peuvent être lourdes de conséquences. Ainsi, elles

peuvent par exemple engendrer des inflammations chroniques des articulations ou des organes, une grossesse extra-utérine ou un cancer. Dans l'optique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le VIH et les IST ont toujours un potentiel épidémique et représentent un danger pour la santé publique en Suisse [1].

La surveillance épidémiologique constitue une base importante pour le développement de mesures de lutte efficaces. L'obligation de déclarer par les laboratoires et par les médecins représente le principal pilier de la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses en Suisse (→ Encadré Système de déclaration, page 26). L'OFSP analyse régulièrement les déclarations reçues des laboratoires et des médecins et publie les résultats.

Les derniers comptes rendus exhaustifs concernant le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles sont parus fin 2006 [2] et en 2010 [3]. A l'époque, le nombre total de nouveaux cas de VIH diagnostiqués était à

peu près stable à un niveau relativement élevé d'environ 750 cas par an. Une forte tendance à la hausse qui s'est poursuivie jusqu'en 2008 a toutefois été constatée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) [4]. La propagation des trois infections sexuellement transmissibles chlamydie, gonorrhée et syphilis a augmenté jusqu'à fin 2010 [3].

Le présent rapport décrit successivement l'évolution du VIH, des infections à chlamydia, de la gonorrhée et de la syphilis en Suisse de 2007 à 2011. Les données se fondent sur les déclarations traitées jusqu'au 22 février 2012. Une autre section succincte présente les principaux résultats de la surveillance des cas de sida en Suisse. Une présentation abrégée de ces résultats commentée dans l'optique du programme a été publiée dans le Bulletin de l'OFSP [5].

Figure 1

Déclarations VIH de laboratoire du 2007–2011 selon le sexe et l'année du test

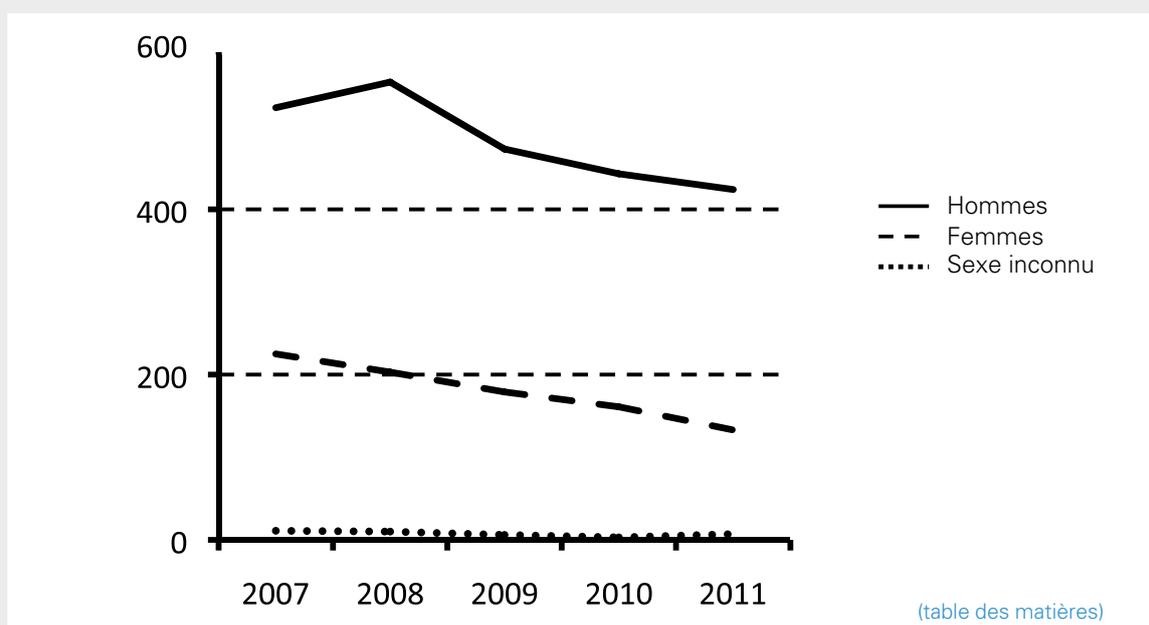
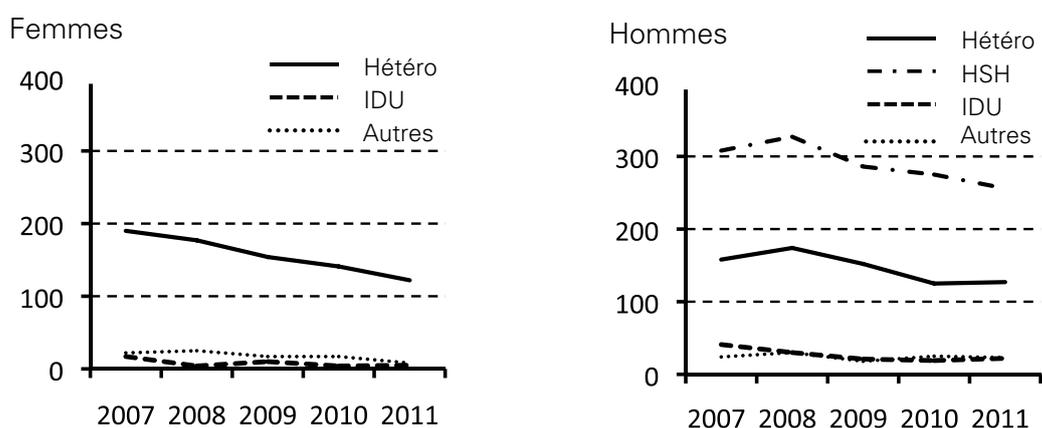


Figure 2
Diagnostics du VIH 2007–2011 selon le sexe, la voie d'infection et l'année du test¹



¹ Estimation sur le nombre total de tests de laboratoire (→ encadré Remarques méthodologiques, page 26) ; HSH : hommes ayant de rapports sexuels avec d'autres hommes ; IDU : consommateurs de drogues par injection ; Autres : inclus aussi les cas pour lesquels la voie d'infection est inconnue. ([table des matières](#))

Résultats

VIH

Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité (Figures 1–2, tableaux 1–3)

Les cas de VIH diagnostiqués et déclarés en Suisse ont diminué de 7 % en moyenne par an depuis 2007, passant de 759 cas en 2007 à 564 cas en 2011. Une diminution a été observée chez les femmes comme chez les hommes (figure 1). La proportion de femmes n'a pas systématiquement changé et se situe entre environ 24 % et 28 % depuis 2008 (tableau 1).

Durant la période observée, environ 45 % des personnes chez qui le VIH a été diagnostiqué s'étaient infectées par voie hétérosexuelle. La part des personnes qui se sont infectées par

voie homosexuelle a progressivement augmenté jusqu'en 2010 (46 %) avant de baisser légèrement en 2011 (45 %).

La perspective combinée pour les deux sexes masque cependant les tendances véritables : la figure 2 montre que le nombre de nouveaux diagnostics du VIH a augmenté jusqu'en 2008 chez les homosexuels de sexe masculin avant de diminuer à partir de 2009. Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de nouveaux diagnostics du VIH a commencé à diminuer plus tôt, notamment chez les femmes.

Environ 60 % de tous les hommes concernés s'étaient infectés par voie homosexuelle en 2011, contre 30 % par voie hétérosexuelle. La proportion de femmes infectées par voie hétérosexuelle a progressé de 83 % à plus de 90 % entre 2007 et 2011.

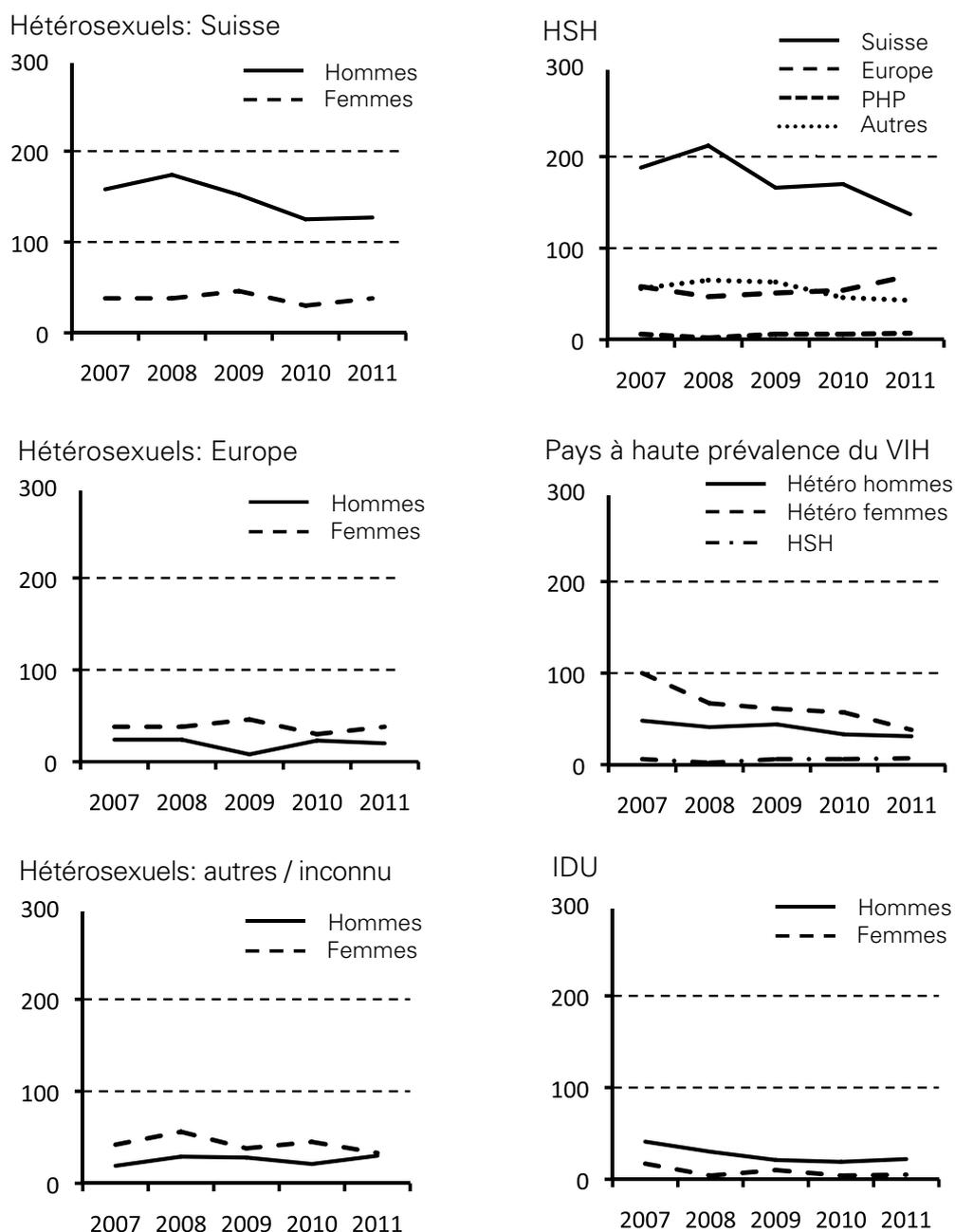
Les nationalités des personnes concernées varient selon la voie d'infection (tableau 2) : en 2010/2011, la part

des personnes de nationalité suisse dans le groupe des HSH et des consommateurs de drogues (consommateurs de drogue par injection (IDU)) était dans chacun de près de 60 %. Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, elle était à peine supérieure à la moitié de ce résultat (32 %). Dans ce groupe, la part des personnes originaires d'un pays à haute prévalence du VIH dans la population générale était presque aussi élevée (pays à haute prévalence du VIH, PHP, → Abréviations, page 1). En Suisse, ce sont principalement les pays d'Afrique subsaharienne. La part des personnes originaires d'un PHP était inférieure à 3 % chez les HSH et IDU.

Dans le groupe infecté par voie hétérosexuelle, la proportion de femmes était en moyenne de 51 %, mais avec de fortes variations selon la nationalité (tableau 3) : chez les personnes originaires d'un PHP, la proportion de femmes était de presque 60 %, chez

Figure 3

Diagnosics du VIH 2007–2011 dans différents groupes de personnes selon la voie d'infection, la nationalité, le sexe et l'année du test¹



¹ estimation sur le nombre total de tests de laboratoire (→ encadré Remarques méthodologiques, page 26) ; HSH : hommes ayant de rapports sexuels avec d'autres hommes; IDU : Consommateurs de drogue par injection (Injecting Drug Users) ; Autres: inclus aussi les cas pour lesquels la voie d'infection est inconnue ; PHP : pays à haute prévalence du VIH.

[\(table des matières\)](#)

les étrangers européens d'environ 35 %. Chez les personnes sans mention de la nationalité, la proportion de femmes était également plutôt élevée (61 %). On peut donc supposer que figurent parmi elles de nombreuses femmes ayant la nationalité d'un PHP.

Chez les IDU concernés, la variation de la proportion des femmes par nationalité n'est pas concluante, pour la simple raison qu'il n'y avait en 2010/2011 que des hommes parmi les 22 consommateurs de drogue par injection issus de l'immigration. La proportion de femmes chez les IDU suisses était de 31 %. Un résultat qui reflète la proportion de femmes dans la population sous-jacente des consommateurs de drogue par injection.

Répartition régionale en Suisse (Tableaux 4–5)

Les cantons suisses diffèrent les uns des autres pour ce qui est du taux de nouveaux diagnostics du VIH : alors que le taux pour l'ensemble de la Suisse était de 7,3 pour 100 000 habitants, le canton de Zurich a enregistré le taux le plus élevé de 13,0 en 2010/2011. Le taux le plus bas de 4,1 a été enregistré par le Plateau (AG, BL, SO) et la Suisse orientale (AI, AR, SG, SH, TG). Trois ans plus tôt, ces différences étaient encore plus marquées : le taux le plus élevé se situait à l'époque dans le canton de Genève (tableau 4). Le taux a diminué ou s'est stabilisé à un bas niveau dans toutes les régions et tous les grands cantons au cours des cinq dernières années.

Les cantons et régions diffèrent également en termes de répartition des voies d'infection (tableau 5) : ainsi, la part des HSH de 67 % dans le canton de Zurich était-elle nettement supérieure à la moyenne suisse (45 %) en 2010/2011.

Dans les cantons de Genève, de Vaud et du reste de la Suisse romande, la part des infections par voie hétérosexuelle était particulièrement élevée par rapport à la Suisse dans son ensemble (44 %) : durant les années 2010/2011, la part était de 62 % dans le canton de Genève et de 55–56 % dans le canton de Vaud et dans le reste de la Suisse romande. Si l'on considère les diagnostics du VIH sous l'angle de la nationalité, il s'avère que la migration joue bien un rôle impor-

tant : c'était avant tout la part des personnes originaires d'un pays à haute prévalence qui était particulièrement élevée dans les cantons cités avec 24–28 %, en comparaison avec la Suisse dans sa globalité (14 %).

Dans le canton de Berne, la part des diagnostics du VIH chez les consommateurs de drogue par injection était particulièrement élevée en 2007/2008 (16 %) mais aussi en 2010/2011 (10 %) par rapport à l'ensemble de la Suisse (2010/2011 : 4 %). Eu égard au faible nombre absolu des cas, ce résultat n'est toutefois pas sûr au plan statistique.

Ces cinq dernières années, la part des étrangers originaires d'Europe qui se sont infectés par voie hétérosexuelle a augmenté dans la plupart des cantons. Les changements concernant la part des hétérosexuels de Suisse et de pays à haute prévalence et des HSH n'étaient pas uniformes (tableau 5).

Infection par voie hétérosexuelle

Tendances (Figures 2–3)

De 2007 à 2011, le nombre de nouveaux diagnostics du VIH a continuellement diminué chez les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle (figure 2). Pour l'année 2011, l'estimation statistique est de 127 nouveaux diagnostics du VIH chez les hommes et de 122 chez les femmes. Une tendance à la baisse se manifeste avant tout chez les hommes suisses et les femmes de pays à haute prévalence (figure 3). Jusqu'en 2010, les diagnostics du VIH étaient nettement plus nombreux chez les femmes hétérosexuelles originaires d'un pays à haute prévalence (57) que chez les Suissesses (30). En 2010, les diagnostics du VIH étaient aussi nombreux (respectivement 38 cas).

Structure par âges (Tableau 6)

L'âge à la date du diagnostic du VIH était assez largement réparti chez les hétérosexuels : 10 % avaient entre 15–24 ans, 3 % plus de 65 ans et un tiers entre 25–34 ans. L'âge médian sur les cinq dernières années était de 36 ans. Une légère hausse de l'âge médian s'est dessinée en 2010/2011.

Les hommes hétérosexuels étaient en moyenne plus âgés de cinq ans que les femmes (39 ans contre 34 ans) à la date du diagnostic du VIH. Les personnes de nationalité suisse étaient nettement plus âgées lors du diagnostic du VIH que la moyenne (45 ans). Les personnes de pays à haute prévalence ou de nationalité inconnue étaient en revanche beaucoup plus jeunes (33 ans).

Infections récentes, primo-infections, diagnostics tardifs (Tableau 7)

Pour les nouveaux diagnostics du VIH des années 2010/2011, on obtient globalement – sur la base de l'Inno-Lia-Assay (→ Encadré Remarques méthodologiques, page 26) – une part d'infections récentes de 33 % en moyenne. Chez les Suisses hétérosexuels, cette part était similaire avec 36 %, chez les hétérosexuels étrangers, elle était toutefois nettement plus basse : environ 2 % chez les personnes de pays à haute prévalence et environ 16 % chez les autres étrangers.

Une primo-infection au VIH a été diagnostiquée chez environ 16 % de tous les nouveaux diagnostics du VIH des années 2010/2011. Pour les hétérosexuels, cette part plus basse était de l'ordre de 10 %. Il n'y a pas eu de différences dans la fréquence des primo-infections entre personnes de nationalité différente.

Environ 15 % de tous les nouveaux diagnostics du VIH des années 2010/2011 en étaient à un stade tardif. Chez les hétérosexuels de nationalité suisse, ce pourcentage était plus élevé, de l'ordre de 25 %, alors qu'il correspondait à la moyenne pour les étrangers hétérosexuels.

Lieu d'exposition (Tableau 8)

Les hétérosexuels de nationalité suisse ont cité la Suisse comme lieu probable d'exposition dans plus de la moitié des cas, 30 % ont indiqué l'étranger et le lieu d'exposition n'est pas indiqué dans près de 20 % des cas. Chez les étrangers, la proportion était inverse et c'était particulièrement flagrant chez les personnes originaires d'un pays à haute prévalence : 8 % des infections ont soi-disant eu lieu en Suisse, 62 % à l'étranger.

Lorsque la Suisse était indiquée comme lieu d'infection, les zones urbaines étaient plus fréquemment citées que les zones rurales. Chez les étrangers, ce schéma était plus marqué que chez les Suisses, notamment chez ceux de pays à haute prévalence : 60 % en zone urbaine contre 10 % en zone rurale, environ un tiers sans précision. Quand l'étranger était cité comme lieu d'infection, c'était à peu près aussi souvent lors d'un séjour de courte durée que d'un séjour de longue durée pour les Suisses (40 % ou 36 %). Chez les étrangers, il s'agissait bien plus souvent d'un séjour prolongé à l'étranger.

Type de relation (source d'infection)
(Tableau 9)

Les hétérosexuels ont mentionné un partenaire stable comme source probable d'infection dans 21 % des cas, un peu plus souvent un partenaire occasionnel (26 %) et un partenaire anonyme dans quelque 10 % des cas. Trois quarts environ des personnes ayant indiqué un partenaire stable comme source d'infection sont des femmes. Chez les personnes ayant cité un partenaire occasionnel, la proportion de femmes était de 41 %.

Infections sexuellement transmissibles
(Tableau 10)

Dans près de 5 % des cas de VIH diagnostiqués ces deux dernières années chez des hétérosexuels, une syphilis, une gonorrhée ou une infection à chlamydia remontant au maximum à deux ans avant le diagnostic VIH a été constatée dans le cadre de l'anamnèse. La syphilis a été citée dans deux tiers des cas, la gonorrhée dans 15 % et une chlamydie dans 19 %.

Nombre de partenaires au cours des deux dernières années
(Tableau 11)

Dans un diagnostic du VIH sur trois au cours des deux dernières années, les hétérosexuels ont cité un seul partenaire sexuel. Ce n'est qu'exceptionnellement que plus de cinq partenaires ont été cités (3 %). 10 % des personnes ont indiqué n'avoir pas eu de partenaire sexuel au cours des deux dernières années (cette mention fait défaut dans 38 % des cas).

Partenaires sexuels hétérosexuels
(Tableau 12)

Dans environ un tiers des cas de ces deux dernières années, les hétérosexuels ont cité un partenaire sexuel d'un pays à haute prévalence. Dans plus de la moitié de ces cas, la personne avec le diagnostic du VIH était elle-même originaire d'un pays à haute prévalence. 6 % ont cité des prostituées comme partenaires et 2 % un partenaire consommateur de drogue par injection.

Répartition régionale en Suisse
(Tableau 5)

La part des diagnostics du VIH avec voie d'infection hétérosexuelle a oscillé entre 27 % dans le canton de Zurich et 62 % dans le canton de Genève en 2010/2011. La moyenne suisse était de 44 %. Même dans les autres cantons francophones, la part était supérieure à la moyenne (Vaud et reste de la Suisse romande 55–56 %). Une tendance croissante de la part des diagnostics du VIH avec voie d'infection hétérosexuelle s'est en outre manifestée ces cinq dernières années dans le canton de Genève.

Si la nationalité de la personne concernée est prise en compte dans le diagnostic du VIH avec voie d'infection hétérosexuelle, il apparaît que la part élevée dans les cantons romands se limite aux cas étrangers, notamment de pays à haute prévalence. A Genève, dans le canton de Vaud et dans le reste de la Suisse romande, la part des pays à haute prévalence était de 24 % à 27 %, contre 14 % en moyenne en Suisse. L'augmentation de la part hétérosexuelle dans le canton de Genève concernait de façon presque exclusive des étrangers non originaires d'un pays à haute prévalence. Le nombre total de nouveaux diagnostics du VIH pour 100 000 habitants dans ce canton ayant toutefois nettement diminué de 20,5 à 12,3, ce déplacement des proportions ne signifie pas que des cas plus nombreux aient été comptabilisés en chiffres absolus dans ce groupe de personnes : il y avait en moyenne une quinzaine de cas par an.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Tendances
(Figures 2–3)

Le nombre des nouveaux diagnostics du VIH chez les HSH est monté jusqu'à 330 en 2008. Cette augmentation correspondait à une tendance observable depuis 2003 [2]. Un retournement de tendance s'est produit en 2009 : le nombre de nouveaux diagnostics du VIH marque un recul depuis cette date. L'estimation statistique pour l'année 2011 débouche sur 250–260 nouveaux diagnostics VIH.

La diminution des nouveaux diagnostics du VIH s'observe uniquement chez les HSH suisses, proportionnellement majoritaires (figure 3). Environ 140 nouvelles infections au VIH ont été diagnostiquées chez eux en 2011. Sur la période considérée, il y a eu une cinquantaine de cas par an avec une tendance légèrement à la hausse chez les HSH originaires des pays étrangers européens. Des cas encore moins nombreux ont été déclarés chez des HSH de pays d'Amérique (environ 25 par an, essentiellement des Brésiliens) et d'Asie (moins de 10 par an, essentiellement des Thaïlandais). Des cas de HSH de pays à haute prévalence ont été rarement déclarés (tableau 2).

Structure par âges
(Tableau 6)

Plus des deux tiers des HSH étaient âgés de 25 à 44 ans au moment du diagnostic du VIH. Seul un peu plus de 1 % avait plus de 65 ans. L'âge médian sur les cinq dernières années était de 37 ans. Les HSH de nationalité suisse étaient en moyenne plus âgés (39 ans) que les étrangers européens (34 ans) lors du diagnostic du VIH.

Infections récentes, primo-infections, diagnostics tardifs
(Tableau 7, → Encadré Remarques méthodologiques, page 26)

Chez les HSH, le taux d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics du VIH des années 2010/2011 était de 53 %, nettement supérieur à la moyenne des diagnostics du VIH (33 %). La part des diagnostics du VIH où une primo-infection au VIH a été

constatée était de 25 %, également supérieure à la moyenne (16 %). A l'inverse, la part des diagnostics au stade tardif dans ce groupe était inférieure à la moyenne (10 % contre 15 % en moyenne).

Lieu d'exposition (Tableau 8)

Les HSH ont cité bien plus souvent la Suisse (62 %) comme lieu d'infection probable que l'étranger (18 %). Quand la Suisse était citée, cela concernait plus fréquemment une zone urbaine (71 %) qu'une zone rurale (3 %). Quand l'étranger a été cité comme lieu d'infection, il s'agissait plus fréquemment d'un séjour de courte durée (39 %) que d'un séjour prolongé (15 %).

Type de relation (source d'infection) (Tableau 9)

Dans environ 16 % des cas, les HSH ont cité un partenaire stable comme source d'infection. Ils ont cités bien plus fréquemment un partenaire occasionnel (42 %) ou un partenaire anonyme (22 %).

Infections sexuellement transmissibles (Tableau 10)

Dans un diagnostic du VIH sur cinq au cours de ces deux dernières années, une syphilis, une gonorrhée ou une infection à chlamydia remontant au maximum à deux ans avant le diagnostic du VIH a été constatée dans le cadre de l'anamnèse. La syphilis a été citée dans 57 % des cas, la gonorrhée dans 26 % et une chlamydie dans 16 %.

Nombre de partenaires au cours des deux dernières années (Tableau 11)

28 % des HSH infectés au VIH ont cité deux à cinq partenaires sexuels, un quart plus de cinq. Un partenaire unique a été cité dans 14 % des cas, 3 % ont indiqué n'avoir pas eu le moindre partenaire au cours des deux dernières années (cette mention fait défaut dans 30 % des cas).

Répartition régionale en Suisse (Tableau 5)

La part des diagnostics du VIH chez les HSH a oscillé entre 28 % dans le

canton de Genève et 67 % dans le canton de Zurich sur la période 2010/2011. La moyenne suisse était de 45 %. Dans le canton de Zurich, la part relative chez les HSH a augmenté de 60 % à 67 % entre 2007/2008 et 2010/2011. Le nombre total de nouveaux diagnostics du VIH dans ce canton ayant toutefois reculé sur la même période de 15,0 à 13,0 cas pour 100 000 habitants, ce changement de proportion ne correspond pas à une augmentation en nombre absolu.

Consommateurs de drogue par injection (IDU)

Tendances (Figures 2–3)

Conformément à une tendance déjà constatée depuis 2003 ([2]), le nombre de nouveaux diagnostics a également continué à diminuer chez les IDU hommes et femmes entre 2007 et 2011, et s'est stabilisé à un faible niveau. Pour l'année 2011, l'estimation statistique pour les IDU masculins est de 22 cas, contre 5 pour les femmes. Les personnes concernées étaient majoritairement de nationalité suisse (14 cas).

Structure par âges (Tableau 6)

Par rapport aux hétérosexuels et aux HSH, l'âge à la date du diagnostic du VIH est moins dispersé chez les IDU : trois quarts des personnes concernées ont entre 25 et 44 ans. L'âge médian était de 37 ans au cours des cinq dernières années. En raison du faible nombre de cas dans ce groupe, aucune conclusion n'est possible quant aux tendances en matière d'âge, à la différence d'âge entre les hommes et les femmes ou entre Suisses et étrangers.

Infections récentes, primo-infections, diagnostics tardifs (Tableau 7)

Le faible nombre absolu de nouveaux diagnostics VIH chez les IDU ne permet pas de tirer de conclusions sûres quant à la part des stades précoces et tardifs. En 2010/2011, le taux des infections récentes était d'environ 10 % (contre 33 % en moyenne pour tous les diagnostics du VIH). Une primo-

infection au VIH a également été diagnostiquée beaucoup plus rarement (5 %) qu'en moyenne (16 %). A l'inverse, l'infection au VIH a été diagnostiquée plus souvent à un stade tardif (22 %) qu'en moyenne (15 %).

Lieu d'exposition (Tableau 8)

Les IDU ont cité bien plus souvent la Suisse (63 %) comme lieu d'infection probable que l'étranger (22 %). Dans les cas des deux dernières années, où la Suisse a été citée, le lieu d'infection aurait été une zone urbaine, dans la mesure où ces indications ont été données.

Source d'infection (Tableau 9)

Les IDU n'ont qu'exceptionnellement cité un partenaire sexuel comme source d'infection. Dans environ 60 % des cas, ils ont cité l'échange de seringues.

Infections sexuellement transmissibles (Tableau 10)

Parmi les 51 cas de VIH des deux dernières années chez les IDU, une infection sexuellement transmissible (gonorrhée) n'a été relevée que chez une personne lors de l'anamnèse.

Partenaires sexuels hétérosexuels (Tableau 12)

Pour 10 % des IDU auxquels le VIH a été diagnostiqué ces deux dernières années, on sait qu'ils ont eu des relations sexuelles avec d'autres consommateurs de drogues.

Répartition régionale en Suisse (Tableau 5)

La part des diagnostics du VIH chez les IDU a oscillé entre près de 2 % en Suisse orientale et 17 % dans le canton de Bâle-Ville en 2010/2011. La moyenne suisse était de 4 %. Avec 10 %, la part était également plus importante dans le canton de Berne. En raison des faibles valeurs absolues, ces proportions doivent cependant être interprétées avec prudence. Le pourcentage dans le canton de Bâle-Ville était toutefois déjà élevé cinq ans plus tôt, où il était de 16 %. En valeurs absolues, cela signifie que le nombre

de cas diagnostiqués en moyenne chez des consommateurs de drogues dans ce canton en 2007/2008 était à peu près équivalent à celui de 2010/2011, à savoir 5 cas par an.

SIDA

Le nombre de cas de sida a significativement diminué depuis l'apparition des thérapies antiretrovirales combinées (TAR) au milieu des années 90 [6]. En 1995, 734 déclarations de sida ont été enregistrées. Durant les années 2007 à 2011, il y a eu moins de 200 déclarations de sida par an, avec une légère tendance à la baisse (tableau 13).

Les déclarations de sida sont souvent envoyées avec un important retard. Pour cette raison, le nombre de déclarations de sida ne permet pas de déterminer directement le nombre de nouveaux cas diagnostiqués au cours d'une certaine année. Le tableau 14 montre le nombre de nouveaux cas de sida par année du diagnostic, les chiffres des cinq dernières années ayant été corrigés pour les retards de

déclaration (→ Encadré Remarques méthodologiques, page 26).

Les nouveaux cas de sida étaient encore en léger recul de 2007 à 2009. Une légère hausse se manifeste à nouveau depuis lors. Pour des raisons statistiques, l'estimation pour 2011 devrait toutefois être un peu trop élevée, car il n'y a que 92 déclarations comme base de calcul pour cette année. Une hausse se remarque avant tout dans le groupe hétérosexuel : après 2009, plus de 50 % des nouveaux cas de sida concernaient des personnes ayant été infectées par voie hétérosexuelle, alors qu'elles étaient un peu moins de la moitié avant 2009. La part des cas chez les HSH était d'environ un tiers durant la période considérée, celle des consommateurs de drogue d'environ 10 %, soit plus du double que pour les diagnostics du VIH (tableau 1).

CHLAMYDIOSE

Situation générale, proportion de femmes, structure par âges
(Figure 4, tableaux 15–16)

Le nombre de test positifs à *Chlamydia* déclaré à l'OFSP augmente progressivement depuis une dizaine d'années (7203 cas en 2011). Cette hausse est observable tant chez les hommes que chez les femmes (figure 4).

Les nouvelles infections étaient beaucoup plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes : 102 cas pour 100 000 femmes contre 39 cas pour 100 000 hommes durant la période 2007/2008, 122 cas contre 50 en 2010/2011. La proportion de femmes a diminué de 74 % à 71 % entre 2007 et 2011.

La répartition des cas par sexe et classe d'âge n'a pas changé ces cinq dernières années. Chez les femmes, plus de 50 % des cas ont été diagnostiqués dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans et environ 33 % dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans. Seul 1 % des cas concernait des femmes de plus de 55 ans. L'âge médian était stable à 24 ans au cours des cinq dernières années.

Chez les hommes, les 25 à 34 ans étaient le plus fréquemment représentés parmi les cas de chlamydie, suivis des jeunes hommes de 15 à 24 ans,

Figure 4

Cas de *Chlamydia trachomatis* 2007–2011 selon le sexe et l'année du diagnostic.

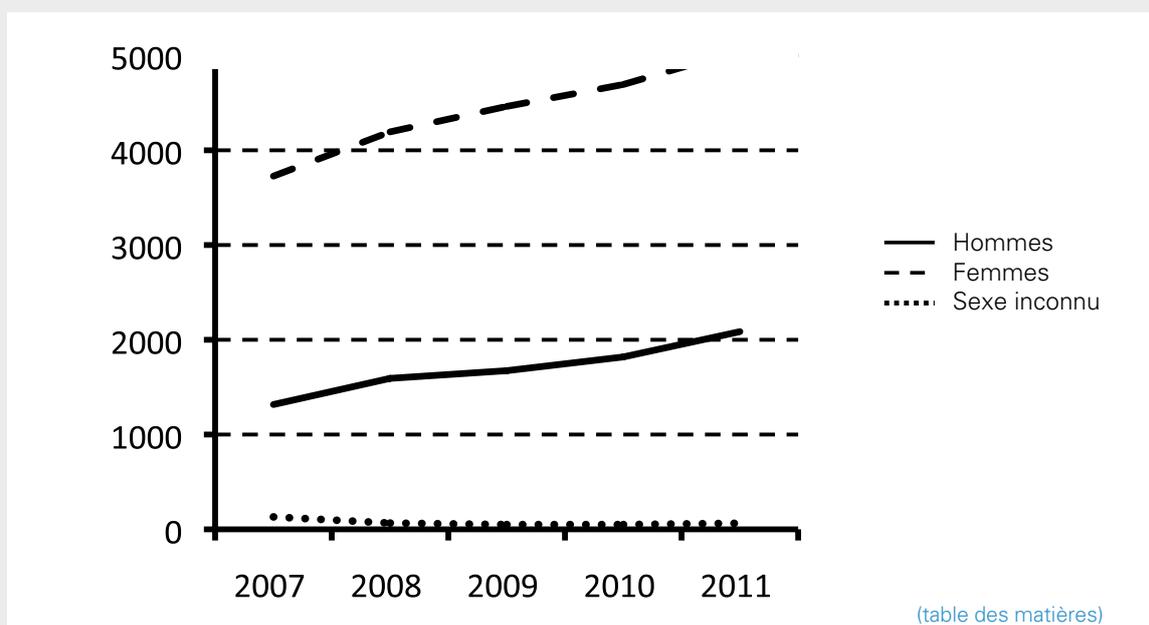
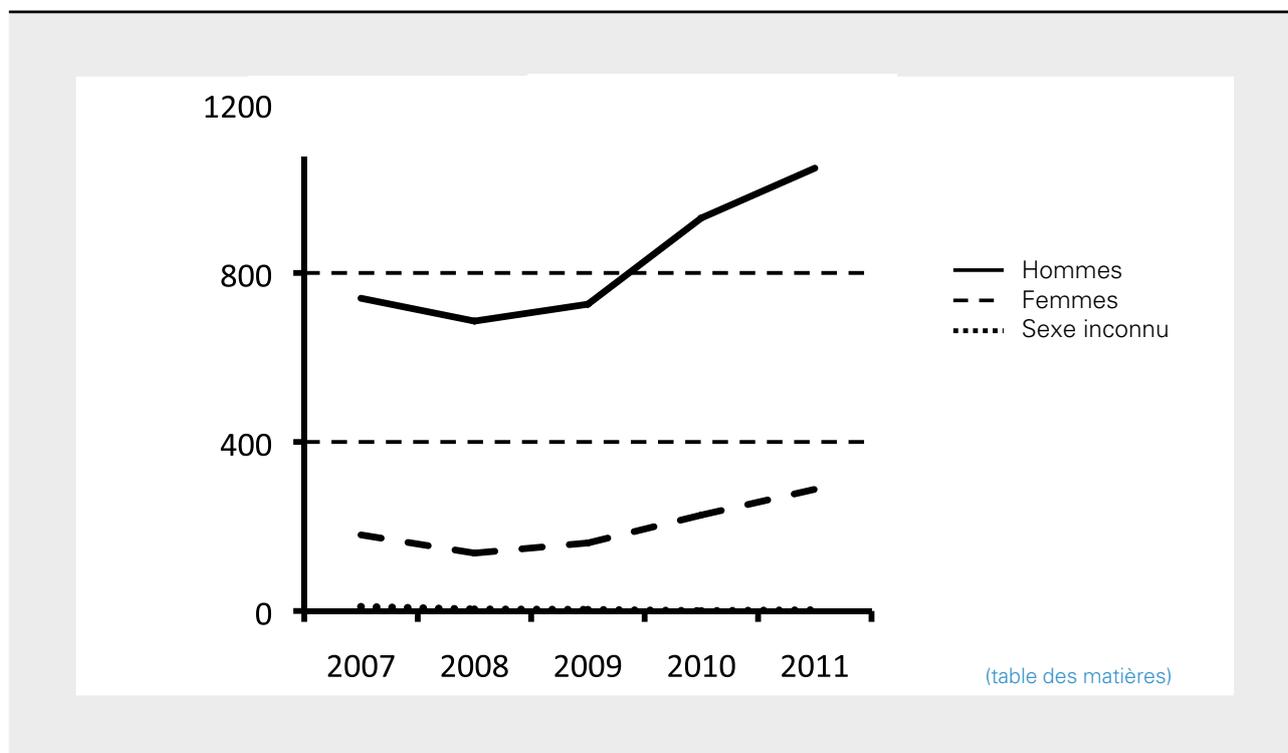


Figure 5

Cas confirmés de gonorrhée 2007–2011 selon le sexe et l'année du diagnostic.



qui représentaient un quart des cas. L'âge médian était stable à 30 ans au cours des cinq dernières années. A la date de leur diagnostic, les hommes avaient en moyenne 6 ans de plus que les femmes.

Répartition régionale en Suisse (Tableaux 17–18)

Les cantons diffèrent considérablement à l'aune du taux de nouveaux cas de chlamydie pour 100 000 habitants (tableau 17) : dans les cantons urbains, le taux moyen de 87 cas pour 100 000 habitants (2010/2011) a été largement dépassé, notamment à Genève (187), Bâle-Ville (148), Zurich (108) et Vaud (95). A l'exception du Tessin et des Grisons (99), le taux était inférieur à la moyenne dans les autres régions.

Le taux des nouvelles infections à *Chlamydia* a en moyenne augmenté de 72 à 87 cas pour 100 000 habitants entre 2007/2008 et 2010/2011. Le canton de Vaud a enregistré une hausse particulièrement forte de 53 à 95.

La proportion de femmes (en

moyenne 71 % en 2011) dans les infections à *Chlamydia* déclarées a peu varié entre les différents cantons et régions de Suisse. En 2007/2008, la proportion de femmes était d'environ 77 % dans les cantons de Bâle-Ville, Berne et en Suisse romande. Elle était la plus faible dans le canton de Zurich avec un taux de 64 % (tableau 18).

GONORRHÉE

Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité (Tableaux 19–21, figures 5–7)

Le nombre de cas de gonorrhée est resté stable à un niveau élevé jusqu'en 2009. La tendance à la hausse déjà observée en 2010 s'est poursuivie en 2011 : 1416 cas ont été déclarés en 2011, dont 1338 ont été confirmés. Cela correspond à une augmentation des cas confirmés de 12 % par rapport à 2010 (tableau 19, figure 5).

La répartition des cas par sexe est restée inchangée par rapport aux années passées. La proportion de

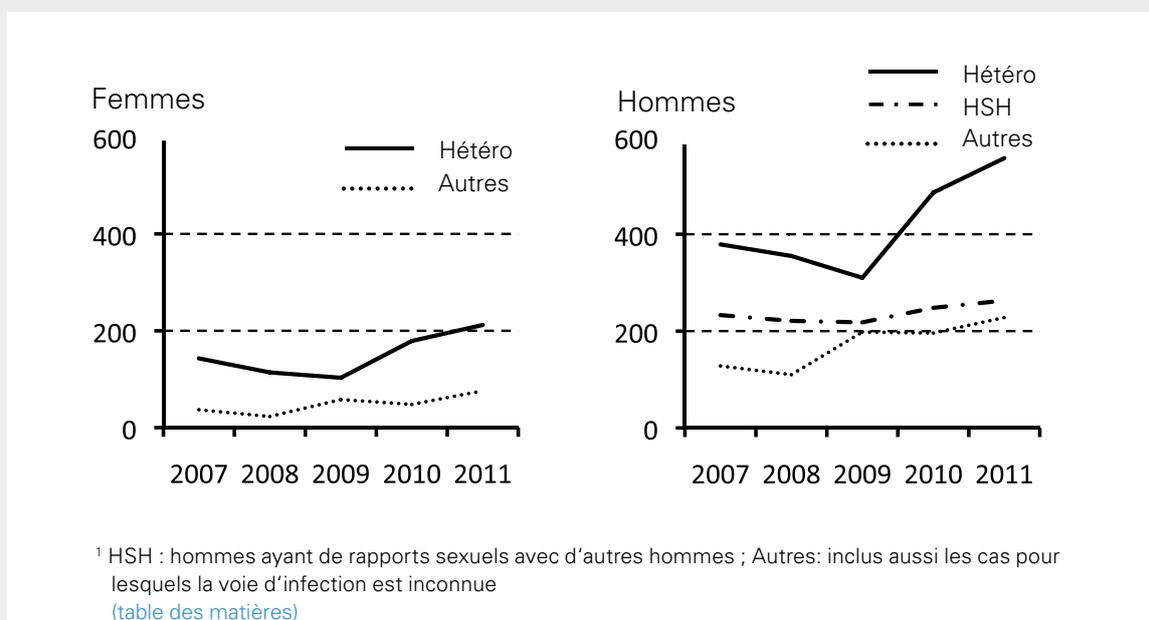
femmes était d'environ 20 % (tableau 19). La part des cas avec voie d'infection hétérosexuelle d'environ 57 % est également restée constante pendant la période considérée, hormis en 2009 où elle était de 46 %. La part des cas avec voie d'infection homosexuelle était en léger recul dès 2008 (27 % (2011 : 20 %).

Le nombre de cas chez les femmes a doublé entre 2009 et 2011 (figure 6). Chez les HSH, le nombre de cas est resté relativement stable, une légère augmentation ayant été observée ces deux dernières années. La prudence est cependant de mise lors de l'interprétation de ces données, car la voie d'infection est inconnue dans environ un cinquième des cas (hommes et femmes).

En 2011, un peu plus de la moitié des infections chez les hommes était due à une relation hétérosexuelle, un quart des cas à une relation homosexuelle. Plus de 73 % des femmes indiquent une préférence hétérosexuelle en 2011.

Au total, les personnes affectées par des infections à gonocoque étaient majoritairement de nationalité suisse,

Figure 6

Cas confirmés de gonorrhée 2007–2011 selon le sexe, la voie d'infection et l'année du diagnostic¹

d'infimes différences s'étant manifestées pour les différentes voies d'infection (tableau 20).

En 2010 et 2011, environ deux tiers des hommes qui s'étaient infectés par le biais de contacts homosexuels étaient des Suisses, 15 % des HSH infectés étaient originaires des pays étrangers européens, 1 % d'un pays à haute prévalence du VIH.

Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 60 % étaient de nationalité suisse, 17 % étaient originaires d'un pays étranger européen et moins de 3 % d'un PHP.

La proportion de femmes dans le groupe des hétérosexuels était en moyenne de 27 % et ne variait guère en fonction de la nationalité (tableau 21) : environ 28 % de Suissesses, 30 % de femmes d'autres nationalités européennes et 33 % de femmes de pays à haute prévalence. Chez les personnes sans mention de la nationalité, la proportion de femmes était inférieure à la moyenne (22 %).

La figure 7 montre l'évolution des cas de gonorrhée depuis 2007 en te-

nant compte de la voie d'infection et de la nationalité. La tendance est à la hausse pour les HSH et les hétérosexuels des deux sexes de nationalité suisse ou européenne. L'augmentation était particulièrement forte chez les hétérosexuels masculins de nationalité suisse. Aucune tendance évidente n'est observée chez les personnes de pays à haute prévalence du VIH ou de nationalité inconnue.

Répartition régionale en Suisse (Tableaux 22–23)

Au cours de la période observée, il y a eu de fortes disparités entre les cantons en ce qui concerne l'incidence des nouveaux cas de gonorrhée. Le taux moyen en Suisse était de 15,8 cas pour 100 000 habitants en 2010/2011. Une différence sensible entre le taux le plus élevé de 30,6 dans le canton de Zurich et le taux le plus bas de 7,1 en Suisse romande (FR, JU, NE, VS) a pu être constatée. Ces différences se sont manifestées dès

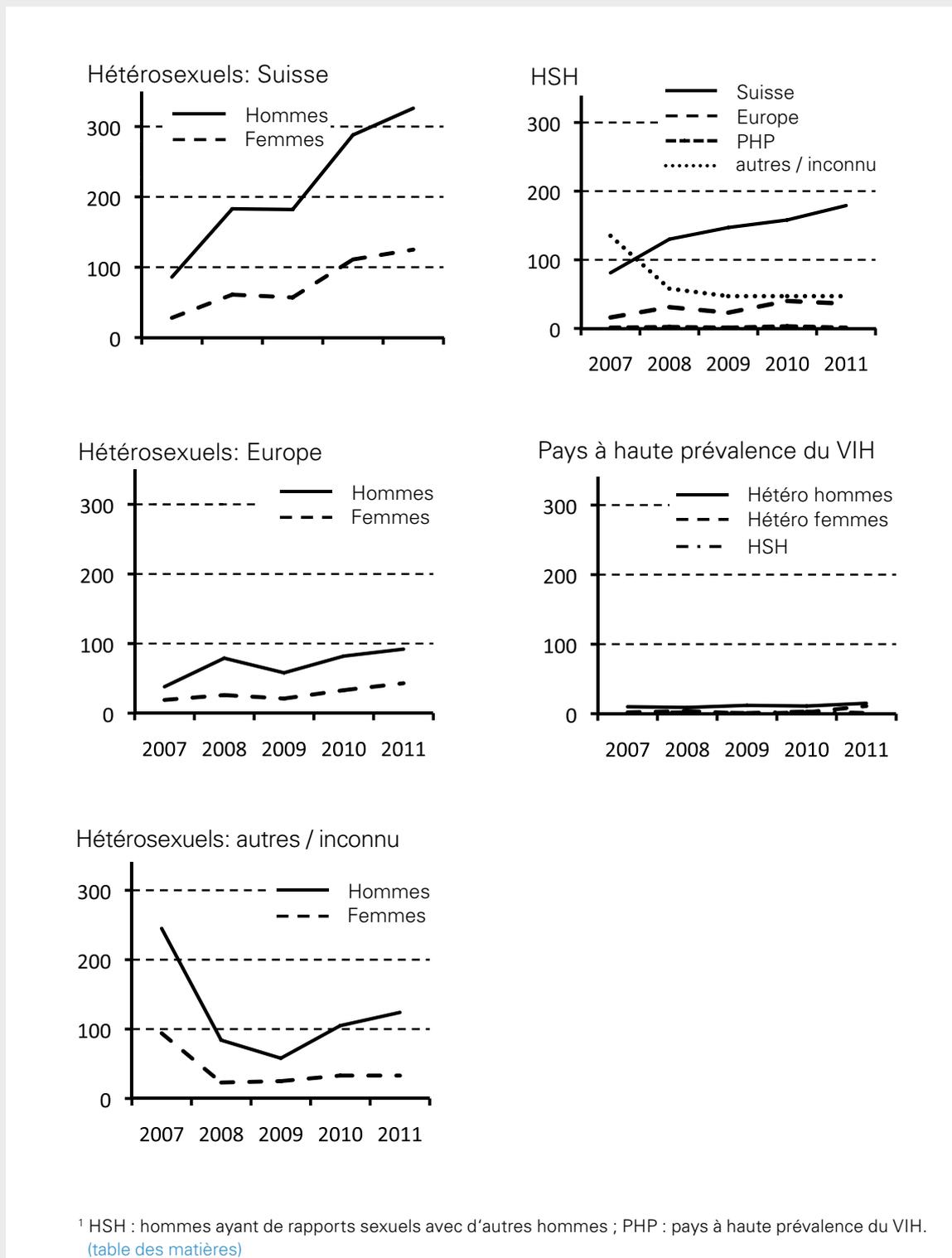
2007/2008. Ces cinq dernières années, l'incidence a augmenté dans toutes les régions et dans les grands cantons ou de moins est resté stable (Suisse centrale ainsi que Tessin et Grisons, tableau 22).

En termes de voie d'infection, la comparaison entre 2007/2008 et 2010/2011 montre une tendance stable en Suisse pour la voie d'infection hétérosexuelle (environ 57 %) et un recul de 25,8 % à 21,5 % pour la voie d'infection homosexuelle (tableau 23). Certaines différences entre les cantons sont toutefois apparues. Ainsi, a-t-on pu observer une tendance croissante dans les cantons de Berne, de Genève et de Vaud pour la voie d'infection hétérosexuelle avec une augmentation de plus de 10 %. La tendance était en revanche à la baisse dans le canton de Zurich. En Suisse orientale et dans le canton de Berne, la voie d'infection hétérosexuelle était supérieure à la moyenne suisse de 57 % avec des valeurs d'environ 69 % durant la période 2010/2011.

A l'exception du canton de Bâle-

Figure 7

Cas confirmés de gonorrhée 2007–2011 dans différents groupes de personnes selon la voie d'infection, la nationalité, le sexe et l'année du diagnostic¹



¹ HSH : hommes ayant de rapports sexuels avec d'autres hommes ; PHP : pays à haute prévalence du VIH. [\(table des matières\)](#)

Ville (hausse de 17,7 % à 23,6 %), une tendance à la baisse des infections à gonocoque a été observée dans toute la Suisse pour les HSH. Dans le canton de Berne, la part des HSH a diminué de plus de la moitié, de 34,2 % dans les années 2007/2008 à 15,3 en 2010/2011. Durant la période 2007/2008, la part des HSH dans les cantons de Berne et de Vaud était la plus forte avec plus d'un tiers des cas. En 2010/2011, ce fut au tour du canton de Zurich d'afficher la part la plus élevée (27 %).

Infection par voie hétérosexuelle

Tendances
(Figures 6–7)

Le recul des cas de gonorrhée dans les années 2007 à 2009 fut suivi d'un retournement de tendance en 2009 avec une augmentation des infections à gonocoque, qui se confirme jusqu'à ce jour. Cette tendance est particulièrement forte chez les Suisses et les Suissesses (figure 7) : en 2011, deux tiers des personnes infectées par la gonorrhée par voie hétérosexuelle étaient de nationalité suisse. Le nombre total de cas confirmés chez les femmes a doublé sur la période 2009–2011.

Structure par âges
(Tableau 24)

Près de 60 % des hommes et des femmes qui ont contracté la gonorrhée via des contacts hétérosexuels avaient moins de 35 ans lors du diagnostic. La plupart des cas concernaient le groupe d'âge des 25 à 34 ans, suivi du groupe des 15 à 24 ans. Moins de 2 % des cas concernaient des personnes de plus de 65 ans.

L'âge médian calculé sur les cinq dernières années était de 31 ans. Depuis 2007, l'âge médian a légèrement baissé. A la date du diagnostic, les femmes âgées en moyenne de 27 ans avaient six ans de moins que les hommes. Les personnes de nationalité suisse étaient plus âgées que la moyenne au moment du diagnostic (32 ans), alors que celles de pays à haute prévalence du VIH étaient plus jeunes (27 ans).

Lieu d'exposition probable
(Tableau 25)

En 2010/2011, il n'y avait pratiquement pas de différence quant au lieu probable de l'infection entre les personnes de nationalité suisse et celles issues de l'immigration. Dans plus de deux tiers des cas, la Suisse a été citée comme lieu d'infection, dans 14 % des cas l'étranger. Aucune indication n'a été donnée quant au lieu d'infection dans 16 % à 19 % des cas.

Type de relation (source d'infection)
(Tableau 26)

En 2010/2011, un partenaire stable a été cité comme source d'infection la plus probable dans 41 % des cas, un partenaire occasionnel dans 36 % des cas. Chez les personnes qui ont cité un partenaire stable, la proportion de femmes était de 44 %, chez celles qui ont cité un partenaire occasionnel, elle était de 15 %.

Infections sexuellement transmissibles
(Tableau 27)

Environ 11 % des hétérosexuels ont indiqué avoir déjà contracté une infection sexuellement transmissible dans le passé. 40 % des personnes n'ont pas répondu à la question du diagnostic antérieur d'une IST.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Tendances
(Figures 6–7)

Depuis 2007, le nombre de cas de gonorrhée chez les HSH a légèrement augmenté. Chaque année, 236 cas ont été déclarés en moyenne (figure 6). Dans près de 70 % des cas, il s'agissait d'hommes de nationalité suisse (figure 7). Chez les HSH originaires d'Europe, 30 cas ont été déclarés en moyenne chaque année.

Structure par âges
(Tableau 24)

Près de 70 % des HSH avaient entre 25 et 44 ans au moment du diagnostic de gonorrhée. Moins de 1 % des hommes avaient moins de 65 ans.

L'âge médian calculé sur les cinq dernières années était de 34 ans. Avec 36 ans en moyenne, les HSH de nationalité suisse étaient un peu plus âgés lors du diagnostic que les étrangers européens (33 ans). Les HSH de pays à haute prévalence se situaient entre ces deux groupes avec en moyenne 34,5 ans au moment du diagnostic.

Lieu d'exposition probable
(Tableau 25)

Les indications relatives au lieu d'infection probable étaient presque identiques pour les Suisses et les étrangers en 2010/2011. Dans près des trois quarts des cas, les HSH ont cité la Suisse comme lieu d'infection, dans 10 % à 12 % des cas l'étranger. Environ 15 % des Suisses et 18 % des étrangers ne se sont pas exprimés sur le lieu d'infection.

Type de relation (source d'infection)
(Tableau 26)

Comme source d'infection probable, les HSH ont plus fréquemment cité un partenaire occasionnel (56 %) qu'un partenaire stable (29 %) en 2010/2011. Aucune indication n'a été donnée à ce sujet dans 14 % des cas.

Infections sexuellement transmissibles
(Tableau 27)

Près de 40 % des HSH ont indiqué avoir déjà contracté une infection sexuellement transmissible dans le passé. 34 % n'ont pas répondu à la question du diagnostic antérieur d'une IST.

SYPHILIS

Situation générale, voies d'infection, proportion de femmes, nationalité

(Figures 8–10, tableaux 28–30)

Le nombre de cas de syphilis déclarés a très rapidement augmenté depuis la réintroduction de l'obligation de déclarer en 2006. En 2010, le nombre a atteint son plus haut niveau avec 452 cas confirmés (figure 8). Ce n'est qu'en 2011, que la tendance a semblé s'inverser, avec 404 cas, soit une diminution d'environ 10 % par rapport à l'année précédente. La prudence est ce-

pendant de mise lors de l'interprétation de ces chiffres, car d'autres cas pourraient être confirmés dans les prochaines semaines (en partie à cause des retards de déclaration). Nous pourrions néanmoins voir un signe positif dans ce recul, car il y avait à la fois une déclaration de laboratoire et une déclaration médicale complémentaire pour plus de 80 % des cas au début de cette année (tableau 28), ce qui correspond à la moyenne des années précédentes. La répartition des cas par sexe est restée inchangée durant la période observée. Environ 85 % des cas de syphilis ont été diagnostiqués chez des hommes.

La part de voie d'infection hétérosexuelle a constamment baissé depuis 2008 pour s'établir autour de 21 % en 2011. La part de voie d'infection homosexuelle a, en revanche, augmenté, atteignant la valeur maximale de 65 % en 2011 (tableau 29). Dans environ 14 % des cas en 2011, la préférence sexuelle n'a pas été précisée.

L'analyse séparée selon les sexes montre des tendances différentes

chez les hommes et les femmes selon la préférence sexuelle (figure 9) : chez les hommes, le nombre des cas de syphilis a progressé jusqu'à 387 cas en 2010. La diminution des diagnostics de syphilis constatée un an plus tard ne concernait que la fraction de 15 % des hommes qui s'étaient infectés par le biais de contacts hétérosexuels. Le nombre de HSH infectés (73 % des hommes) est resté stable à un très haut niveau entre 2010 et 2011. Chez les femmes, le nombre des cas diagnostiqués a progressivement augmenté jusqu'en 2009, diminuant depuis, avec 33 cas confirmés en 2011. Plus des trois quarts des femmes se sont infectées par voie hétérosexuelle.

Tout comme la gonorrhée, la syphilis a principalement été diagnostiquée chez des personnes de nationalité suisse. De légères différences sont apparues quant à la voie d'infection (tableau 29).

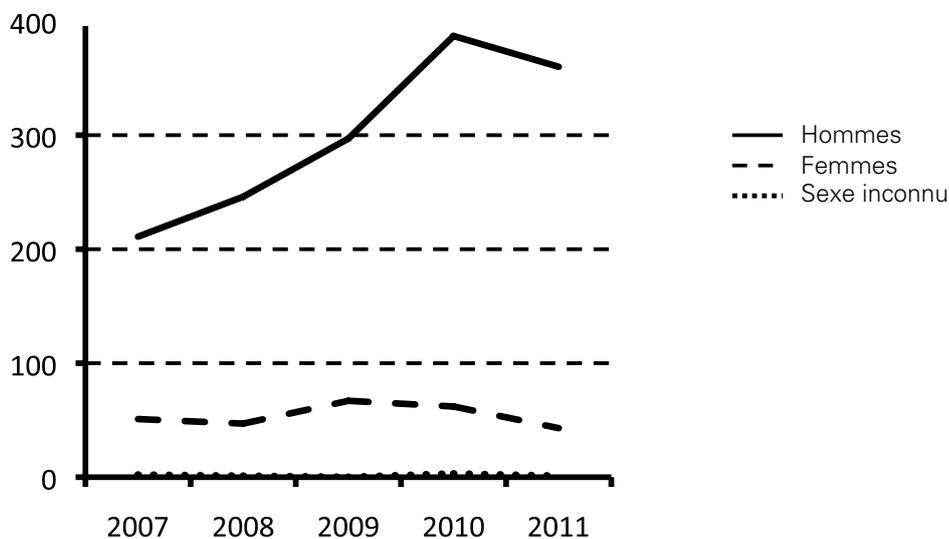
Durant les années 2010/2011, deux tiers des hommes qui se sont infectés par le biais de contacts homosexuels étaient des Suisses ; 18 % étaient des étrangers européens. La part des

hommes de pays à haute prévalence du VIH était inférieure à 1 %.

57 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle étaient de nationalité suisse, 15 % des étrangers européens et environ 8 % des personnes originaires de pays à haute prévalence. Plus d'un tiers des personnes infectées par cette voie étaient des femmes, leur part variant fortement selon la nationalité (tableau 30). La part des Suissesses était de 29 %, celle des femmes de pays étrangers européens de 18 %. Chez les personnes de pays à haute prévalence, la part était de près de deux tiers. Chez les personnes sans indication de la nationalité, la proportion de femmes de 52 % était légèrement supérieure à la moyenne, ce qui suggère qu'il y avait parmi elles de nombreuses femmes d'un pays à haute prévalence.

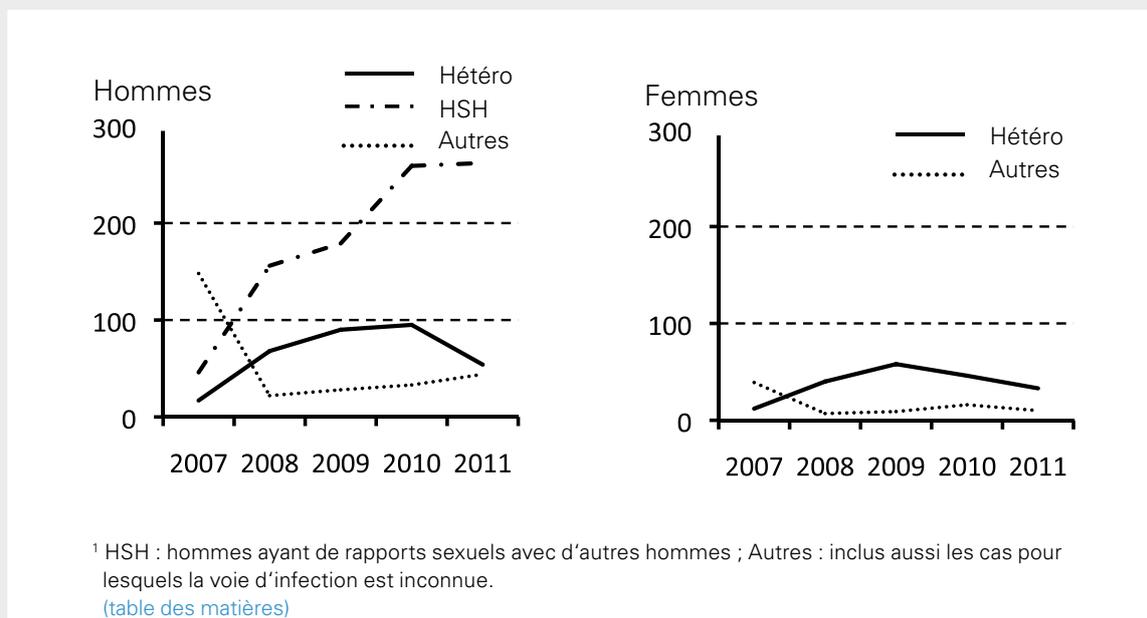
La figure 10 montre l'évolution de la syphilis depuis 2007 en tenant compte de la voie d'infection et de la nationalité. La tendance à la hausse s'est poursuivie chez les HSH, notamment de nationalité suisse. Le nombre de cas de syphilis a en revanche fortement

Figure 8
Cas confirmés de syphilis 2007–2011 selon le sexe et l'année du diagnostic.



(table des matières)

Figure 9

Cas confirmés de syphilis 2007–2011 selon le sexe, la voie d'infection et l'année du diagnostic¹

diminué chez les hommes hétérosexuels, principalement chez les Suisses, mais aussi chez les étrangers. La moitié des femmes qui ont contracté la syphilis par voie hétérosexuelle étaient de nationalité suisse et environ 18 % étaient originaires de pays à haute prévalence du VIH.

Répartition régionale en Suisse

(Tableaux 31–32)

Au cours de la période observée, il y a eu de fortes disparités entre les cantons en ce qui concerne l'incidence des nouveaux cas de syphilis. En 2010/2011, le taux des nouvelles infections était de 5,4 cas pour 100 000 habitants (tableau 31). Le taux le plus élevé a été enregistré dans le canton de Genève avec 13,8 cas pour 100 000 habitants, le taux le plus bas avec 1,9 cas en Suisse orientale (AI, AR, SG, SH, TG). Dès 2007/2008, le taux dans le canton de Genève était supérieur à la moyenne nationale (10,3 contre 3,6). L'incidence de la syphilis a augmenté

dans tous les grands cantons de Suisse ces cinq dernières années. Il a légèrement reculé en Suisse orientale. Ce résultat doit cependant être interprété avec une certaine prudence, en raison du faible nombre de cas déclarés dans cette région. Il faut toutefois rappeler que le nombre total de cas confirmés a diminué respectivement en 2010 et 2011, ce que ne montre pas le tableau 31, puisque les deux années ont été combinées.

En ce qui concerne la répartition des cas de syphilis selon la voie d'infection, la part des hétérosexuels est restée relativement stable en Suisse entre les deux périodes examinées (25 % contre 27 %). Les nouvelles infections ont toutefois progressé de 36 % à 61 % chez les HSH (tableau 32), ce qui correspond à une nette diminution de la part des cas sans indication de la préférence sexuelle (de 39 % à 12 %).

Les variations entre les cantons au sujet de la préférence sexuelle sont très fortes sur la période observée. Il est ainsi difficile de décrire une ten-

dance générale. En 2010/2011, le canton de Zurich a par ailleurs présenté la part la plus élevée de cas chez les HSH, suivi de près par le canton de Genève. La part des hétérosexuels a augmenté dans les cantons de BE, VD, ZH, le Plateau, en Suisse orientale, au Tessin et dans les Grisons, alors qu'elle a reculé à Bâle-Ville, Genève et dans le reste de la Suisse romande, ainsi qu'en Suisse centrale.

Infection par voie hétérosexuelle

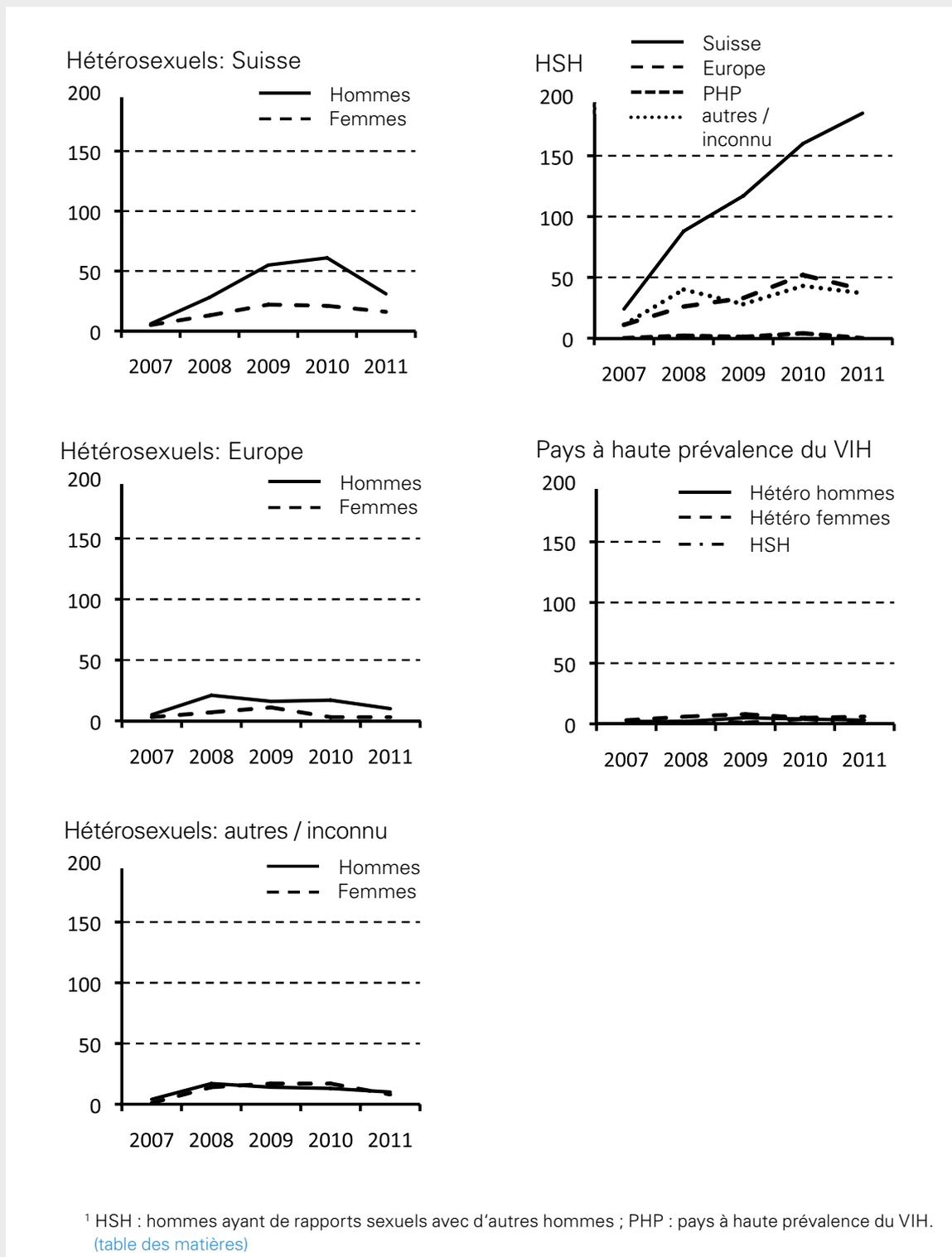
Tendances

(Figures 9–10)

L'augmentation des cas de syphilis depuis la réintroduction de l'obligation de déclarer a évolué différemment chez les hommes et femmes hétérosexuels. Chez les hommes, le nombre de cas a fortement augmenté jusqu'en 2010, avant d'enregistrer un net recul en 2011. Chez les femmes, le retournement de tendance s'est produit dès 2009. Depuis cette date, le nombre

Figure 10

Cas confirmés de syphilis 2007–2011 dans différents groupes de personnes selon la voie d'infection, la nationalité, le sexe et l'année du diagnostic¹



d'infections a continuellement baissé. Ce recul est particulièrement net chez les Suisses et les Suissesses : ils représentaient environ 57 % de tous les cas diagnostiqués avec voie d'infection hétérosexuelle sur la période 2010/2011.

Structure par âges (Tableau 33)

A la date du diagnostic de la syphilis, environ troisquarts des hommes et femmes hétérosexuels étaient âgés de 25 à 54 ans. Les 35 à 44 ans étaient les plus représentés parmi ces cas, suivis des 25 à 34 ans. Environ 9 % des cas se sont produits chez des personnes de plus de 65 ans. L'âge médian sur les cinq dernières années était de 41 ans. Depuis 2007, l'âge médian a légèrement augmenté. Avec 38 ans en moyenne, les femmes avaient en moyenne cinq ans de moins que les hommes au moment du diagnostic. Les personnes de nationalité suisse étaient plus âgées que la moyenne au moment du diagnostic (44 ans), alors que celles de pays à haute prévalence du VIH étaient plus jeunes (37,5 ans).

Stade (Tableau 34)

Parmi les cas de syphilis avec voie d'infection hétérosexuelle confirmés en 2010 et 2011, les troisquarts étaient à un stade infectieux, à savoir une syphilis primaire (36 %), secondaire (32 %) ou latente précoce (4 %). 20 % des cas se situaient au stade de latence tardive ou au stade tertiaire. Les indications relatives au stade de la maladie faisaient défaut dans 8 % des cas.

Lieu d'exposition probable (Tableau 35)

Durant les années 2010 et 2011, des différences sont apparues en ce qui concerne le lieu probable d'infection des Suisses et Suissesses hétérosexuels et celui des étrangers : la moitié des personnes de nationalité suisse et 36 % des étrangers ont cité un lieu d'infection en Suisse. 15 % des Suisses et des Suissesses et 28 % des étrangers ont indiqués avoir été infectés lors d'un séjour à l'étranger. Les informations sur le lieu probable d'infection manquaient dans un tiers des cas.

Type de relation (source d'infection) (Tableau 36)

En 2010/2011, la syphilis a été plus fréquemment diagnostiquée chez les personnes ayant un partenaire stable (40 %) que chez les personnes ayant des partenaires occasionnels (30 %). Environ la moitié des personnes ayant un partenaire stable étaient des femmes. Chez les personnes ayant cité un partenaire occasionnel, la proportion de femmes était de 12 %.

Infections sexuellement transmissibles (Tableau 37)

Environ 17 % des hétérosexuels ont indiqué avoir contracté antérieurement une infection sexuellement transmissible. 43 % n'ont pas répondu à la question du diagnostic antérieur d'une IST.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Tendances (Figures 9–10)

Chez les HSH, l'augmentation des cas de syphilis depuis 2007 était encore plus marquée que chez les hétérosexuels avec 262 cas en 2011. Dans 70 % des cas, il s'agissait de Suisses, les HSH d'un pays étranger européen représentant environ 15 % des cas (tableau 28).

Structure par âges (Tableau 33)

Plus de 80 % des HSH étaient âgés de 25 à 54 ans lorsque la syphilis leur a été diagnostiquée. La part des 35 à 44 ans était la plus forte. Moins de 3 % des hommes avaient plus de 65 ans. L'âge médian calculé sur les cinq dernières années était de 39 ans, aucune tendance n'ayant été constatée à propos de l'âge. Les HSH de nationalité suisse étaient un peu plus âgés (41 ans) que les étrangers européens (38 ans) au moment du diagnostic. Les HSH de pays à haute prévalence étaient les plus jeunes avec en moyenne 32 ans au moment du diagnostic.

Stade (Tableau 34)

Parmi les cas de syphilis confirmés en 2010 et 2011 chez les HSH, environ 90 % étaient à un stade infectieux, à savoir une syphilis primaire (43 %), secondaire (39 %) ou latente précoce (8 %). Les indications relatives au stade de la maladie faisaient défaut dans 5 % des cas.

Lieu d'exposition probable (Tableau 35)

Comme lieu d'infection le plus probable, les HSH ont davantage cité la Suisse (69 %) que l'étranger (9 %) en 2010/2011. Cette information faisait défaut dans près d'un quart des cas.

Type de relation (source d'infection) (Tableau 36)

Comme source d'infection probable, les HSH ont plus fréquemment cité un partenaire occasionnel (60 %) qu'un partenaire stable (24 %) en 2010 et 2011. Dans 13 % des cas, cette information n'était pas disponible.

Infections sexuellement transmissibles (Tableau 37)

Plus de 40 % des HSH ont indiqué avoir contracté antérieurement une infection sexuellement transmissible. 30 % des personnes n'ont pas répondu à la question du diagnostic antérieur d'une IST.

Discussion

Le présent rapport se fonde sur l'analyse des données du système de déclaration pour le VIH, la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis pour les années 2007 à 2011. La qualité des données sera évoquée dans un premier temps dans les sections suivantes. L'épidémiologie des quatre infections sera ensuite étudiée avant d'être comparée dans un dernier temps.

Qualité variable des données

Des tests effectués en laboratoire suffisent pour diagnostiquer de façon sûre une infection au VIH, à chlamydia ou à gonocoque. Des déclarations complémentaires de qualité sont par ailleurs requises pour la syphilis.

VIH

Les infections au VIH déclarées par les laboratoires autorisés sont extrêmement fiables, la qualité des données est bonne. 80 % à 85 % des cas de VIH déclarés par les laboratoires dans les années 2007 à 2011 ont été documentés par des déclarations complémentaires (tableau 1). On peut toutefois se poser la question de la représentativité de ces données. Les répartitions par âge et la proportion de femmes coïncident certes très bien dans les déclarations de laboratoire et complémentaires, mais sur l'ensemble de la période le pourcentage des cas avec une déclaration complémentaire chez les femmes était en moyenne inférieur d'env. 2 % à celui des hommes. Cela suggère que les cas documentés avec une déclaration complémentaire donnent une vision quelque peu déformée. Une distorsion pourrait s'expliquer par le fait que les déclarations complémentaires concernant les HSH sont peut-être envoyées un peu plus fréquemment aux autorités que pour les hétérosexuels. La part des cas HSH serait par conséquent trop élevée.

Des simulations ont montré que cette distorsion devrait se situer dans des limites acceptables. Pour une analyse fiable des données, une part plus importante des cas diagnostiqués par les laboratoires devrait toutefois être complétée par les informations des médecins.

Chlamydia

Le système de déclaration ne prévoit pas de déclaration complémentaire pour cette infection. Les déclarations de laboratoire reçues sont toutefois contrôlées au moyen d'un procédé automatisé. Entre 2007 et 2011, 96 à 98 % des déclarations satisfaisaient aux critères qualitatifs afin de déterminer si le diagnostic est valable ou non (tableau 15).

Gonorrhée

A la différence du VIH, les déclarations de laboratoire doivent déjà faire l'objet d'un contrôle de qualité dans le cas de la gonorrhée. 92 à 94 % des cas sont alors confirmés (tableau 19). Comme pour le VIH, des déclarations complémentaires ne sont pas disponibles pour tous ces cas de gonorrhée confirmés par les laboratoires, mais le pourcentage est nettement plus élevé que pour le VIH, se situant entre 92 et 95 % la plupart des années. Les écarts éventuels n'auraient donc pas une grande influence sur les résultats.

Syphilis

C'est ici que le problème des informations incomplètes est le plus flagrant. Les déclarations complémentaires sont non seulement requises pour la répartition par voie d'infection et d'autres paramètres d'exposition, mais aussi pour la confirmation des cas en général. Pour 82 à 84 % des cas, il y a au moins une déclaration de laboratoire et une déclaration complémentaire (comparable au VIH). 50 à 55 % d'entre elles peuvent être classifiées (tableau 28). Il ne suffit donc pas de poser uniquement la question de la représentativité des données, mais aussi celle du nombre de cas effectif en général.

Si l'on compare les cas non classifiables avec les cas confirmés parmi les cas présentant au moins une déclaration de laboratoire et complémentaire, des différences sensibles apparaissent : la part des HSH parmi les cas confirmés est nettement plus élevée.

Le présent rapport effectue une distinction systématique par voie d'infection. Il est possible de comparer certains paramètres entre les HSH et les hétérosexuels en ce qui concerne la syphilis, ainsi que certains paramètres entre la syphilis, la gonorrhée et le VIH, dans la mesure où cette distinction entre HSH et hétérosexuels persiste. L'évaluation globale de l'épidémiologie pour la syphilis est toutefois difficile et les résultats pour cette infection doivent donc être interprétés avec précaution.

Profil épidémiologique du VIH en Suisse

Epidémie concentrée

Le premier cas de sida fut diagnostiqué en Suisse en 1980. De plus en plus de cas ont été déclarés les années suivantes, notamment chez les consommateurs de drogues (IDU) et les HSH, puis pour finir chez les hétérosexuels. Les migrants originaires de pays à haute prévalence étaient particulièrement touchés parmi les hétérosexuels. Les données du système de déclaration du VIH des cinq dernières années suggèrent qu'il n'y a pas eu de grands changements à ce jour.

Les diagnostics prédominent toujours chez les HSH (plus de 60 % des diagnostics chez les hommes), alors que le nombre d'homosexuels de sexe masculin ne devrait pas dépasser 100 000. Il en va de même du nombre de diagnostics chez les consommateurs de drogues et les personnes de pays à haute prévalence : le nombre de personnes qui consomment des drogues par injection n'est certes pas connu précisément en Suisse, mais ne devrait pas dépasser 30 000, et le nombre de personnes de pays à haute prévalence qui apparaissent également dans les diagnostics du VIH était d'environ 53 000 en 2010 (statistique de la population de l'OFS). Il en résulte un taux nettement supérieur à la moyenne des nouvelles infections dans ces deux groupes.

Date des diagnostics du VIH

Plus une infection au VIH est découverte rapidement, plus les options pour la personne concernée sont bonnes, et plus les diagnostics du VIH sont nombreux à être enregistrés rapidement, plus il est facile de suivre l'épidémie et de prendre des mesures préventives. Les indicateurs disponibles pour la différenciation entre infections au VIH diagnostiquées précocement ou tardivement dressent un tableau relativement disparate pour les principaux groupes concernés (tableau 7).

Chez les HSH, le test de laboratoire permet de constater deux fois plus d'infections au VIH récentes que pour les hétérosexuels. Une primo-infection est aussi diagnostiquée à peu près deux fois plus souvent que chez les

hétérosexuels. Si l'on classe les hétérosexuels par nationalité, on découvre que des infections récentes sont constatées pour les hétérosexuels suisses dans environ 36 % des cas, dans seulement 2 % des cas pour les personnes de pays à haute prévalence et dans 16 % des cas pour les autres hétérosexuels. Des primo-infections sont toutefois diagnostiquées à peu près aussi fréquemment dans les trois groupes (9–11 %), il n'y a donc pas de corrélation entre la constatation des infections récentes et le diagnostic des primo-infections.

Le manque de corrélation s'explique sans doute par le fait que la constatation des infections récentes au VIH et des primo-infections dépend de différents facteurs qui sont eux-mêmes liés à la nationalité. La part des infections récentes est d'autant plus importante qu'il y a de nouvelles contaminations dans le groupe (plus forte incidence) et que les tests sont fréquents, mais d'autant plus faible que le nombre de personnes malades est important dans le groupe (prévalence). La probabilité du diagnostic d'une primo-infection dépend en revanche du fait qu'une personne consulte activement un médecin en raison de ses symptômes et que celui-ci les reconnaisse correctement.

Chez les personnes de pays à haute prévalence, le lieu de l'infection se situe beaucoup plus souvent à l'étranger que chez les personnes Suisses ou d'autres pays (tableau 8). En conséquence, le test de laboratoire ne permet que rarement de déceler des infections récentes. On aurait pu s'attendre à ce qu'il en soit de même des primo-infections dans ce groupe. Considéré sous cet angle, la proportion élevée de cas dans lesquels une primo-infection a été décelée semble plutôt douteuse, car ce diagnostic est souvent incertain en raison des symptômes non spécifiques.

Chez les HSH, les infections au VIH sont beaucoup plus rarement diagnostiquées à un stade tardif que chez les hétérosexuels (tableau 7). Ce qui est particulièrement fréquent chez les hétérosexuels de nationalité suisse.

Chez les consommateurs de drogue par injection, les données soutiennent l'interprétation selon laquelle le diagnostic est posé plus tard chez eux que dans les autres groupes : en 2010/2011, seuls 10 % ont été qualifiés de récents, dans seulement 5 %

des cas une primo-infection a été constatée, mais dans 22 % des cas les premiers symptômes du sida étaient déjà présents. Le nombre de diagnostics du VIH étant toutefois faible dans ce groupe et les pourcentages subissant de ce fait de fortes variations d'une année à l'autre, une comparaison sûre est impossible pour des raisons statistiques.

En conclusion, on peut donc constater qu'environ la moitié des diagnostics correspondent à des infections récentes chez les HSH, c.-à-d. à des cas où l'infection a moins d'un an. Cela s'explique par le fait qu'un nombre relativement important de personnes s'infecte dans le groupe des HSH et que des tests sont passés assez fréquemment. Le problème du diagnostic tardif existe néanmoins chez les HSH : l'infection au VIH n'est tout de même identifiée qu'à l'apparition des symptômes du sida dans 10 % des cas. Ce problème est encore plus aigu chez les hétérosexuels, notamment chez les Suisses et les Suissesses, ainsi que chez les consommateurs de drogue selon toute probabilité.

Lieux et modes d'infection des patients

La comparaison de la voie d'infection et de la nationalité fait apparaître certains schémas que des études antérieures ont déjà révélés [2].

Les Suisses s'infectent plus souvent en Suisse qu'à l'étranger. En Suisse, les infections sont généralement plus nombreuses en zone urbaine, une tendance particulièrement flagrante chez les HSH (tableau 8).

Contrairement aux hétérosexuels, les HSH ont plus fréquemment cité des partenaires occasionnels ou des contacts anonymes comme source d'infection probable. Parmi les hétérosexuels qui ont cité des partenaires stables comme source d'infection, trois sur quatre étaient des femmes (tableau 9).

Des infections sexuellement transmissibles antérieures (généralement la syphilis) ont par ailleurs été fréquemment constatées chez les HSH, rarement chez les hétérosexuels et de façon exceptionnelle chez les consommateurs de drogue (tableau 10). Les changements réguliers ou fréquents de partenaire sont plus fréquents chez les HSH que chez les hétérosexuels

(tableau 11).

Ces schémas sont très stables par rapport à des études antérieures. On s'attendrait par exemple ainsi à ce que le nombre de nouveaux cas augmente en présence d'un comportement à risque accru. Le nombre de partenaires sexuels au cours des deux années précédant le diagnostic est un indicateur du comportement à risque. L'analyse de cet indicateur des études de 2006 et de 2010/2011 confirme que le nombre de nouveaux cas augmente plus le comportement est à risque.

Répartition régionale en Suisse

En 2006, le nombre de nouveaux diagnostics du VIH était très inégalement réparti entre les cantons, les cantons à prédominance urbaine, essentiellement Genève, étant tout particulièrement touchés (tableau 4). Depuis, le taux de nouveaux diagnostics du VIH en Suisse a globalement reculé de 9,6 à 7,3 pour 100 000 personnes, la diminution ayant été particulièrement forte dans les cantons urbains, ce qui a contribué à atténuer ce déséquilibre entre-temps : dans le canton de Genève, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué de moitié, dans le canton de Zurich, il a reculé de 17,1 à 13,0. Aucune diminution n'est reconnaissable dans le canton de Berne, en Suisse orientale, en Suisse romande (hors canton de Vaud) ainsi que dans les cantons du Tessin et des Grisons. Ces territoires ont en commun d'être plutôt ruraux et que le nombre de nouvelles infections est deux fois moins élevé qu'en moyenne suisse.

La voie d'infection hétérosexuelle est bien plus fréquente dans les cantons francophones qu'en moyenne. Ce pourcentage élevé s'explique en premier lieu par les diagnostics chez des personnes d'Afrique méridionale (à eux seuls les diagnostics concernant des personnes du Cameroun, de Côte d'Ivoire et des deux Congo représentent un tiers des cas).

Profil épidémiologique de la chlamydie en Suisse

La chlamydie provoquée par la bactérie *Chlamydia trachomatis* représente l'infection bactérienne sexuellement transmissible la plus fréquente en Suisse. Le nombre de cas de chla-

mydiose déclarés augmente d'année en année et a pratiquement triplé en dix ans. 7203 cas confirmés ont été déclarés en 2011.

Il y a cependant aussi des indices selon lesquels cette augmentation s'expliquerait en partie par un plus grand nombre de tests effectués. Ainsi, la prévalence de la chlamydie dans le canton de Genève est-elle restée stable autour de 4 % entre 2004 et 2010 (source : Laboratoire de Bactériologie des Hôpitaux Universitaires Genevois). Et même dans le canton de Bâle-Ville, elle est restée constante à 5 % entre 2002 et 2010 [7]. Le nombre de tests de chlamydie globalement effectués est inconnu.

Il ne fait aucun doute que le nombre effectif de nouvelles infections est sous-estimé en raison d'un pourcentage très élevé de cas asymptomatiques [8;9].

70 % des diagnostics de chlamydie concernent des femmes âgées de 15 à 24 ans. Souvent ces diagnostics sont posés dans le cadre des contrôles gynécologiques réguliers, ce qui pourrait expliquer en partie le sex-ratio. Ces cinq dernières années, la part des hommes chez qui la maladie a été diagnostiquée a augmenté en moyenne de 2 %. Les hommes âgés de 25 à 34 ans étaient les plus touchés.

Répartition régionale en Suisse

Il existe de fortes disparités cantonales et régionales pour ce qui est du nombre de nouveaux cas de chlamydie. Tout comme pour le VIH, le taux moyen dans les cantons urbains a été largement dépassé, notamment à Bâle-Ville, Genève et Zurich.

La part des nouvelles infections a globalement diminué chez les femmes et dans la plupart des cantons durant la période 2007/2008 à 2010/2011. Elle a été inférieure à la moyenne dans le canton de Zurich durant cette période. Il pourrait s'agir d'un indice pour une part accrue d'infections chez les HSH, conformément à la répartition régionale des voies d'infection pour le VIH, la syphilis et la gonorrhée.

Profil épidémiologique de la gonorrhée en Suisse

Chez quelles personnes en Suisse la gonorrhée est-elle diagnostiquée?

Le profil typique d'un patient atteint de gonorrhée est le suivant : jeune Suisse qui s'est infecté lors de rapports sexuels non protégés avec une femme. Le nombre de cas de gonorrhée de ce type a presque quadruplé depuis 2007 (figure 7). Le nombre de cas chez les Suissesses a également augmenté dans les mêmes proportions sur la même période, mais à un niveau globalement plus bas : il y a un diagnostic chez une femme pour deux à trois diagnostics chez les hommes.

L'âge des personnes concernées lors du diagnostic a baissé, chez les hommes et les femmes ensemble de 34 à 30 ans. Quand tous les autres facteurs d'influence, notamment l'âge moyen dans la population sous-jacente restent les mêmes, la diminution de l'âge peut être l'indicateur d'un risque d'infection croissant, car la durée d'exposition jusqu'à l'infection (ou au diagnostic) est en moyenne plus courte.

En 2007, les cas de gonorrhée étaient à peu près aussi fréquents chez les HSH suisses que chez les Suisses hétérosexuels (environ 80 cas) et depuis leur nombre a augmenté dans les deux groupes, mais moins chez les homosexuels masculins. C'est pourquoi leur nombre n'était qu'environ deux fois moins élevé que chez les hétérosexuels masculins en 2011. A la différence des hétérosexuels, on ne constate aucune tendance liée à l'âge chez les HSH.

Des cas de gonorrhée se sont également produits chez des étrangers et même chez ceux-ci une légère tendance à la hausse était identifiable. Leur part était toutefois inférieure à un tiers de tous les cas chez les femmes et elle était même nettement plus basse dans les groupes de HSH et d'hommes hétérosexuels. Des cas de personnes d'Afrique méridionale ou d'autres pays à haute prévalence du VIH ont été rarement déclarés ; il n'y a que pour les hommes hétérosexuels que leur nombre était significatif.

Lieux et modes d'infection des patients

Les personnes concernées supposent généralement que la Suisse est le lieu d'infection, contrairement au VIH, et la voie d'infection ainsi que la nationalité n'ont pratiquement aucune incidence. Toutefois les légères différences pointent dans la même direction : les

étrangers se seraient ainsi infectés un peu plus souvent à l'étranger que les Suisses, et les HSH un peu moins que les hétérosexuels (tableau 20).

Comme pour le VIH, la plupart des HSH ont indiqué s'être vraisemblablement infectés auprès d'un partenaire occasionnel. Les hétérosexuels ont cité un peu plus fréquemment un partenaire stable. Les hommes et les femmes ont désigné un partenaire stable comme source probable d'infection à peu près aussi souvent (tableau 21).

Tout comme pour le VIH, un épisode plus ancien d'une infection sexuellement transmissible a été plus souvent constaté chez les HSH que chez les hétérosexuels, à savoir quatre fois plus souvent (tableau 22).

Rapport entre les sexes

Globalement, quatre cas de gonorrhée sur cinq sont diagnostiqués chez des hommes (tableau 17). L'hypothèse selon laquelle c'est dû aux cas chez les HSH constitue une explication. Même si l'on ne tient compte que des hétérosexuels, le rapport entre les sexes penche encore fortement du côté des hommes. Les hétérosexuels masculins ayant en principe dû s'infecter auprès d'une femme, on devrait s'attendre à un rapport équilibré entre les sexes.

Différentes explications sont envisageables :

1. classification erronée, à savoir que des hommes prétendument hétérosexuels ont également eu des rapports non protégés avec d'autres hommes,
2. plus de contacts sexuels chez les hommes que chez les femmes, les femmes devant avoir davantage de partenaires différents,
3. la possibilité qu'une gonorrhée ne soit plus souvent pas diagnostiquée et déclarée ou seulement plus longtemps après chez les femmes que chez les hommes, comme en atteste la littérature [10].

Toutes ces possibilités pourraient dans une certaine mesure contribuer à ce déséquilibre entre les sexes. L'augmentation plutôt proportionnelle du nombre de diagnostics chez les hommes et femmes hétérosexuels suisses plaide toutefois à l'encontre de

la première hypothèse. Afin de compenser le déséquilibre entre les sexes, chaque année plus de la moitié des hommes prétendument hétérosexuels auraient dû cacher des activités homosexuelles effectives et, en chiffres absolus, de plus en plus d'année en année, ce qui n'est pas plausible.

Le fait que les femmes aient indiqué beaucoup plus rarement que les hommes qu'elles s'étaient probablement infectées auprès d'un partenaire occasionnel va à l'encontre de la deuxième hypothèse. L'inverse devrait être vrai. Une partie des infections touchant les hommes hétérosexuels pourrait toutefois s'être produite lors de contacts non protégés avec des travailleuses du sexe, car ils étaient tout de même 12 % à indiquer cette source d'infection probable (tableau 21). Même si cette évaluation était toujours pertinente, ces cas ne suffiraient pas à eux seuls à expliquer le rapport déséquilibré entre les sexes.

La troisième possibilité semble donc la plus vraisemblable. S'il faut en moyenne plus longtemps pour qu'une gonorrhée soit diagnostiquée chez les femmes ou si l'infection reste plus souvent asymptomatique que chez les hommes et n'est donc même pas couverte par la surveillance, cela pourrait expliquer le déséquilibre entre les sexes. A elles seules, les données de déclaration ne permettent cependant pas de vérifier directement cette hypothèse.

Le test PCR combiné pour la chlamydie et la gonorrhée proposé dans les « Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par les médecins de premier recours » [11] pourrait contribuer à un meilleur diagnostic de la gonorrhée chez les femmes asymptomatiques. Une gonorrhée non traitée peut entraîner de graves complications, notamment la stérilité chez les hommes et les femmes. L'infection peut en outre se transmettre au partenaire.

Profil épidémiologique de la syphilis en Suisse

Nombre absolu de cas

En raison de la qualité des données, les informations ne suffisent que dans un peu plus de 40 % des cas pour confirmer qu'il s'agit d'un nouveau cas de syphilis. Il faut partir du principe que

le nombre effectif d'infections à la syphilis est relativement plus important, car il n'est pas probable que tous les déclarations avec information insuffisante soient erronées ou représentent des contrôles de suivi. La question de la représentativité des données, par exemple pour ce qui est de la répartition des paramètres de comportement et d'exposition, se pose également.

En revanche on ne sait pas combien des cas non classifiables seraient confirmés, si l'information requise à cet effet était disponible. Les données disponibles ne permettent pas de répondre à cette question. Selon l'année, il est en tous cas possible de confirmer jusqu'à 90 % des cas, pour lesquels l'information disponible suffit à une classification. Si cette proportion s'appliquait également aux cas non classifiables, le nombre effectif de cas serait jusqu'à 1,9 fois plus élevé. Dans cette hypothèse, le nombre de cas de syphilis n'aurait pas progressé de 264 à 404 entre 2007 et 2011, mais d'environ 400 à 750 (voir le tableau 23). Les données disponibles ne permettent cependant pas de vérifier si cette hypothèse débouche effectivement sur des résultats valides.

Chez quelles personnes en Suisse, la syphilis est-elle diagnostiquée ?

Si l'on avait dû choisir au hasard en 2011 une personne à qui une infection récente à l'agent pathogène de la syphilis *Treponema pallidum* avait été diagnostiquée, il y aurait eu de fortes chances que ce soit un HSH suisse âgé d'une quarantaine d'années. Le nombre de cas dans cette catégorie a fortement augmenté depuis 2007, à savoir de sept ou huit fois (figure 10).

Selon l'année, 20 à 40 % des cas ont été diagnostiqués chez des hétérosexuels. Le nombre de cas hétérosexuels chez des Suisses et des Suissesses a augmenté jusqu'en 2010, puis diminué en 2011 (notamment chez les hommes). De 2008 à 2010, les hétérosexuels suisses ont connu un excédent de cas de syphilis chez les hommes, à l'instar de la gonorrhée. Les questions correspondantes se posent par conséquent.

S'agissant de la gonorrhée, une distorsion des proportions entre les sexes pourrait s'expliquer le plus facilement par le fait que l'infection se manifeste moins nettement chez les femmes

que chez les hommes. Cette hypothèse n'est cependant pas très plausible en ce qui concerne la syphilis, car l'évolution de la maladie qui s'étale sur plusieurs années est très différente de celle de la gonorrhée. Il est impossible de répondre à cette question avec les données disponibles.

Parmi les cas de syphilis confirmés, la part des HSH est nettement plus importante et donc la proportion de femmes beaucoup plus faible que pour les cas non classifiables. Cela s'explique probablement par le fait que les cas sont plus fréquemment diagnostiqués à un stade précoce pour les HSH que pour les hétérosexuels. La part des cas de syphilis chez les hétérosexuels devrait donc être un peu plus importante que ce qui peut être calculé à partir des cas confirmés.

La répartition des cas de syphilis par nationalités est similaire à celle des cas de gonorrhée, ce qui signifie deux tiers de Suisses chez les HSH et un peu moins de 60 % chez les hétérosexuels. Seule la part des cas de syphilis chez les personnes de pays d'Afrique méridionale qui est de 8 % n'est pas négligeable dans le groupe hétérosexuel, bien qu'elle soit nettement plus basse que le pourcentage correspondant pour le VIH (31 %).

Date du diagnostic suivant l'infection

La possibilité de la répartition par stades permet de comparer les deux groupes d'infections dans l'optique de la question du temps écoulé jusqu'au diagnostic. La part des personnes qui ont été diagnostiquées dans les semaines qui ont suivi l'infection (stade primaire) dans les années 2010/2011 était nettement plus élevée chez les HSH que chez les hétérosexuels. La part des personnes qui ont été diagnostiquées dans un délai d'un an suivant l'infection (à savoir stade primaire ou secondaire ou latence précoce) était également nettement plus élevée chez les HSH avec 86 % que dans le groupe hétérosexuel (70 %). Ces résultats sont de qualité comparable à ceux des données VIH.

Lieux et modes d'infection des patients

S'agissant du lieu probable d'infection, le tableau pour la syphilis se situe à

mi-chemin entre celui de la gonorrhée (où il n'y a aucun lien avec la nationalité) et celui du VIH. Les hétérosexuels suisses ont beaucoup plus fréquemment indiqué la Suisse comme lieu probable d'infection que l'étranger ; les hétérosexuels étrangers ont, quant à eux, cité l'étranger presque aussi souvent que la Suisse. Les HSH suisses ont cité la Suisse sept fois plus souvent que l'étranger (tableau 27).

Tout comme pour le VIH et la gonorrhée, les hétérosexuels ont plus fréquemment cité un partenaire stable comme source probable d'infection qu'un partenaire occasionnel, alors que c'était l'inverse pour les HSH. Quand un hétérosexuel a cité un partenaire occasionnel comme source probable d'infection, cette personne était un homme dans près de 90 % des cas (tableau 28).

Tout comme pour le VIH et la gonorrhée, un épisode plus ancien d'une infection sexuellement transmissible a été plus souvent constaté chez les HSH que chez les hétérosexuels, mais avec une occurrence moins marquée (42 % contre 17 %, tableau 29).

Répartition régionale en Suisse

Le nombre de cas de syphilis a augmenté globalement en Suisse. La seule exception est la Suisse orientale avec une légère diminution. Tout comme pour la gonorrhée, le taux des nouveaux cas était supérieur à la moyenne suisse, notamment à Genève et à Zurich, suivi de Bâle-Ville et du canton de Vaud. Bien que le nombre de cas à Genève et Zurich ait fortement augmenté entre-temps, les chiffres sont à la baisse à Genève depuis 2010 et à Zurich depuis 2011. Cette diminution est un signe positif qui laisse à penser que les campagnes de prévention organisées dans ces régions, notamment dans le milieu homosexuel, ont été couronnées de succès.

Sur l'ensemble de la Suisse, on a en revanche pu observer une augmentation des cas de syphilis chez les homosexuels masculins (qui a pour l'essentiel compensé la diminution des cas sans indication de la préférence sexuelle). La majorité des cas chez les HSH concerne le canton de Zurich, suivi du canton de Genève. Chez les hétérosexuels, le nombre de cas a fortement varié selon le canton, ce qui complique l'interprétation des chiffres.

Comparaison de l'épidémiologie du VIH avec celle d'autres infections sexuellement transmissibles

Grandes différences entre les infections

Le nombre des nouveaux diagnostics de VIH, chlamydie, gonorrhée et syphilis varie fortement en Suisse. La chlamydie est de loin la maladie la plus fréquemment diagnostiquée, suivie de la gonorrhée, du VIH et de la syphilis. La fréquence observée de l'infection à *Chlamydia* est d'autant plus remarquable que plus de deux tiers des cas ne sont sans doute pas détectés. Ce tableau correspond largement à la situation en Europe (États de l'UE/EEE), où le taux de cas de chlamydia détectés est toutefois plus de deux fois plus élevé [12;13].

La chlamydie a été diagnostiquée plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, contrairement à la gonorrhée, au VIH et à la syphilis. La chlamydie a typiquement été diagnostiquée chez des personnes plutôt jeunes, alors que les autres infections l'ont été chez des personnes parfois nettement plus âgées. Pour autant qu'on le sache, les infections se distinguent aussi clairement en ce qui concerne les principales voies d'infection : pour le VIH, le nombre de diagnostics chez des HSH ces cinq dernières années était à peu près aussi élevé que chez les hétérosexuels, les cas de syphilis diagnostiqués chez des HSH étaient plus de deux fois plus nombreux que chez les hétérosexuels, alors que c'était exactement l'inverse pour la gonorrhée. Les voies d'infection non sexuelles (consommation de drogue) viennent bien sûr s'y ajouter pour le VIH. Pour finir, il semble y avoir de fortes disparités entre le VIH et les autres infections en termes de nationalités des personnes concernées. Les diagnostics VIH se caractérisent, notamment chez les hétérosexuels, par une part élevée de personnes originaires des pays d'Afrique subsaharienne. Là encore, les données suisses corroborent largement les données européennes.

Pour finir, il existe différentes tendances concernant les maladies étudiées. Alors que les chiffres du VIH reculent chez les HSH et les hétérosexuels des deux sexes depuis 2008, ils augmentent pour la chlamydie et la gonorrhée. La situation est diffé-

rente pour la syphilis selon la voie d'infection : forte croissance chez les HSH et stabilisation ou recul chez les hétérosexuels depuis 2010 ou 2011, selon le sexe.

Points communs : lieu de l'infection, répartition régionale

De nombreux points communs s'opposent cependant aux différences : il s'agit du lieu supposé de l'infection (qui peut varier selon la nationalité), de la source d'infection supposée (partenaire stable contre partenaire occasionnel) et de la constatation de maladies antérieures.

Les HSH citent plus souvent la Suisse comme lieu probable de l'infection au VIH, à la gonorrhée et à la syphilis que les hétérosexuels. Pour le VIH, mais aussi tendanciellement pour la syphilis, le lieu de l'infection pour les étrangers est davantage supposé à l'étranger que pour les Suisses. Pour toutes ces trois infections, les hétérosexuels citent plus fréquemment un partenaire stable que les HSH. Pour ces derniers, il s'agit beaucoup plus souvent d'un partenaire occasionnel ou d'un contact anonyme (pour le VIH). Pour finir, une infection sexuellement transmissible est beaucoup plus souvent constatée chez les HSH que chez les hétérosexuels. Tant le VIH que la syphilis sont diagnostiqués plus rapidement chez les HSH que chez les hétérosexuels.

S'agissant des répartitions régionales, le nombre de contaminations récentes pour ces quatre infections est le plus important dans les centres urbains. La part des HSH est la plus élevée dans le canton de Zurich pour le VIH et la syphilis, le bilan étant plus incertain pour la gonorrhée. La part particulièrement faible des femmes pour la chlamydie dans le canton de Zurich pourrait également résulter d'une part plus importante de HSH.

Les agents pathogènes circulent-ils dans les mêmes groupes de personnes ?

A première vue, les différences dans l'épidémiologie des quatre infections ont de quoi surprendre, d'autant qu'elles sont toutes transmises par voie sexuelle. Comme il n'existe pas d'études directement consacrées à la

mesure de l'incidence et de la prévalence, nous analyserons ci-après les facteurs qui pourraient déboucher sur les profils différents des quatre infections. L'accent est mis sur les HSH ainsi que sur les hommes et femmes hétérosexuels, notamment originaires de pays d'Afrique méridionale.

HSH

Les points communs entre les quatre infections prédominantes dans ce groupe :

- 60 à 66% de Suisses ;
- La Suisse comme lieu d'infection probable ;
- Part très élevée des diagnostics dans le canton de Zurich ;
- Age médian comparativement élevé lors du diagnostic ;
- Diagnostic plus fréquent peu de temps après l'infection ou à un stade précoce que chez les hétérosexuels ;
- Indices de comportement à risque élevé (partenaires occasionnels, infections sexuellement transmissibles par le passé).

A l'exception du VIH, les tendances dans ce groupe sont à la hausse depuis 2009, tout particulièrement pour la syphilis.

Chez les HSH, le nombre de diagnostics de VIH, de syphilis et de gonorrhée déclarés était à peu près identique, bien que ces infections se différencient en termes d'incidence générale : la gonorrhée est la plus fréquente, la syphilis la plus rare. Il faut également se rappeler que pour le VIH seule la moitié environ des diagnostics correspondait à des infections récentes et que le nombre des cas de syphilis est faible.

Il ne fait donc aucun doute que des agents pathogènes du VIH, de la syphilis et de la gonorrhée circulent chez les HSH, tout comme vraisemblablement les *Chlamydia*, et ce en quantité. La tendance pour les trois dernières maladies est en forte hausse, alors qu'elle baisse pour le VIH depuis 2009. Les raisons de cette différence ne peuvent pas être déterminées avec les données existantes. Il y a certes des indices que le comportement des HSH n'est plus aussi risqué aujourd'hui qu'en 2006 (à savoir nombre de partenaires sexuels moins élevés au cours des deux années précédant le diagnostic), mais même si cette indication pouvait être contrôlée avec des données

indépendantes, on pourrait encore se demander si ce fait suffit à lui seul à expliquer ce retournement de tendance. Tant que les causes véritables ne sont pas mieux connues, il est hors de question de relâcher la prévention spécifique du VIH.

Hétérosexuels

Les hétérosexuels étant beaucoup plus nombreux dans la population que les HSH, le nombre de nouvelles infections au VIH, à la gonorrhée et à la syphilis chez les hétérosexuels correspond à un taux beaucoup plus bas par nombre d'habitant que celui des HSH. Les données issues de la surveillance des trois infections révèlent également que les hétérosexuels ont un comportement beaucoup moins risqué.

Les tendances pour les différentes infections diffèrent beaucoup plus chez les hétérosexuels que chez les HSH. Les cas de gonorrhée ont fortement augmenté pour les deux sexes depuis 2010 et dès 2007 pour les Suisses et les Suissesses. L'augmentation des cas de chlamydie dans les deux sexes depuis 2007 est également un indice de l'augmentation générale du nombre de nouvelles contaminations aux infections sexuellement transmissibles durant la période considérée. Le nombre des nouveaux cas de syphilis n'a vraisemblablement augmenté que jusqu'en 2009/2010 avant de diminuer. Pour finir, le nombre de diagnostics du VIH chez les hétérosexuels a diminué sur l'ensemble de la période.

Lorsqu'il s'agit d'évaluer de façon générale la situation épidémiologique des infections sexuellement transmissibles, la gonorrhée devrait être l'indicateur le plus fiable pour deux raisons : non seulement la courte période d'incubation permet d'enregistrer la situation actuelle de l'infection, mais la qualité des données est aussi relativement élevée. La qualité des données pose en revanche de sérieux problèmes en ce qui concerne la syphilis et s'agissant des diagnostics du VIH, l'interprétation de la tendance est compliquée par le fait que, selon la nationalité, deux tiers au moins (chez les Suisses) à près de 100 % (chez les personnes de pays à haute prévalence) de tous les diagnostics ne correspondent pas à une infection récente. La tendance à la baisse observée pour

le VIH n'est donc pas vraiment en contradiction avec l'augmentation que l'on observe pour les autres infections sexuellement transmissibles.

La part beaucoup moins importante des personnes de pays à haute prévalence dans les autres infections sexuellement transmissibles que dans le VIH devrait également s'expliquer pour l'essentiel par cette particularité de l'infection au VIH. Les personnes de pays à haute prévalence se sont généralement infectées avec le virus du VIH dans leurs pays d'origine. D'un autre côté, les hétérosexuels présentent de façon générale un faible risque d'infection en raison de leur comportement en matière de risque, non seulement au VIH, mais aussi aux autres maladies. Il n'y a donc pas de contradiction à ce que la part des personnes d'Afrique méridionale soit très faible dans ces maladies, car en raison de leur comportement elles ne présentent pas automatiquement un risque plus élevé d'être infectées par une telle maladie en Suisse que d'autres hétérosexuels. Leur infection au VIH s'explique en premier lieu par la forte propagation du VIH dans leur pays d'origine.

A l'instar des HSH et malgré des tendances parfois différentes, il est donc également possible que le risque d'infection augmente à nouveau pour les hétérosexuels après des années de diminution. L'augmentation très nette des cas de gonorrhée peut être considérée comme un indice du fait que le risque d'infection puisse également augmenter pour le VIH, en dépit de la tendance à la baisse actuelle.

Conclusions

Qualité des données et potentiel d'amélioration

Les données de surveillance permettent en principe d'effectuer une analyse différenciée de la situation épidémiologique. La gonorrhée est l'infection qui s'y prête le mieux, parce qu'elle a une période d'incubation courte, que l'agent pathogène provoque des symptômes aigus dans la majorité des cas et que le retour correspondant de déclarations complémentaires est supérieur à 90 %.

Les conclusions sont les plus incertaines quant à la chlamydie, parce que la déclaration de cette infection

généralement asymptomatique ne se fonde pas sur un screening défini et que le nombre de tests sous-jacents est inconnu. Le nombre effectif des infections est donc inconnu et les comparaisons sur plusieurs années (entre groupes de personnes ou avec les tendances d'autres maladies) doivent être considérées avec prudence. Une autre raison de cette pertinence limitée réside dans l'absence d'une déclaration complémentaire qui renseignerait sur la voie d'infection.

L'analyse épidémiologique du VIH est avant tout limitée parce que la date de l'infection est généralement inconnue et parce qu'un retour d'à peine plus de 80 % des déclarations complémentaires peut engendrer des distorsions. La réalisation périodique d'études d'incidence ciblées où est également collecté le nombre de tests négatifs pourrait permettre d'y remédier. Une amélioration de la reconnaissance des primo-infections pourrait également affiner le tableau. Il en va de même de l'augmentation du retour et de l'exhaustivité des déclarations complémentaires.

Les incertitudes sont également très grandes en ce qui concerne la syphilis, mais pour d'autres raisons. Le retour et l'exhaustivité des déclarations complémentaires doivent avant tout être améliorés pour cette maladie. Une raison de la part élevée des cas non classifiables pourrait également résider dans l'absence de diagnostic complet, un traitement étant déjà engagé sur la base d'un test non spécifique. Aussi les tests de laboratoire requis pour une confirmation ne sont-ils jamais demandés.

Une vision globale des infections sexuellement transmissibles qui se fondent sur les groupes cibles

En dépit des failles dans les données de surveillance, l'analyse par voies d'infection et la présentation uniforme des données permettent de dresser un bilan épidémiologique global pour chaque groupe et de comparer les groupes entre eux. Cette approche novatrice permet par exemple d'évaluer l'évolution des autres infections sur la base de l'évolution de la gonorrhée.

Nombre de cas croissant, pas de fin d'alerte pour le VIH

L'analyse conjointe des quatre infections permet de conclure que le risque de s'infecter par voie sexuelle a globalement augmenté ces dernières années. Cela vaut aussi bien pour les HSH que pour les hétérosexuels. Les tendances au recul concernant le VIH dans les deux groupes ne doivent pas servir de prétexte à un relâchement de la prévention, car les facteurs sous-jacents sont tout sauf clairs pour les HSH. Un comportement de test modifié, voire un artefact de déclaration ne peuvent pas être exclus. Chez les hétérosexuels, les nouveaux diagnostics VIH ne permettent par ailleurs que des conclusions limitées quant au nombre de nouvelles infections. Il y a des indices concernant les personnes de pays à haute prévalence pour que les tendances du VIH reflètent avant tout le nombre de personnes de ces pays et surtout celles qui ne séjournent que depuis peu en Suisse. Le nombre de nouveaux diagnostics par an se situe par ailleurs toujours à un niveau particulièrement plus élevé que la moyenne européenne.

L'épidémiologie de la syphilis est essentiellement marquée par les transmissions entre HSH

Le nombre de cas de syphilis constatés a presque été multiplié par six dans le groupe des HSH entre 2007 et 2011, et même par huit chez les Suisses. Dans les années 2010 et 2011, le nombre de cas chez les HSH était trois à quatre fois plus élevé que chez les hétérosexuels de sexe masculin, bien que la grande majorité des hommes soient hétérosexuels.

Encadré d'information

Remarques méthodologiques

Estimation du nombre de déclarations complémentaires VIH

Les déclarations complémentaires VIH ne sont pas disponibles pour toutes les déclarations de laboratoire (tableau 1). Ces dernières années, le pourcentage de cas avec déclaration complémentaire a évolué autour de 80 % et ces cas sont sans doute représentatifs pour la globalité. Ils ne reproduisent néanmoins pas de façon parfaite les tendances temporelles concernant le nombre de tests VIH positifs pour certains sous-groupes (notamment selon les voies d'infection), car la part des cas avec déclaration complémentaire peut varier au fil des ans. Pour la représentation de telles tendances, le nombre des déclarations complémentaires a été extrapolé selon les parts relatives correspondantes de manière à obtenir pour chaque année et chaque sexe le total des déclarations de laboratoire. Il s'agit donc de valeurs statistiques estimées et non du nombre de déclarations effectivement reçues.

Infections au VIH récentes

La date d'infection est généralement inconnue lors du diagnostic du VIH, sauf si les symptômes reconnus sont ceux d'une primo-infection ou qu'il existe un résultat de test VIH négatif permettant de la délimiter. L'Inno-Lia-Assay est utilisé partout en Suisse comme procédé diagnostique pour les infections au VIH (INNO-LIATM HIV I/II Score, Innogenetics) depuis 2008. Ce procédé similaire au Western Blot permet de conclure à l'ancienneté de l'infection, grâce à une analyse semi-quantitative de l'intensité des bandes [14]. La sensibilité pour l'identification d'une infection récente est cependant relativement faible, selon l'algorithme d'analyse utilisé. Ce procédé n'est donc

pas adapté pour l'évaluation sûre d'un diagnostic VIH dans un cas particulier, mais l'estimation du taux des infections au VIH récentes est possible. Les résultats dans le présent rapport (tableau 7) se fondent sur l'« algorithme 12 » publié dans [14] et sur l'hypothèse d'une sensibilité de 50,3 % et d'une spécificité de 95,0 %.

Primo-infection au VIH (= syndrome rétroviral aigu)

Les premiers mois suivant l'infection au VIH, la plupart des personnes concernées présentent certes des symptômes de type grippaux, mais qui ne sont souvent pas identifiés comme primo-infection au VIH, en raison de leur nature non spécifique. La fréquence et la nature de ces symptômes peuvent être consultées sur le site web de l'OFSP (http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/index.html?lang=fr >> Directives et recommandations). Les résultats présentés au tableau 7 se fondent sur la question du diagnostic d'une primo-infection dans les déclarations complémentaires VIH. Les primo-infections sont un indicateur clinique d'un stade précoce dans le diagnostic du VIH avec une sensibilité relativement faible, car la symptomatologie n'est souvent pas reconnue.

Diagnostic VIH tardif (« personnes testées tardivement »)

Le temps d'incubation du sida est de près de dix ans. Ont été définies comme personnes testées tardivement pour le présent rapport, les cas où le « sida » a été déclaré comme stade (= stade CDC C) sur la déclaration complémentaire VIH ou pour lesquels l'OFSP disposait à la fois d'une déclaration du sida et au moins d'une déclaration de diagnostic VIH (déclaration de laboratoire VIH ou déclaration complémentaire VIH) avec une date de test au maximum deux mois avant le diagnostic du sida.

Cas de sida : correction des retards de déclaration

Les déclarations de sida ne représentent pas les cas de sida diagnostiqués durant l'année correspondante. En raison d'importants re-

tards de déclaration, ils concernent en partie aussi des cas diagnostiqués au cours des années précédentes. Dans la moyenne des quatre dernières années, environ 50 % des déclarations de sida concernaient des cas de sida nouveaux (déclarés l'année du diagnostic), 30 % des diagnostics de sida de l'année précédente et environ 20 % des cas encore plus anciens. Aussi, le nombre de nouveaux diagnostics de sida pour les quatre à cinq dernières années est-il inconnu, parce qu'il n'a pas encore été intégralement déclaré. Ce nombre doit par conséquent faire l'objet d'une estimation statistique. Les chiffres présentés au tableau 14 se fondent sur la méthode selon Rosenberg [15].

(table des matières)

Système de déclaration

Les laboratoires (déclarations de laboratoire) et les médecins (déclarations complémentaires) sont tenus de déclarer le VIH, la gonorrhée et la syphilis. Les infections à *Chlamydia* ne doivent être déclarées que par les laboratoires (cf. l'« ordonnance sur la déclaration » RS 818.14.1 et l'« ordonnance sur les déclarations de médecin et de laboratoire » RS 818.141.11).

Les cas de sida sont constatés chez des séropositifs sur la base de critères cliniques et sont soumis à l'obligation de déclarer pour les médecins établissant le diagnostic. Une description générale est disponible sur le site web de l'OFSP (http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/index.html?lang=fr >> Procédure de déclaration).

Selon l'infection, le diagnostic, la classification du cas et l'analyse supposent des déclarations de laboratoire et/ou des déclarations complémentaires de qualité suffisante.

Choix des cas parmi les déclarations

Les cas affectant les étrangers domiciliés à l'étranger (p. ex. touristes) ont été exclus de façon générale dans le présent rapport.

VIH

Selon le concept de test VIH, les résultats de screening réactifs doivent être confirmés dans un laboratoire autorisé ou par le Centre National pour les rétrovirus (CNR) [16–18]. Contrairement à la situation d'autres infections soumises à déclaration, seuls les diagnostics VIH confirmés doivent être déclarés. Des laboratoires dits de déclaration (= autrefois laboratoires de confirmation) ou le CNR sont responsables de la déclaration. Le diagnostic de laboratoire suffit pour un diagnostic VIH sûr, aucun critère clinique n'est requis. Les déclarations complémentaires VIH sont requises, parce que les déclarations de laboratoire ne contiennent que les principales indications démographiques sur le patient, mais non des informations sur l'exposition, en plus des indications relatives à la méthodologie. Le tableau 1 renseigne sur la part des cas diagnostiqués par les laboratoires pour lesquels il existe également une déclaration complémentaire. Le présent rapport corrige les classifications selon les paramètres d'exposition, conformément au rapport entre les déclarations de laboratoire et les déclarations complémentaires (→ Indications méthodologiques). Les déclarations de tests qui ont à l'évidence été effectués plusieurs fois ne sont plus comptabilisées.

Infections à *Chlamydia*

Seuls les laboratoires ont une obligation de déclarer l'agent pathogène *Chlamydia trachomatis*. Ainsi, il n'existe que des informations démographiques limitées sur les personnes concernées. La Suisse ne procédant pas à un screening systématique en matière de *Chlamydia* et plus de deux tiers des infections étant asymptomatiques, il faut partir du principe que seule une petite partie des cas est connue. L'interprétation des tendances est en outre compliquée par le fait que le nombre de tests effectués est inconnu. Une augmentation des cas déclarés pourrait donc également résulter de la multiplication des tests et ne permet pas clairement

de conclure à une plus forte incidence. Les déclarations de *Chlamydia* excluent tous les cas de personnes ne résidant pas en Suisse, ainsi que les tests effectués plusieurs fois sur une période de 90 jours.

Gonorrhée

Il existe une obligation de déclarer l'agent pathogène *Neisseria gonorrhoeae* pour les laboratoires et depuis 2006 pour les médecins. Sont considérés confirmés les cas pour lesquels il existe suffisamment de résultats de laboratoire. Tout comme pour le VIH, les indications cliniques résultant des déclarations complémentaires ne sont pas requises pour une confirmation. Sont qualifiés de probables les cas où la preuve de laboratoire est insuffisante, mais où certains critères cliniques déclarés sur des déclarations complémentaires sont remplis. Seuls les cas confirmés ont été analysés pour le présent rapport. Le tableau 19 renseigne sur la part des déclarations reçues pour laquelle il y avait suffisamment d'informations disponibles pour une confirmation.

La discipline de déclaration (présence aussi bien de la déclaration de laboratoire que de la déclaration médicale complémentaire) pour la gonorrhée est stable aux alentours de 85 % depuis l'introduction du formulaire de déclaration pour les médecins. Dans environ un cinquième des cas, il manque des informations cliniques ou des indications, par exemple sur la préférence sexuelle ou la nationalité du patient, parce qu'il n'y a pas eu de déclaration complémentaire ou qu'il n'y a pas de réponse à la question correspondante sur le formulaire.

Syphilis

Il existe une obligation de déclarer l'agent pathogène *Treponema pallidum* pour les laboratoires et depuis 2006 pour les médecins. Des déclarations de laboratoire mais aussi complémentaires sont requises pour une classification complète des cas, car l'infection peut être chronique et que de nombreuses déclarations représentent des

contrôles d'évolution.

La confirmation et classification consécutive du cas (selon le stade) n'est possible que si le médecin traitant pose le diagnostic sur la base de l'anamnèse du patient et des tests de laboratoire. Des tests de laboratoire de contrôle dont les résultats sont communiqués à l'OFSP sont régulièrement effectués pour la surveillance de l'évolution de la maladie. Parmi ceux-ci figurent également des résultats de test positifs qui ne signifient cependant pas nécessairement un nouvel épisode de la maladie. Les indications médicales sont indispensables pour classer le cas selon le stade et pour identifier les contrôles d'évolution.

Le tableau 28 renseigne sur le nombre de cas, où des déclarations de laboratoire tout comme des déclarations complémentaires étaient disponibles et dans combien de ceux-ci une classification a été possible.

(table des matières)

Bibliografie

- [1] Office fédéral de la santé publique. VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011–2017. Bern: OFSP ; 2010.
- [2] Office fédéral de la santé publique. L'épidémie de VIH en Suisse à l'automne 2006. Bull OFSP 2006(48):953–61.
- [3] Office fédéral de la santé publique. Les infections sexuellement transmissibles (IST) soumises à déclaration obligatoire en Suisse : chlamydie, gonorrhée et syphilis. Système de surveillance et situation épidémiologique fin 2010. Bull -OFSP 2011(12):253–61.
- [4] Office fédéral de la santé publique. Statistiques trimestrielles VIH au 30 septembre 2011. Bull OFSP 2011(45):949–52.
- [5] Office fédéral de la santé publique. Nombre de cas de VIH et d'IST 2011 : rapport, analyses et tendances. Bull OFSP 2012(20):343–50.
- [6] Office fédéral de la santé publique. Pas de nouvelle diminution du nombre de cas de sida malgré l'efficacité des thérapies. Bull OFSP 2005(28):480–8.
- [7] Schmutz C, Burki D, Käppeli F. Testing for Chlamydia trachomatis infections. *Clinical Microbiology and Infection* 2012; in press.
- [8] van de Laar MJ, Morre SA. Chlamydia: a major challenge for public health. *Euro Surveill* 2007;12(10):E1–E2.
- [9] Bebear C, de BB. Genital Chlamydia trachomatis infections. *Clin Microbiol Infect* 2009;15(1):4–10.
- [10] Heymann D. *Control of Communicable Diseases Manual*. 19 ed. Washington: American Public Health Association, 2008.
- [11] Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par les médecins de premier recours : Attitudes clinique lors de plaintes dans la région génitale. 2012. (document interne)
- [12] ECDC, WHO EURO. HIV/AIDS surveillance in Europe 2008. Stockholm: ECDC; 2009.
- [13] ECDC. Sexually transmitted infections in Europe 1990–2009. Stockholm: ECDC; 2011.
- [14] Schupbach J, Gebhardt MD, Tomasik Z, et al. Assessment of recent HIV-1 infection by a line immunoassay for HIV-1/2 confirmation. *PLoS Med* 2007;4(12):e343.
- [15] Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990;3(1):49–54.
- [16] Commission laboratoire et diagnostic CLD. Mise à jour du concept de laboratoire VIH. Bull OFSP 2010(35):791–3.
- [17] Commission laboratoire et diagnostic CLD. Nouveautés dans le diagnostic VIH. Bull OFSP 2007(36):643–4.
- [18] Commission laboratoire et diagnostic CLD. Concept suisse de test VIH–récapitulatif actualisé du concept technique et du concept de laboratoire. Bull OFSP 2006(51):1022–34.

Tableaux (VIH)

Tableau 1

Tests VIH positifs en Suisse : Nombre de déclarations par les laboratoires déclarants autorisés (avec la proportion de femmes*) et nombre de déclarations complémentaires des médecins par année du test, avec la proportion selon les principales voies d'infection.

Année du test	2007	2008	2009	2010	2011
Déclarations de laboratoire	759	767	658	607	564
Proportion de femmes*	30,1 %	26,8 %	27,5 %	26,7 %	23,9 %
Déclarations complémentaires	630	611	550	519	433
Pourcentage du total de laboratoire	83,0 %	79,7 %	83,6 %	85,5 %	76,8 %
Proportion d'hétérosexuels	45,9 %	45,5 %	46,0 %	43,0 %	44,1 %
Proportion d'HSH	40,5 %	42,9 %	44,0 %	46,2 %	45,5 %
Proportion d'IDU	7,6 %	4,4 %	4,7 %	3,8 %	4,8 %
Proportion autre / inconnu	6,0 %	7,2 %	5,3 %	6,9 %	5,5 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* parmi les déclarations avec l'indication du sexe
([table des matières](#))

Tableau 2

Diagnostics du VIH 2010/2011 par nationalité et voie d'infection*

	Hétérosexuels		HSH		IDU	
Suisse	163	31,6 %	306	57,6 %	29	58,1 %
Europe	65	12,7 %	124	23,4 %	6	12,1 %
Pays à haute prévalence du VIH	159	30,9 %	12	2,3 %	1	2,5 %
Autre nationalité / inconnue	128	24,9 %	89	16,8 %	15	29,4 %
Total	515	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %

* extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire → Remarques méthodologiques, page 26
([table des matières](#))

Tableau 3

Diagnostics du VIH 2010/2011 : Proportion de femmes par voie d'infection et nationalité

	Hétérosexuels	IDU
Suisse	41,6 %	30,5 %
Europe	35,1 %	0,0 %
Pays à haute prévalence du VIH*	59,5 %	0,0 %
Autre nationalité / inconnue	60,5 %	0,0 %
Total	51,1 %	18,0 %

* principalement la région subsaharienne
([table des matières](#))

Tableau 4

Diagnostics du VIH en Suisse : Nombre et incidence pour 100 000 habitants par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011)

	Nombre de diagnostics		Incidence / 100 000	
	2007/2008	2010/2011	2007/2008	2010/2011
Suisse	1412	1144	9,2	7,3
Berne	158	115	8,2	5,9
Bâle-Ville	62	34	16,7	9,2
Genève	181	113	20,5	12,3
Vaud	175	157	12,9	11,0
Zurich	396	356	15,0	13,0
Plateau suisse	135	94	6,1	4,1
Suisse orientale	62	66	4,0	4,1
Suisse romande	95	83	5,9	5,0
Tessin / Grisons	74	61	7,1	5,8
Suisse centrale	74	65	4,4	3,8
Inconnu / étranger	114	27		

* → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 5

Diagnostiques du VIH en Suisse : Proportion (%)* par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité) et par canton/région (périodes 2007/2008 et 2010/2011)**

Période :	2007/2008					2010/2011				
	Hétérosexuels			HSH	IDU	Hétérosexuels			HSH	IDU
	Suisse	PHP**	Autres			Suisse	PHP**	Autres		
Nationalité :	Suisse	PHP**	Autres			Suisse	PHP**	Autres		
Suisse	14,4 %	16,6 %	14,4 %	41,8 %	8,1 %	13,9 %	14,0 %	16,4 %	45,3 %	4,2 %
Berne	15,8 %	10,6 %	12,8 %	36,7 %	16,0 %	17,6 %	14,5 %	16,6 %	33,7 %	10,0 %
Bâle-Ville	7,7 %	11,6 %	19,4 %	51,4 %	3,8 %	23,6 %	10,5 %	13,0 %	32,5 %	17,4 %
Genève	5,7 %	30,2 %	16,4 %	32,4 %	2,6 %	8,4 %	27,3 %	25,9 %	28,0 %	4,1 %
Vaud	14,5 %	25,0 %	15,2 %	39,0 %	4,1 %	10,4 %	24,3 %	20,3 %	36,5 %	2,6 %
Zurich	16,2 %	9,6 %	7,8 %	59,6 %	3,7 %	10,5 %	5,2 %	10,9 %	67,4 %	2,4 %
Plateau suisse	17,7 %	8,7 %	21,8 %	33,2 %	13,3 %	14,9 %	17,9 %	17,3 %	38,5 %	3,1 %
Suisse orientale	16,8 %	16,3 %	11,1 %	34,9 %	6,0 %	24,0 %	7,1 %	16,2 %	35,8 %	1,6 %
Suisse romande	17,5 %	28,8 %	19,2 %	23,4 %	3,7 %	19,1 %	23,5 %	13,3 %	35,5 %	5,3 %
Tessin / Grisons	19,5 %	11,6 %	17,6 %	39,3 %	6,7 %	20,4 %	8,1 %	17,8 %	40,6 %	3,8 %
Suisse centrale	16,5 %	16,2 %	14,6 %	41,5 %	3,4 %	13,4 %	4,7 %	23,1 %	48,0 %	6,7 %
Inconnu / étranger	10,8 %	20,1 %	18,8 %	32,0 %	1,2 %	16,8 %	25,9 %	19,3 %	24,7 %	0,0 %

* 100 % = Total des pourcentages dans une ligne/période ; le groupe « autres/inconnu » n'est pas inclus dans le tableau (≈ 6 % en moyenne)

** PHP : Pays à haute prévalence du VIH (principalement la région subsaharienne) ; → Abréviations page 1

([table des matières](#))

Tableau 6

Diagnostiques du VIH 2007–2011 par classe d'âge et voie d'infection

Voie d'infection:	Hétérosexuels	HSH	IDU
Nombre de déclarations	1234	1196	142
Classe d'âge			
0–14	0,0 %	0,0 %	0,0 %
15–24	9,6 %	8,8 %	5,6 %
25–34	32,9 %	33,5 %	31,0 %
35–44	29,5 %	34,5 %	43,7 %
45–54	16,2 %	15,7 %	16,9 %
55–64	8,3 %	5,8 %	2,1 %
65 ou plus	3,4 %	1,5 %	0,7 %
sans information	0,1 %	0,2 %	0,0 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Âge médian par voie d'infection	36,0	37,0	37,0
Âge médian par année			
2007	36,0	37,0	37,5
2008	35,0	38,0	35,0
2009	36,0	36,0	40,0
2010	37,0	37,0	40,0
2011	39,0	37,0	37,0
Âge médian par sexe			
Hommes	39,0	37,0	37,0
Femmes	34,0		38,0
Âge médian par nationalité			
Suisse	45,0	39,0	39,0
Pays européens	37,5	34,0	39,0
Pays à haute prévalence du VIH*	33,0	32,0	36,5
Autre nationalité / inconnue	33,0	33,0	33,0

* principalement la région subsaharienne

([table des matières](#))

Tableau 7

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Estimation statistique du nombre d'infections récentes (Inno-Lia-Assay*), de primo-infections* et de diagnostics tardifs*, par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)**

Voie d'infection :	Hétérosexuels			HSH			IDU			
	Suisse		PHP**		Autres		N	%		
Nationalité :	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nombre de diagnostic de VIH	163	100,0 %	159	100,0 %	193	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %
Infection récente	58	35,8 %	3	1,9 %	31	15,9 %	283	53,3 %	5	10,4 %
Primo-infection	18	10,8 %	16	10,2 %	16	8,9 %	133	25,0 %	2	4,5 %
Diagnostic tardif	41	25,3 %	24	14,9 %	36	18,5 %	52	9,8 %	11	21,8 %

* extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire, → Remarques méthodologiques, page 26

** PHP : Pays à haute prévalence du VIH (principalement la région subsaharienne) ; → Abréviations page 1

[\(table des matières\)](#)

Tableau 8

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Lieu présumé de l'infection* par voie d'infection (chez les hétérosexuels aussi par nationalité)**

Voie d'infection :	Hétérosexuels			HSH			IDU			
	Suisse		PHP**		Autres		N	%		
Nationalité :	Suisse		PHP**		Autres		N	%		
Lieu de l'infection	Suisse		PHP**		Autres		N	%		
Nombre de diagnostics VIH	163	100,0 %	159	100,0 %	193	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %
Suisse	82	50,7 %	12	7,7 %	44	22,7 %	326	61,4 %	32	62,9 %
zone urbaine	39	46,8 %	7	59,7 %	25	56,5 %	232	71,0 %	22	68,9 %
zone rurale	13	15,3 %	1	10,1 %	1	2,8 %	9	2,9 %	0	0,0 %
sans indication	31	37,9 %	4	30,2 %	18	40,6 %	85	26,1 %	10	31,1 %
Étranger	47	29,0 %	99	61,9 %	90	46,7 %	96	18,0 %	11	22,4 %
court séjour	19	39,9 %	4	4,0 %	2	2,7 %	38	39,3 %	1	11,5 %
long séjour	17	36,5 %	30	30,3 %	23	25,0 %	15	15,2 %	1	10,9 %
sans indication	11	23,6 %	65	65,7 %	65	72,3 %	44	45,5 %	9	77,6 %
Lieu inconnu	33	20,4 %	48	30,4 %	59	30,5 %	109	20,6 %	7	14,7 %

* extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire, → Remarques méthodologiques, page 26

** PHP : Pays à haute prévalence du VIH (principalement la région subsaharienne) ; → Abréviations page 1

[\(table des matières\)](#)

Tableau 9

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Source d'infection respectivement type de relation avec le partenaire source probable de l'infection, par voie d'infection*

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH		IDU	
Nombre de diagnostics VIH	515	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %
Partenaire stable	109	21,2 %	86	16,1 %	3	5,9 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	82	74,5 %				
Partenaire occasionnel	135	26,1 %	221	41,6 %	1	2,0 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	55	40,7 %				
Partenaire anonyme	53	10,3 %	118	22,1 %	0	0,0 %
Échange de seringues	0	0,0 %	0	0,0 %	31	60,2 %
Sans indication	218	42,4 %	106	20,1 %	16	31,9 %

* extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire, → Remarques méthodologiques page 26

[\(table des matières\)](#)

Tableau 10

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Nombre et proportion (%) de personnes avec une annamnèse IST positive dans les deux ans précédant le diagnostic du VIH, par voie d'infection*

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH		IDU	
Nombre de diagnostics VIH	515	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %
Syphilis	17	3,3 %	75	14,0 %	0	0,0 %
Gonorrhée	4	0,7 %	35	6,5 %	1	2,6 %
Chlamydia	5	1,0 %	22	4,1 %	0	0,0 %
Au moins une des trois IST	25	4,8 %	114	21,5 %	1	2,6 %

* Plusieurs réponses possibles ; extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire, → Remarques méthodologiques page 26

[\(table des matières\)](#)

Tableau 11

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Nombre de partenaires sexuels dans les deux dernières années, par voie d'infection*

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH		IDU	
Nombre de diagnostics VIH	515	100,0 %	531	100,0 %	51	100,0 %
0	50	9,7 %	17	3,3 %	8	16,5 %
1	182	35,4 %	75	14,1 %	16	31,1 %
2–5	71	13,8 %	148	27,8 %	3	5,1 %
>5	14	2,7 %	133	25,1 %	1	2,6 %
Sans indication	198	38,3 %	158	29,6 %	22	44,7 %

* extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire,

→ Remarques méthodologiques page 26

[\(table des matières\)](#)

Tableau 12

Diagnostiques du VIH 2010/2011 : Nombre et proportion (%) avec mention des catégories de partenaires suivantes : consommateur de drogue, prostituée de sexe féminin et partenaire issus de pays à haute prévalence du VIH, par voie d'infection*

Voie d'infection :	Hétérosexuels		IDU	
Nombre de diagnostics de VIH	515	100,0 %	51	100,0 %
Partenaire consommateur de drogue	11	2,2 %	5	9,7 %
Prostituée	30	5,9 %	0	0,0 %
Partenaire issu de PHP	124	24,2 %	1	2,6 %

* Plusieurs réponses possibles ; extrapolation sur le total des déclarations de laboratoire,

→ Remarques méthodologiques page 26

[\(table des matières\)](#)

Tableau 13

Déclarations de sida des médecins par année de déclaration, voie d'infection* et sexe

Voie d'infection	Sexe	Année de déclaration						Total
		<2007	2007	2008	2009	2010	2011	
Hétérosexuels	masculin	1076	46	49	46	42	49	1308
	féminin	943	42	37	41	41	39	1143
HSH	masculin	2865	67	62	44	59	46	3143
IDU	masculin	2115	21	18	15	15	18	2202
	féminin	1027	10	8	4	6	2	1057
Transfusion	masculin	85	1	1	1	0	1	89
	féminin	43	3	0	4	2	0	52
Mère-enfant	masculin	47	1	0	1	2	0	51
	féminin	52	1	0	0	2	0	55
Autres	masculin	119	1	8	13	7	4	152
	féminin	41	1	10	6	3	3	64
Total	masculin	6307	137	138	120	125	118	6945
	féminin	2106	57	55	55	54	44	2371
		8413	194	193	175	179	162	9316

* → Abréviations page 1

[\(table des matières\)](#)

Tableau 14

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic* et voie d'infection**

Voie d'infection	Sexe	Année de déclaration						Total
		<2007	2007	2008	2009	2010	2011	
Hétérosexuels	masculin	1119	42	43	43	55	57	1359
	féminin	981	46	31	34	43	53	1188
HSH	masculin	2917	61	48	43	66	53	3188
IDU	masculin	2142	15	13	12	10	37	2229
	féminin	1041	5	5	2	2	6	1061
Autres	masculin	257	8	8	13	5	8	299
	féminin	147	0	12	8	4	4	175
Total		8604	177	160	155	185	218	9499
dont déjà déclarés :		8604	173	153	141	153	92	9316

* corrigé en raison des retards de déclaration, → Remarques méthodologiques page 26

** → Abréviations page 1

[\(table des matières\)](#)

Tableaux (Sida)

Tableaux (Chlamydie)

Tableau 15

Déclarations de *Chlamydia* 2007–2011 : Classification des cas par année et proportion de femmes parmi les cas confirmés.

Année de déclaration	2007	2008	2009	2010	2011
Total de déclarations	5248	6113	6440	6747	7285
– Cas non classifiables	55	136	112	77	82
– Cas rejetés	18	124	141	107	0
– Cas confirmés	5175	5853	6187	6563	7203
Proportion de femmes*	73,9 %	72,5 %	72,7 %	72,1 %	70,8 %

* parmi les cas avec l'indication du sexe
([table des matières](#))

Tableau 16

Cas confirmés de *Chlamydia* 2007–2011 par classe d'âge et sexe

Sexe :	Femmes	Hommes
Nombre de cas	22131	8489
Classe d'âge		
0–14	0,8 %	0,8 %
15–24	53,6 %	26,2 %
25–34	33,1 %	38,4 %
35–44	9,1 %	21,4 %
45–54	2,2 %	9,2 %
55–64	0,6 %	2,8 %
65 ou plus	0,3 %	0,7 %
sans information	0,4 %	0,5 %
Total	100,0 %	100,0 %
Âge médian par sexe	24,0	30,0
Âge médian par année		
2007	24,0	30,0
2008	24,0	30,0
2009	24,0	30,0
2010	24,0	30,0
2011	24,0	29,0

([table des matières](#))

Tableau 17

Cas confirmés de *Chlamydia* en Suisse : Nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011)

	Nombre de cas		Incidence / 100 000	
	2007/2008	2010/2011	2007/2008	2010/2011
Suisse	11007	13758	72,0	87,4
Berne	980	1106	50,7	56,4
Bâle-Ville	559	546	150,3	147,6
Genève	1288	1708	145,7	186,6
Vaud	718	1361	52,8	95,4
Zurich	2766	2958	104,8	107,7
Plateau suisse	1416	1753	63,9	76,8
Suisse orientale	877	1125	56,0	70,0
Suisse romande	637	1023	39,5	61,4
Tessin / Grisons	847	1037	81,4	98,5
Suisse centrale	919	1141	55,0	66,6
inconnu / étranger	21	8		

* Régions : → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 18

Cas confirmés de *Chlamydia* en Suisse : Proportion de cas par sexe (%) et par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011)

	2007/2008			2010/2011		
	Femmes	Hommes	Inconnu	Femmes	Hommes	Inconnu
Suisse	71,8 %	26,4 %	1,8 %	70,8 %	28,4 %	0,8 %
Berne	74,8 %	24,3 %	0,9 %	76,9 %	22,9 %	0,3 %
Bâle-Ville	73,0 %	26,1 %	0,9 %	77,3 %	22,5 %	0,2 %
Genève	72,4 %	27,0 %	0,5 %	72,8 %	26,8 %	0,4 %
Vaud	69,2 %	29,7 %	1,1 %	71,7 %	27,8 %	0,5 %
Zurich	67,5 %	30,0 %	2,5 %	64,1 %	34,8 %	1,1 %
Plateau suisse	74,9 %	24,6 %	0,6 %	71,1 %	28,0 %	1,0 %
Suisse orientale	71,7 %	22,0 %	6,3 %	72,4 %	27,1 %	0,5 %
Suisse romande	81,3 %	18,4 %	0,3 %	76,6 %	22,6 %	0,8 %
Tessin / Grisons	69,8 %	29,3 %	0,9 %	68,0 %	31,7 %	0,3 %
Suisse centrale	73,2 %	24,4 %	2,4 %	70,7 %	26,8 %	2,5 %
inconnu / étranger	52,4 %	23,8 %	23,8 %	50,0 %	37,5 %	12,5 %

* Régions : → Abréviations page 1
[\(table des matières\)](#)

Tableaux (Gonorrhée)

Tableau 19

Déclarations de gonorrhée 2007–2011 : classification des cas par année, avec la proportion de femmes et la voie d'infection parmi les cas confirmés.

Année de déclaration	2007	2008	2009	2010	2011
Total de déclarations	1005	909	969	1231	1416
– Cas non classifiables	65	69	68	55	61
– Cas rejetés	10	13	11	19	17
– Cas confirmés	930	827	890	1157	1338
Proportion de femmes*	19,6 %	16,7 %	18,2 %	19,6 %	21,6 %
Proportion d'hétérosexuels	56,3 %	56,8 %	46,4 %	57,5 %	57,6 %
Proportion d'HSH	25,1 %	26,7 %	24,5 %	21,4 %	19,7 %
Voie d'infection inconnue	18,6 %	16,4 %	29,1 %	21,1 %	22,7 %

* parmi les cas avec l'indication du sexe
[\(table des matières\)](#)

Tableau 20

Cas confirmés de gonorrhée 2010/2011 par nationalité et voie d'infection

	Hétérosexuels		HSH	
	Cas	%	Cas	%
Suisse	850	59,3 %	337	65,9 %
Europe	250	17,4 %	76	14,9 %
Pays à haute prévalence du VIH*	39	2,7 %	4	0,8 %
Autre nationalité / inconnue	295	20,6 %	94	18,4 %
Total	1434	100,0 %	511	100,0 %

* principalement la région subsaharienne
[\(table des matières\)](#)

Tableau 21

Cas confirmés de gonorrhée 2010/2011 : proportion de femmes chez les personnes hétérosexuelles, par nationalité

	Hétérosexuels
Suisse	27,8 %
Europe	30,4 %
Pays à haute prévalence VIH*	33,3 %
Autre nationalité / inconnue	22,4 %
Total	27,3 %

* principalement la région subsaharienne
[\(table des matières\)](#)

Tableau 22

Cas confirmés de gonorrhée en Suisse : nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011).

	Nombre de cas		Incidence / 100 000	
	2007/2008	2010/2011	2007/2008	2010/2011
Suisse	1757	2494	11,5	15,8
Berne	152	190	7,9	9,7
Bâle-Ville	62	89	16,7	24,1
Genève	120	230	13,6	25,1
Vaud	121	226	8,9	15,8
Zurich	631	840	23,9	30,6
Plateau suisse	180	324	8,1	14,2
Suisse orientale	127	170	8,1	10,6
Suisse romande	86	119	5,3	7,1
Tessin / Grisons	104	117	10,0	11,1
Suisse centrale	174	189	10,4	11,0
Inconnu / étranger	0	1		

* Régions : → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 23

Cas confirmés de gonorrhée en Suisse : proportion (%) selon la voie d'infection par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011).

Voie d'infection :	2007/2008			2010/2011		
	Hétérosexuels	HSH	Inconnu	Hétérosexuels	HSH	Inconnu
Suisse	56,6 %	25,8 %	17,6 %	57,6 %	20,5 %	22,0 %
Berne	53,9 %	34,2 %	11,8 %	68,9 %	15,3 %	15,8 %
Bâle-Ville	51,6 %	17,7 %	30,6 %	51,7 %	23,6 %	24,7 %
Genève	44,2 %	32,5 %	23,3 %	54,8 %	22,2 %	23,0 %
Vaud	34,7 %	33,9 %	31,4 %	48,7 %	23,5 %	27,9 %
Zurich	56,3 %	30,3 %	13,5 %	51,4 %	26,9 %	21,7 %
Plateau suisse	63,3 %	16,7 %	20,0 %	65,7 %	12,3 %	21,9 %
Suisse orientale	72,4 %	11,0 %	16,5 %	69,4 %	10,0 %	20,6 %
Suisse romande	55,8 %	24,4 %	19,8 %	52,9 %	22,7 %	24,4 %
Tessin / Grisons	58,7 %	19,2 %	22,1 %	60,7 %	16,2 %	23,1 %
Suisse centrale	66,1 %	20,1 %	13,8 %	66,7 %	14,8 %	18,5 %
Inconnu / étranger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %

* Régions : → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 24
Cas confirmés de gonorrhée 2007–2011 par classe d'âge et voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuels	HSH
Nombre de cas	2838	1183
Classe d'âge		
0–14	0,1 %	0,0 %
15–24	26,5 %	16,9 %
25–34	31,1 %	34,0 %
35–44	21,5 %	33,6 %
45–54	13,6 %	12,3 %
55–64	5,3 %	2,7 %
65 ou plus	1,8 %	0,4 %
sans information	0,0 %	0,1 %
Total	100,0 %	100,0 %
Âge médian par voie d'infection	31,0	34,0
Âge médian par année		
2007	34,0	34,0
2008	33,0	35,0
2009	30,0	36,0
2010	31,0	34,0
2011	30,0	34,0
Âge médian par sexe		
Hommes	33,0	34,0
Femmes	27,0	
Âge médian par nationalité		
Suisse	32,0	36,0
Europe	29,0	33,0
Pays à haute prévalence du VIH*	27,0	34,5
Autre nationalité / inconnue	32,0	32,0

* principalement la région subsaharienne
[\(table des matières\)](#)

Tableau 25
Cas confirmés de gonorrhée 2010/2011 : lieu présumé de l'infection par voie d'infection et nationalité

Voie d'infection :	Hétérosexuels				HSH			
	Suisse		Étranger		Suisse		Étranger	
Nationalité :								
Nombre de cas	850	100,0 %	584	100,0 %	337	100,0 %	174	100,0 %
Lieu d'infection								
Suisse	597	70,2 %	392	67,1 %	248	73,6 %	125	71,8 %
Étranger	116	13,6 %	82	14,0 %	39	11,6 %	17	9,8 %
Inconnu	137	16,1 %	110	18,8 %	50	14,8 %	32	18,4 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 26
Cas confirmés de gonorrhée 2010/2011 : type de relation avec le partenaire source probable de l'infection, par voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH	
Nombre de cas	1434	100,0 %	511	100,0 %
Partenaire stable	589	41,1 %	150	29,4 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	259	44,0 %		
Partenaire occasionnel	515	35,9 %	286	56,0 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	76	14,8 %		
Prostitué	168	11,7 %	3	0,6 %
Client	12	0,8 %	1	0,2 %
Sans information	150	10,5 %	71	13,9 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 27

Cas confirmés de gonorrhée 2010/2011 : Nombre et proportion de cas avec un diagnostic précédent d'une infection sexuellement transmissible (IST), par voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH	
Nombre de cas	1434	100,0 %	511	100,0 %
Antécédents d'IST	154	10,7 %	202	39,5 %
Sans information	572	39,9 %	172	33,7 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 28

Déclarations de syphilis 2007–2011 : classification des cas par année, avec la proportion de femmes et la voie d'infection parmi les cas confirmés.

Année de déclaration	2007	2008	2009	2010	2011
Total de déclarations	679	697	789	1003	997
I. Laboratoire sans complémentaire	83	72	122	137	115
II. Complémentaire sans laboratoire	28	36	26	41	53
III. Laboratoire et complémentaire	568	589	641	825	829
– Cas non classifiables	191	260	233	335	385
– Cas rejetés	113	35	44	38	40
– Cas confirmés	264	294	364	452	404
Proportion de femmes*	19,5 %	16,0 %	18,4 %	13,8 %	10,7 %
Proportion d'hétérosexuels	11,0 %	36,7 %	40,7 %	31,6 %	21,5 %
Proportion d'HSH	17,4 %	53,1 %	49,2 %	57,3 %	64,9 %
Voie d'infection inconnue	71,6 %	10,2 %	10,2 %	11,1 %	13,6 %

* parmi les cas avec l'indication du sexe

[\(table des matières\)](#)

Tableaux (Syphilis)

Tableau 29

Cas confirmés de syphilis 2010/2011 par nationalité et voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuell		MSM	
Suisse	129	56,6 %	345	66,2 %
Europe	33	14,5 %	92	17,7 %
Pays à haute prévalence du VIH*	18	7,9 %	4	0,8 %
Autre nationalité / inconnue	48	21,1 %	80	15,4 %
Total	228	100,0 %	521	100,0 %

* principalement la région subsaharienne

[\(table des matières\)](#)

Tableau 30

Cas confirmés de syphilis 2010/2011 : proportion de femmes chez les personnes hétérosexuelles, par nationalité

Hétérosexuels	
Suisse	28,7 %
Europe	18,2 %
Pays à haute prévalence du VIH*	61,1 %
Autre nationalité / inconnue	52,1 %
Total	34,6 %

* principalement la région subsaharienne

[\(table des matières\)](#)

Tableau 31

Cas confirmés de syphilis en Suisse : nombre de cas et incidence pour 100 000 habitants par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011).

	Nombre de cas		Incidence / 100 000	
	2007/2008	2010/2011	2007/2008	2010/2011
Suisse	558	855	3,6	5,4
Berne	31	51	1,6	2,6
Bâle-Ville	25	32	6,7	8,7
Genève	91	126	10,3	13,8
Vaud	52	98	3,8	6,9
Zurich	190	315	7,2	11,5
Plateau suisse	38	73	1,7	3,2
Suisse orientale	37	31	2,4	1,9
Suisse romande	24	41	1,5	2,5
Tessin / Grisons	31	47	3,0	4,5
Suisse centrale	39	41	2,3	2,4
Inconnu / étranger	0	1		

* Régions : → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 32

Cas confirmés de syphilis en Suisse : proportion (%) selon la voie d'infection par canton/région* (périodes 2007/2008 et 2010/2011).

Voie d'infection :	2007/2008			2010/2011		
	Hétérosexuels	HSH	inconnu	Hétérosexuels	HSH	inconnu
Suisse	24,6 %	36,2 %	39,2 %	26,9 %	60,9 %	12,3 %
Berne	29,0 %	29,0 %	41,9 %	54,9 %	33,3 %	11,8 %
Bâle-Ville	24,0 %	44,0 %	32,0 %	21,9 %	56,3 %	21,9 %
Genève	36,3 %	28,6 %	35,2 %	26,2 %	64,3 %	9,5 %
Vaud	17,3 %	38,5 %	44,2 %	28,6 %	56,1 %	15,3 %
Zurich	16,3 %	44,2 %	39,5 %	18,1 %	71,4 %	10,5 %
Plateau suisse	15,8 %	36,8 %	47,4 %	28,8 %	60,3 %	11,0 %
Suisse orientale	27,0 %	35,1 %	37,8 %	45,2 %	41,9 %	12,9 %
Suisse romande	41,7 %	25,0 %	33,3 %	31,7 %	53,7 %	14,6 %
Tessin / Grisons	29,0 %	29,0 %	41,9 %	38,3 %	42,6 %	19,1 %
Suisse centrale	35,9 %	25,6 %	38,5 %	24,4 %	63,4 %	12,2 %
Inconnu / étranger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %

* Régions : → Abréviations page 1
([table des matières](#))

Tableau 33
Cas confirmés de syphilis 2007–2011 par classe d'âge et voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuels	HSH
Nombre de cas	513	901
Classe d'âge		
0–14	0,2 %	0,0 %
15–24	7,6 %	7,8 %
25–34	23,6 %	27,0 %
35–44	28,3 %	36,0 %
45–54	19,7 %	21,2 %
55–64	11,7 %	5,3 %
65 ou plus	9,0 %	2,7 %
sans information	0,0 %	0,1 %
Total	100,0 %	100,0 %
Âge médian par voie d'infection	41,0	39,0
Âge médian par année		
2007	38,0	37,5
2008	39,5	40,0
2009	41,5	39,5
2010	43,0	39,0
2011	42,0	39,0
Âge médian par sexe		
Hommes	43,0	39,0
Femmes	38,0	
Âge médian par nationalité		
Suisse	44,0	41,0
Europe	39,5	38,0
Pays à haute prévalence du VIH*	37,5	32,0
Autre nationalité / inconnue	38,0	36,0

* principalement la région subsaharienne
[\(table des matières\)](#)

Tableau 34
Cas confirmés de syphilis 2010/2011 par stade clinique et voie d'infection

	Hétérosexuels		HSH	
Nombre de cas confirmés	228	100,0 %	521	100,0 %
primaire	82	36,0 %	226	43,4 %
secondaire	73	32,0 %	202	38,8 %
latente précoce (< 1 an)	5	2,2 %	21	4,0 %
latente tardive (≥ 1 an)	11	4,8 %	4	0,8 %
latente de durée indéterminée	4	1,8 %	4	0,8 %
tertiaire	18	7,9 %	9	1,7 %
inconnu / sans information	35	15,4 %	55	10,6 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 35
Cas confirmés de syphilis 2010/2011 : lieu présumé de l'infection par voie d'infection et nationalité

Voie d'infection :	Hétérosexuels				HSH			
Nationalité :	Suisse		Étranger		Suisse		Étranger	
Nombre de cas	129	100,0 %	99	100,0 %	345	100,0 %	176	100,0 %
Lieu d'infection								
Suisse	67	51,9 %	36	36,4 %	237	68,7 %	105	59,7 %
Étranger	19	14,7 %	28	28,3 %	32	9,3 %	26	14,8 %
Inconnu	43	33,3 %	35	35,4 %	76	22,0 %	45	25,6 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 36

Cas confirmés de syphilis 2010/2011 : type de relation avec le partenaire source probable de l'infection, par voie d'infection

	Hétérosexuels		HSH	
Nombre de cas	228	100,0 %	521	100,0 %
Partenaire stable	92	40,4 %	127	24,4 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	47	51,1 %		
Partenaire occasionnel	69	30,3 %	315	60,5 %
<i>dont femmes (proportion)</i>	8	11,6 %		
Prostitué	19	8,3 %	4	0,8 %
Client	5	2,2 %	7	1,3 %
Sans information	43	18,9 %	68	13,1 %

[\(table des matières\)](#)

Tableau 37

Cas confirmés de syphilis 2010/2011 : Nombre et proportion de cas avec un diagnostic précédent d'une infection sexuellement transmissible (IST), par voie d'infection

Voie d'infection :	Hétérosexuels		HSH	
Nombre de cas	228	100,0 %	521	100,0 %
Antécédents d'IST	39	17,1 %	218	41,8 %
Sans information	99	43,4 %	155	29,8 %

[\(table des matières\)](#)