

Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse en 2020 : survol épidémiologique

Le nombre de diagnostics de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en baisse en Suisse depuis 2002, a continué à diminuer en 2020. Pour la première fois depuis le début de l'épidémie de VIH, au début des années 1980, l'OFSP a reçu moins de 300 déclarations (incidence 3,3 pour 100 000 personnes), alors que l'on comptait en moyenne 1300 cas par an dans les années 1990. L'une des principales explications de ce recul est une « cascade VIH » durable, dans laquelle presque toutes les personnes séropositives connaissent leur statut et se font traiter efficacement et rapidement, de façon à ne plus transmettre le virus. La chimioprophylaxie orale du VIH (prophylaxie préexposition, PrEP) a elle aussi contribué à cette diminution : fin 2020, au moins 3000 personnes, principalement des hommes gays, se sont protégées par cette méthode.

Le nombre d'infections à chlamydias déclarées était globalement plus bas que l'année précédente, alors qu'il est resté stable, à un niveau élevé, chez les femmes.

L'augmentation du nombre de diagnostics de gonorrhée déclarés que l'on observe depuis plusieurs années se poursuit, même si elle a été moins importante en 2020 (incidence 39,9 pour 100 000 personnes) que l'année précédente. Cette augmentation, déjà ancienne, s'explique principalement par l'élargissement des tests aux infections asymptomatiques.

Les personnes touchées par la syphilis sont principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais aussi des travailleuses du sexe. Le nombre de nouveaux diagnostics semble se stabiliser depuis quelques années. Il pourrait toutefois être nécessaire d'accroître la fréquence des tests chez les HSH en la faisant passer à deux fois par an. En 2020, l'incidence était de 6,6 cas pour 100 000 personnes.

L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces dix dernières années ; elle était en 2020 à moins de 0,4 pour 100 000 personnes. La couverture vaccinale chez les jeunes de 16 ans s'élevait à 74 %, mais le pourcentage était inférieur chez les adultes sexuellement actifs.

Le nombre de cas déclarés d'hépatites C est en baisse en Suisse depuis 20 ans ; l'incidence de l'hépatite C aiguë était en 2020 de 0,2 pour 100 000 personnes.

Les possibilités de dépistage des infections sexuellement transmissibles, qui ont été temporairement limitées pendant la pandémie de COVID, ont entraîné une diminution du nombre de cas (chlamydioses et gonorrhée) ou un retard dans leur déclaration (VIH, syphilis, hépatites B et C).

CASCADE VIH EN SUISSE EN 2020

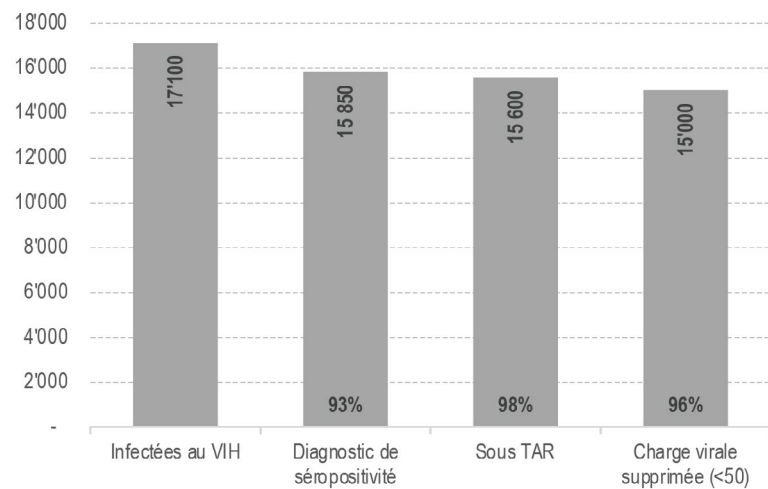
Fin 2014, les Nations Unies se sont donné une cible ambitieuse : faire en sorte que d'ici 2020, 90 % des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) connaissent leur statut sérologique, que 90 % des personnes dépistées reçoivent un traitement médicamenteux (traitement antirétroviral, TAR) et que 90 % des personnes traitées le soient de manière optimale, c'est-à-dire que le virus ne soit plus détectable dans leur sang avec la procédure courante (objectifs 90-90-90 de l'Organisation mondiale de la santé, OMS, et ONU-SIDA). En Suisse, ces objectifs avaient probablement déjà été atteints en 2012. À l'été 2020, une comparaison mondiale des cascades VIH a été publiée : la Suisse se place loin devant [1] et a déjà atteint, pour deux étapes de la cascade, les objectifs 95-95-95 définis pour 2030. La cascade VIH pour l'année 2020 en Suisse est représentée à la figure 1 : 93 % des personnes vivant avec le VIH avaient reçu le diagnostic correspondant et connaissaient donc leur statut sérologique, 98 % des personnes dépistées étaient sous traitement antirétroviral et 96 % des personnes traitées avaient une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par millilitre). Des pourcentages élevés à chaque étape de la cascade VIH sont essentiels pour faire baisser l'incidence du VIH.

Le pourcentage de la première étape repose sur des modélisations, tandis que ceux de la deuxième et de la troisième étape se fondent essentiellement sur les données de l'étude suisse de cohorte VIH (SHSC). Les 93 % à la première étape signifient que le pourcentage estimé d'infections VIH non encore diagnostiquées (non dépistées) est de 7 %. Le nombre de personnes susceptibles de transmettre le VIH diminue grâce à un dépistage et à un traitement de plus en plus précoces : d'après les estimations, il était de 4800 en 2012 [2], de 2300 en 2019 [3] et de 2100 en 2020.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE VIH

Le nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'OFSP a continué à baisser en 2020, comme il le fait déjà depuis 2002. Les 290 cas déclarés ont été loin d'atteindre la barre des 500 déclarations –

Figure 1
Cascade VIH en Suisse en 2020



pour la quatrième fois consécutive. L'incidence des nouveaux diagnostics de VIH a diminué, passant à 3,3 pour 100 000 personnes.

La nette diminution du nombre de nouveaux diagnostics de VIH témoigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse : multiplication des tests, surtout dans les groupes de personnes particulièrement exposées, traitement précoce et suivi régulier des patients. Le mérite en revient aussi à l'Aide suisse contre le sida, aux checkpoints et à l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS), notamment aux médecins qui y sont associés et qui traitent les personnes comprises dans l'étude conformément aux connaissances les plus récentes en la matière et garantissent une observance élevée. L'observance est en outre renforcée grâce à une recommandation avancée, la *Swiss Statement* [4], qui a été clairement confirmée dix ans plus tard dans de grandes études [5] : undetectable = untransmittable / indetectable = intransmissible. Une personne suivant un traitement efficace (autrement dit chez qui le VIH n'est plus détectable dans le sang) n'est pas contagieuse. Les patients VIH qui connaissent cette règle ne se sentent plus stigmatisés et sont incités à prendre régulièrement leurs médicaments, ce qui se reflète depuis plusieurs années dans la baisse des chiffres. Par ailleurs, la prise de chimioprophylaxie orale par

les personnes à risque élevé de VIH en 2020 a notablement contribué à approcher de l'objectif, à savoir éliminer le VIH.

CHIMIOPROPHYLAXIE DU VIH

Depuis janvier 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) recommande la chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) pour les personnes séronégatives exposées à un risque élevé de contamination [6]. Cette prophylaxie est accessible de manière informelle depuis au moins 2016. Depuis avril 2019, la PrEP est mise en œuvre dans le cadre du programme et projet de recherche national « *SwissPREPared* » ; dans ce cadre, elle est disponible à bas coût depuis octobre 2020 et son utilisation fait l'objet d'un suivi médical et scientifique. Fin 2020, au moins 3000 personnes se sont protégées grâce à la PrEP, quasi exclusivement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Ceux-ci présentent un risque de contamination particulièrement élevé en raison de la forte prévalence du VIH dans ce groupe (8 %, voir [7]) et de la densité de leurs réseaux sexuels. De ce fait, l'OFSP salue le fait que, depuis avril 2021, un générique non soumis à un brevet soit autorisé comme PrEP et vendu sur ordonnance, au prix de 65 francs suisses par mois [8,9]. L'OMS oppose au traitement contre le VIH, nécessaire à vie, une stratégie de

PrEP dans laquelle il sera à nouveau possible de mettre fin à l'emploi de celle-ci comme moyen de prévention du VIH après un « passage » par une période de risque élevé de VIH [10]. Des cas d'infections à VIH après l'arrêt de la PrEP (indiquée sur le plan médical) ont été décrits et des stratégies sont nécessaires pour les personnes qui arrêtent leur prophylaxie médicamenteuse après l'avoir utilisée pendant plusieurs années [11]. Alors que les travailleuses du sexe en Suisse semblent rester peu touchées par le VIH [12], les hommes hétérosexuels disent assez souvent avoir contracté le virus à l'occasion de relations sexuelles tarifées. Les médecins devraient réagir sur ce point lors de leurs consultations et attirer l'attention des touristes qui envisagent d'avoir des rapports sexuels dans des régions à haute prévalence (telles que l'Asie du Sud-Est) sur la chimioprophylaxie médicamenteuse par voie orale (PrEP), désormais disponible en Suisse [6].

CHLAMYDIOSE ET GONORRHÉE

Le nombre d'infections à chlamydiae déclarées chez les femmes est resté stable depuis 2015, à un niveau élevé (7000 cas par an). Généralement asymptomatique, c'est l'infection sexuellement transmissible à déclaration obligatoire la plus fréquente en Suisse. Les contrôles de routine réalisés par les gynécologues sont en grande partie responsables de ce nombre élevé de cas. Chez les hommes, l'augmentation a ralenti, probablement en raison des possibilités réduites de tests durant la pandémie de COVID [13].

En Suisse, le diagnostic des infections à chlamydiae est aujourd'hui couplé à celui de la gonorrhée : le dépistage de l'une des deux infections est presque toujours associé au dépistage de l'autre. La principale explication de cette augmentation, déjà ancienne, du nombre de diagnostics de chlamydie et de gonorrhée est l'élargissement du dépistage aux formes asymptomatiques de ces deux infections. Cet élargissement concerne la fréquence des tests, le nombre de personnes touchées et le diagnostic (p. ex. localisation des frottis). La baisse significative du coût du dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les patients qui

paient eux-mêmes, notamment dans le cadre de campagnes spécifiques, a encouragé l'expansion du dépistage. L'augmentation du nombre de diagnostics dans les groupes de personnes auxquelles un dépistage plus intensif est recommandé en constitue ainsi une conséquence souhaitée. Le prix officiel des frottis ayant également été abaissé en juillet 2021 [14], on peut s'attendre à une nouvelle augmentation du nombre de cas de gonorrhée et de chlamydie. Comme le dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie asymptomatiques est recommandé principalement pour réduire le nombre de porteurs dans les différents réseaux sexuels et le maintenir le plus bas possible, l'OFSP considère qu'il est important que le coût à la charge des patients soit faible.

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

SYPHILIS

Le nombre de nouveaux diagnostics de syphilis semble se stabiliser depuis quelques années. En 2020, l'incidence était de 6,6 cas pour 100 000 personnes. Les personnes touchées par la syphilis étaient pour l'essentiel des hommes gays et bisexuels ainsi que des travailleuses du sexe [12,15]. Les relations sexuelles tarifées jouent un rôle important dans la transmission de la syphilis chez les hommes et les femmes hétérosexuels, constat qui ne vaut pas pour le VIH. En principe, on peut supposer ici une sous-déclaration, car tant l'offre que la consommation de services sexuels sont fortement stigmatisées. En Suisse, un dépistage de la syphilis une fois tous les six mois est actuellement

recommandé aux travailleuses du sexe. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez une grande partie des hommes gays, bisexuels et autres HSH, afin de casser la chaîne de transmission [12].

La définition de cas de la syphilis a connu en 2018 une profonde simplification. Comme, depuis ce changement, l'OFSP ne peut plus se fonder sur les analyses de laboratoire pour la définition des cas, il est pour lui de plus en plus nécessaire que les médecins indiquent clairement, dans les formulaires de déclaration, s'il s'agit d'une nouvelle infection (première infection ou réinfection), d'un contrôle de l'évolution ou d'une cicatrice sérologique.

HÉPATITE B

L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces dix dernières années; ajustée pour les indications manquantes dans les formulaires de déclaration des médecins, elle était en 2020 à moins de 0,4 pour 100 000 personnes. Les cas d'infections par le virus de l'hépatite B (VHB) déclarés en Suisse ont été majoritairement contractés à l'étranger dans des pays à forte prévalence de l'hépatite B chronique. Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fonde déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien de la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que des groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). Le principal mot d'ordre du PNVI de 2011 est « vacciner » (« *lorsqu'il existe des vaccins et que ceux-ci sont recommandés* »). Les seuls agents pathogènes sexuellement transmissibles pour lesquels il existe des vaccins sont les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, ainsi que le papillomavirus humain. La couverture vaccinale de l'hépatite B chez les jeunes de 16 ans était de 74 %, mais le pourcentage est nettement inférieur chez les adultes sexuellement actifs [12,15].

L'OFSP estime qu'il convient d'intervenir surtout auprès des acteurs cliniques pour les inciter, lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible, à déterminer le statut vaccinal par rapport à l'hépatite ou directement à commencer ou à compléter les vaccinations.

HEPATITE C

Le nombre de cas déclarés d'hépatites est en baisse en Suisse depuis 20 ans; l'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée des indications manquantes sur les formulaires de déclaration des médecins – était en 2020 de 0,2 pour 100 000 personnes.

Le lancement du PNVI en 2011 s'est accompagné d'une nouveauté essentielle : depuis 2014 au moins (autorisation du *sofosbuvir* en Suisse), il est possible, dans plus de 90 % des cas, d'éliminer le virus de l'hépatite C (VHC) de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux directs, mais à un coût très élevé, ce qui en Suisse a retardé la possibilité de prendre en charge les coûts du traitement, y compris chez les patients asymptomatiques. Depuis 2017, le coût du traitement de l'hépatite C pour toutes les personnes présentant une infection à VHC active est remboursé par l'assurance obligatoire des soins.

Si le plus grand nombre de traitements a certainement accéléré la baisse des nou-

velles infections, celle-ci avait débuté dix ans plus tôt déjà grâce à des mesures structurelles. Les nouvelles infections sont rarement déclarées; il s'agit généralement de nouvelles déclarations de cas anciens, qui avaient été contractés par la consommation antérieure de drogues intraveineuses et/ou dans des pays à forte prévalence de l'hépatite C chronique.

La transmission sexuelle du VHC a lieu quasi exclusivement lors de contacts sexuels entre hommes VIH-positifs, raison pour laquelle ce groupe, depuis plusieurs années, fait régulièrement l'objet de dépistages du VHC dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH. Avec par exemple 10 infections à VHC sur les

900 diagnostiquées en 2020, il ne constitue toutefois qu'une petite partie de l'ensemble. Étant donné le taux élevé de tests, on peut en outre exclure qu'il y ait dans ce groupe un nombre conséquent de cas non diagnostiqués.

L'OFSP ne juge pas indiqué d'élargir le dépistage du VHC à des groupes de population plus importants.

CONTACT

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

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET COVID EN 2020

L'OFSP a reçu de nombreuses questions de citoyens et de médias, demandant si et dans quelle mesure la pandémie de COVID et les mesures de lutte décidées par la Suisse ont un impact sur les infections sexuellement transmissibles. En particulier, l'obligation de respecter la distanciation physique avec les autres personnes est difficilement conciliable avec une sexualité en dehors d'un couple stable.

La réduction des contacts personnels, de même par exemple que la fermeture des bordels et des clubs dans de nombreux cantons, pourrait avoir entraîné une diminution des contacts sexuels en dehors des couples établis. L'OFSP ne dispose pas de données susceptibles de montrer si tel est réellement le cas et, si oui, dans quelle mesure. D'un autre côté, les centres de conseil et de contact destinés aux travailleuses et travailleurs du sexe ont indiqué à l'OFSP que la fermeture des bordels et des clubs, voire l'interdiction temporaire du travail sexuel, n'empêche pas ce type de contacts, mais ne font que les déplacer dans l'espace, ce qui risque de compliquer le travail de prévention. Selon ces centres, la fréquence des in-

fections sexuellement transmissibles (IST) chez les travailleuses du sexe restées en Suisse (ou qui continuent à entrer en Suisse malgré les restrictions d'entrée) aurait augmenté, et non diminué. L'offre de dépistage volontaire des IST et le conseil devraient donc se maintenir indépendamment des mesures étatiques visant à limiter les contacts, et même être développée dans le domaine des relations sexuelles tarifées.

L'abandon ordonné au printemps 2020 des traitements médicaux non essentiels, la surcharge des laboratoires et du corps médical, ainsi qu'une retenue individuelle dans la fréquentation des établissements médicaux ont toutefois vraisemblablement entraîné une réduction du nombre de cas déclarés : ainsi, pendant la première vague de COVID en 2020, non seulement moins de diagnostics de gonorrhée ont été déclarés, mais les centres de tests suisses ont aussi effectué moins de tests [13].

L'évolution temporelle estimée du nombre hebdomadaire de cas d'IST attendu sans la pandémie de COVID est représentée à la figure 2 ; elle a déjà

été publiée cette année dans une édition antérieure du Bulletin [17]. Pour des raisons méthodologiques, seules ont été prises en compte les maladies infectieuses comptant au moins 100 cas par an ; de ce fait, les cas d'hépatites B et C aiguës (infections survenues à proximité temporelle avec la déclaration) ne sont pas compris dans l'analyse.

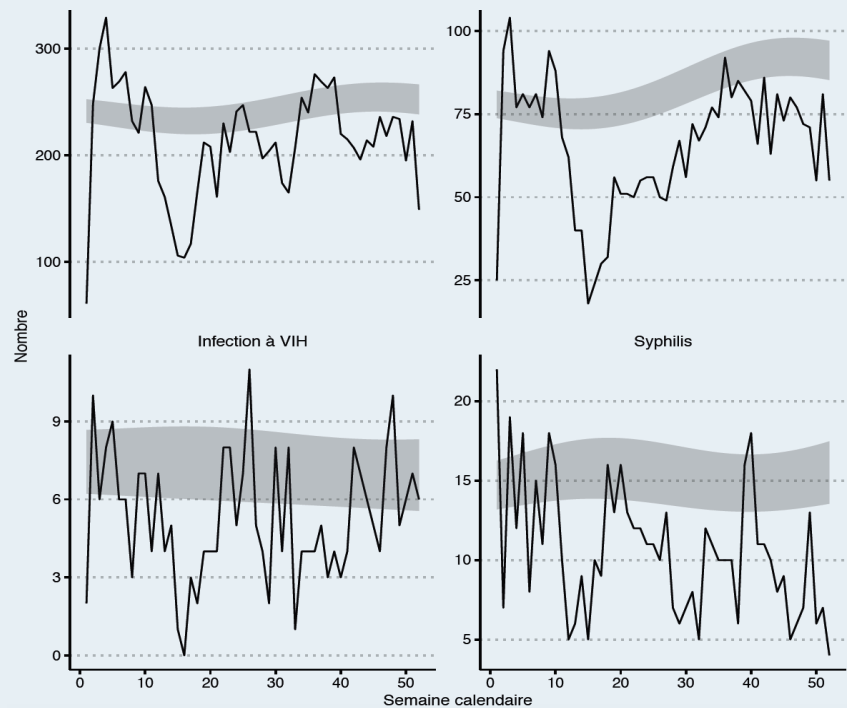
À l'exception de quelques pics, la courbe des cas déclarés pour les quatre infections transmises par voie sexuelle se situent au-dessous de la fourchette attendue. La diminution allait de 15 % (chlamydie) à 36 % (syphilis précoce). La chlamydie et la gonorrhée, deux maladies comptant un nombre élevé de cas, montrent une chute marquée autour de la semaine 15. Dans les années 2015 à 2019, les grandes campagnes de dépistage des IST menées par les checkpoints suisses et l'Aide suisse contre le sida avaient eu lieu durant les semaines 19 à 22. En 2020, ces campagnes ont été repoussées aux semaines 36 à 44 (SUPER campagne pour plus d'estime de soi – et des dépistages abordables), ce qui explique probablement le pic constaté pour la syphilis

durant la semaine 40 et pour la gonorrhée durant la semaine 36. Par contre, le pic du VIH durant la semaine 27 s'explique plutôt par un retard des tests et des déclarations, car la majorité des nouveaux diagnostics – contrairement à la gonorrhée – concerne des infections qui remontent au mieux à quelques semaines, mais le plus souvent à des mois, voire des années. Les centres de dépistage VIH/IST suisses ont effectué nettement moins de tests pendant la première vague de la pandémie de COVID; la remontée a été plus rapide et plus nette pour les tests que pour les diagnostics de gonorrhée [13].

En résumé, les possibilités de dépistage des infections sexuellement transmissibles, qui ont été temporairement limitées pendant la pandémie de COVID, ont entraîné une diminution des cas (chlamydioses et gonorrhée) ou un retard dans leur déclaration (VIH, syphilis, hépatites B et C).

Figure 2

Comparaison des quatre infections sexuellement transmissibles A. chlamydie, B. gonorrhée, C. infection VIH, D. syphilis (stade primaire, secondaire ou latence précoce). Ligne noire : nombre hebdomadaire de cas observés en Suisse durant la pandémie de COVID 2020. Bande grise : intervalle de confiance à 95 % du nombre de cas attendus sans la pandémie, compte tenu des variations saisonnières et des tendances des années 2015–2019



Bibliographie

- UNAIDS (2020). 2020 Global AIDS Update. *Seizing the moment – Tackling entrenched inequalities to end epidemics*. Genève: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- Kohler P, Schmidt AJ, Ledergerber B, Vernazza P et al. (2015). The HIV care cascade in Switzerland: reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV. *AIDS*; 29(18):2509–2515
- Office fédéral de la santé publique (2020). VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2019. *Bulletin*; 48: 8–10
- Vernazza P, Bernard EJ (2018). HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. *Swiss Med Wkly*; 146:w14246
- Rodger A J et al. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*; 293 (10189): 2: 428–2438
- Office fédéral de la santé publique (2016). *Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) en Suisse*. *Bulletin*; 4: 77–79
- Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
- Compendium.ch (13.4.2021). Emtricitabine-Tenofovir-Mepha Lactab®. Nouveau générique de Truvada® commercialisé. Berne: HCI Solutions AG
- 360°. Le magazine queer suisse (25.03.2021). PrEP: enfin des génériques en Suisse. Genève: Presse 360
- OMS (2015). Policy Brief. WHO Expands Recommendation on Oral Preexposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP). Genève: Organisation mondiale de la santé
- Jonas KJ & Yaemim N (2018). HIV Prevention After Discontinuing Pre-Exposure Prophylaxis: Conclusions From a Case Study. *Public Health*; 6: 13
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- Office fédéral de la santé publique (2020). Infections sexuellement transmissibles et COVID-19 en 2020. *Bulletin*; 48: 11.
- Office fédéral de la santé publique. Liste des analyses (LA). Modifications au 1.7.2021.
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392
- Office fédéral de la santé publique (2021). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2017–2019. *Bulletin*; 16: 12–19
- Office fédéral de la santé publique. Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *Bulletin*; 30: 8–13

Surveillance des tests VIH et IST 2020

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

CONTEXTE

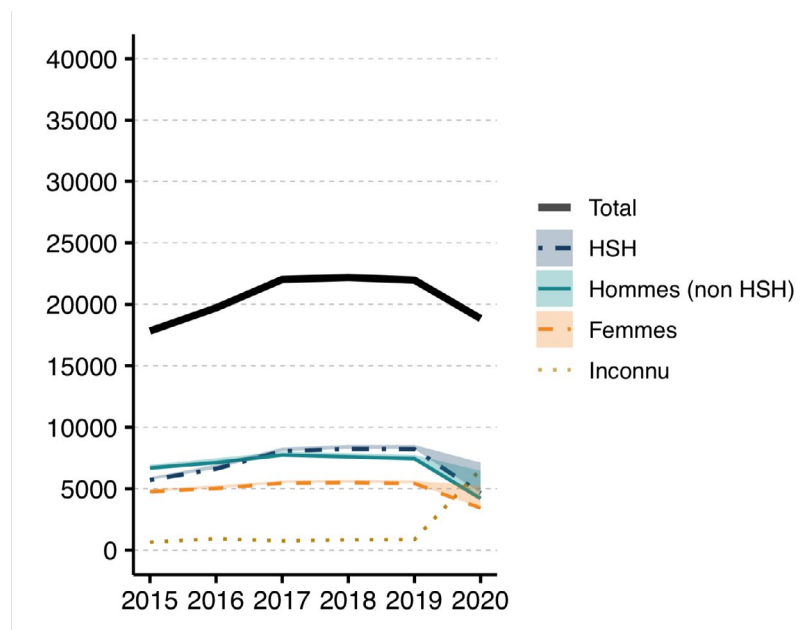
L'augmentation dans le temps du nombre de maladies infectieuses déclarées peut s'expliquer par deux causes principales : soit par davantage de contaminations, soit par un dépistage plus intensif. La surveillance des tests cherche à analyser de plus près cette seconde cause. Les données relatives au nombre de tests VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont fournies en Suisse par 26 établissements (état fin 2020), qui proposent du conseil et du dépistage volontaire (Voluntary Counselling and Testing, VCT) [1].

Depuis 2008, un nombre croissant de centres de dépistage du VIH en Suisse remplissent les critères VCT de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), parmi lesquels l'exploitation du système BerDa en ligne (**B**eratungs- und **D**aten-erfassungssystem, système de conseil et de saisie des données). Les centres VCT recensent, sous une forme anonyme, tous les tests VIH effectués ainsi que, depuis 2012, les tests de dépistage de la syphilis et la recherche, p. ex., de gonocoques et de chlamydiae (frottis). Les clients sont priés, avant le conseil, de répondre sur un ordinateur ou une tablette – également de manière anonyme – à des questions importantes qui serviront de base à un entretien sur la santé sexuelle. En 2019, le contenu et l'aspect technique du système BerDa ont été profondément revus en collaboration avec les centres VCT. Ces derniers emploient tous le nouveau système depuis le 1^{er} janvier 2020. Jusqu'à 2019

compris, l'OFSP avait accès à toutes les données brutes entièrement anonymisées. Depuis 2020, il n'a plus accès qu'aux données sous forme agrégée, qu'il utilise pour planifier rapidement, de manière ciblée, la prévention du VIH. BerDa couvre les six centres de santé suisses pour hommes gays (checkpoints) situés dans les villes de Genève (depuis

2005), Zurich (2006), Bâle (2012), Lausanne (2012), Berne (2013) et Lucerne (2020), deux centres pour travailleuses du sexe à Zurich et Bâle, quatre grands hôpitaux, 13 autres centres de dépistage du VIH et un cabinet médical privé. Une nouveauté majeure de l'année 2020 a été un autre processus concernant le consentement éclairé (« Infor-

Figure 1
Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2015–2020



¹ HSH : contacts sexuels entre hommes

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

med Consent») relatif à la conservation, y compris après l'entretien, des données introduites dans le système par les clientes et les clients. Par conséquent, pour tous les jeux de données pour lesquels ces derniers n'ont pas donné l'au-

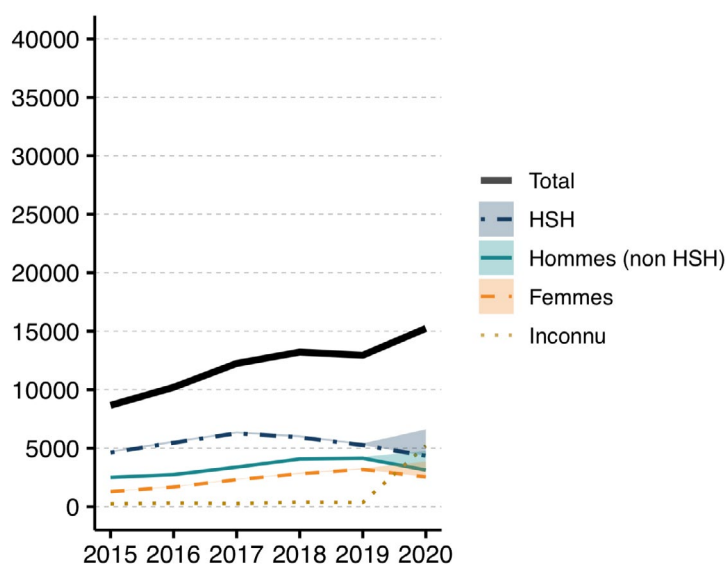
torisation d'utiliser les données complètes, on connaît les tests qui ont été faits et leurs résultats, mais pas le groupe d'exposition auquel appartient la personne testée. Avant 2020, il y avait déjà, en raison du manque d'indi-

cations, des personnes que l'on ne pouvait pas attribuer à un groupe, mais leur nombre était si réduit qu'un ajustement n'était pas nécessaire. Les illustrations figurant dans le présent rapport comportent désormais, en plus des lignes représentant les tendances, des zones ombrées qui représentent cet ajustement.

Dans le système de déclaration pour les maladies infectieuses en Suisse, les résultats positifs des tests sont enregistrés. Pour connaître le nombre total de tests effectués, l'OFSP pouvait aussi demander le nombre de tests négatifs, et ce directement aux laboratoires et non pas par l'intermédiaire des centres VCT. C'est le changement qu'on a tenté d'introduire basé sur la nouvelle ordonnance du 1^{er} janvier 2016 sur les épidémies, mais, pour différentes raisons, il n'a pas pu être mis en œuvre. L'une de ces raisons est le fait que les laboratoires ne disposent pas d'informations sur les tests rapides du VIH et de la syphilis, alors que ce sont justement les plus employés dans les groupes à risque élevé de VIH. Inversement, les laboratoires recensent de nombreux dépistages préventifs ou systématiques, p. ex. chez les femmes enceintes, les recrues et les donneurs de sang, ce qui masquerait d'éventuelles tendances dans les groupes ciblés par la prévention du VIH et des IST.

Figure 2

Nombre de tests syphilis dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2015–2020

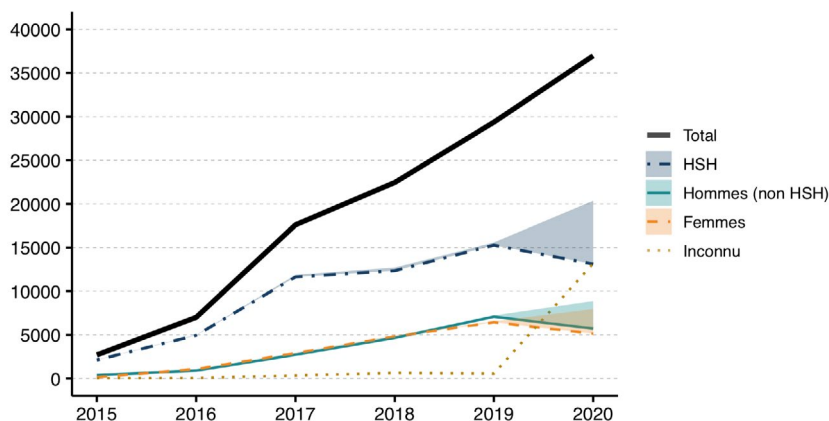


¹ HSH: contacts sexuels entre hommes

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

Figure 3

Nombre de frottis pour gonorrhée/chlamydia dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2015–2020



¹ HSH: contacts sexuels entre hommes

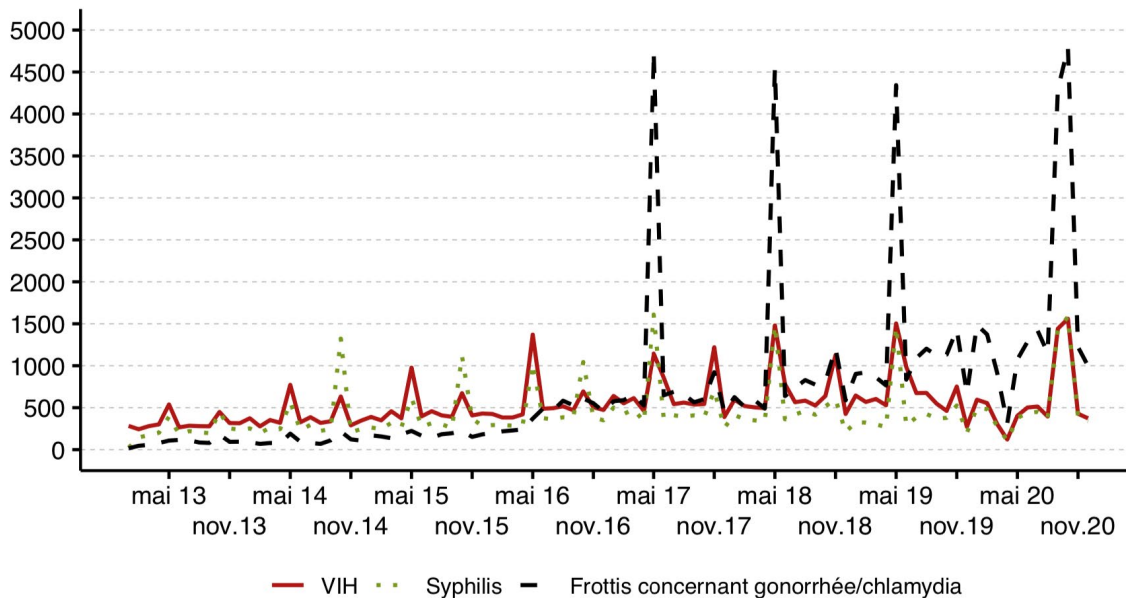
Lignes: tests documentés. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante:** nombre, calculé par extrapolation, de tests pour l'ajustement lié aux expositions non connues; pertinent surtout depuis la modification du système en 2020

ÉTAT DES DONNÉES

En 2020, les centres VCT participant au système BerDa ont donné au total 21 436 consultations. Lors de 13 833 de ces consultations (65%), les clientes et les clients ont activement accepté le stockage de l'entièreté de leur jeu de données. Cette nouveauté n'a rien changé au total des tests enregistrés. Les figures ci-dessous montrent, quand cela est pertinent, les différences liées au système observables dans les structures de données: les lignes continues représentent les données telles qu'elles sont réellement stockées dans le système. Les zones ombrées correspondent à une extrapolation tenant compte des personnes pour lesquelles l'exposition n'est pas connue – depuis 2020, principalement en raison du refus d'autoriser l'enregistrement des données relatives au comportement.

Figure 4

Nombre de tests VIH et syphilis mensuels et nombre de frottis pour gonorrhée/chlamydia chez les HSH¹ réalisés dans les centres VCT suisses, 2015–2020



¹ HSH: contacts sexuels entre hommes

L'exhaustivité des données BerDa est limitée par le fait que les personnes à risque élevé de VIH sont, depuis 2019, de moins en moins enregistrées dans le système, parce qu'elles sont de plus en plus nombreuses à participer au programme national et projet de recherche *SwissPrEPared*. Dans le cadre de ce programme, elles prennent des médicaments (prophylaxie préexposition ou PrEP) qui les protègent d'une infection VIH (possibilité de safer sex à base de médicaments). Près de 3000 personnes y ont participé jusqu'à fin 2020, principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [2]. Ce sont justement ces personnes qui faisaient régulièrement des tests VIH, mais elles ne sont plus comprises dans les chiffres du système BerDa.

DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS

En 2020, les centres VCT ont réalisé et saisi dans BerDa 18 841 tests VIH et 15 236 tests de la syphilis; pour le VIH, il s'agissait principalement de tests rapides. Depuis le 19 juin 2018, la vente de tests VIH à usage personnel est auto-

risée en Suisse, ce qui, outre la participation à *SwissPrEPared*, contribue aussi au recul du nombre de tests VIH enregistrés dans BerDa (figure 1). Pour les tests de la syphilis, en revanche, la tendance à l'augmentation constatée depuis plusieurs années se poursuit (figure 2). À noter en plus, pour 2020, la pandémie de COVID: dans le *Bulletin 48/2020* (p. 11), nous avons montré que le nombre de visites dans les centres VCT suisses avait fortement diminué de mars à mai 2020, et que le nombre hebdomadaire de visites n'est revenu à son niveau d'avant la pandémie que depuis la mi-septembre. Malgré tout, le nombre (ajusté) des tests VIH enregistrés pour les HSH a augmenté de 20 % entre 2015 et 2020, alors que la variation pour les autres hommes et femmes n'était respectivement que de -7 % et 6 %. Autrement dit, pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 8 % des HSH [3], 0,2 % des autres hommes et 0,2 % des femmes ont fait un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses en 2020. Le nombre de tests de la syphilis effectués chez les HSH en 2020 a augmenté de 39 % par rapport à 2015; cette aug-

mentation atteint même respectivement 85 % et 192 % chez les autres hommes et femmes, bien que ces tests, dépistage pendant la grossesse non compris, ne sont recommandés que pour les HSH et les travailleuses du sexe et leurs clients. Autrement dit, pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 8 % des HSH, 0,2 % des autres hommes et 0,1 % des femmes ont fait un test de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en 2020. Il faut ajouter au total des tests effectués dans les centres VCT environ 6000 tests VIH et 5400 tests de la syphilis effectués dans le cadre de *SwissPrEPared* (information personnelle, Dr H.-B. Hampel). En additionnant les deux sources de tests, on obtient pour les HSH 13 100 tests VIH et 12 000 tests de la syphilis en 2020 contre respectivement 9600 et 6400 en 2019. Étant donné, entre autres, qu'il n'était pas possible d'exclure totalement les doublons, c'est-à-dire les tests enregistrés à la fois dans BerDa et *SwissPrEPared*, les données de ces derniers n'ont pas été prises en compte dans les illustrations (comme l'année dernière). Pour l'OFSP, ces résul-

tats signifient que la fréquence des tests a continué à augmenter en 2020 chez les HSH, aussi bien pour le VIH que pour la syphilis. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de ces tests VIH ont été effectués dans des cabinets médicaux privés [4, 5] et que, dans ce cas, ils ne sont pas pris en compte dans les statistiques.

FROTTIS DE DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA CHLAMYDIOSÉ

La figure 3 montre l'augmentation massive des frottis visant à dépister la gonorrhée ou la chlamydirose. Pour chaque examen, le nombre de frottis effectués pouvait aller jusqu'à trois (urètre/vagin, gorge et anus). En 2020, 36 975 frottis ont été documentés dans le système BerDa, ce qui, par rapport à 2015, correspond à une augmentation de 847 % (facteur 9) chez les HSH et d'un facteur de 23 et 53 respectivement chez les autres hommes et femmes. Cette augmentation reflète aussi bien le nombre de personnes qui se font tester pour ces deux maladies (ces tests sont presque toujours vendus associés) que le nombre de frottis par personne.

S'ajoutent au total des tests effectués dans les centres VCT environ 16 000 frottis réalisés dans le cadre de SwissPrE-Pared (information personnelle, Dr H.-B. Hampel).

Le pourcentage de diagnostics de gonorrhée et de chlamydirose chez les personnes testées est resté stable sur la période 2015–2020. L'augmentation du nombre de diagnostics de gonorrhée chez les HSH (voir « Gonorrhée en Suisse en 2020 ») s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de tests.

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

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

CONTACT

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

Bibliographie

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

VIH et sida en Suisse, situation en 2020

Les laboratoires habilités selon le concept de test VIH [1] à diagnostiquer et à déclarer le VIH en Suisse ont déclaré 290 nouveaux cas pour l'année 2020, un chiffre nettement inférieur à celui de l'année précédente (420). Deux facteurs ont certainement contribué à cette évolution: d'une part, la diffusion croissante de la prophylaxie préexposition du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et, d'autre part, la diminution du nombre de tests VIH effectués et de contacts sexuels occasionnels en raison des mesures prises pour lutter contre le COVID.

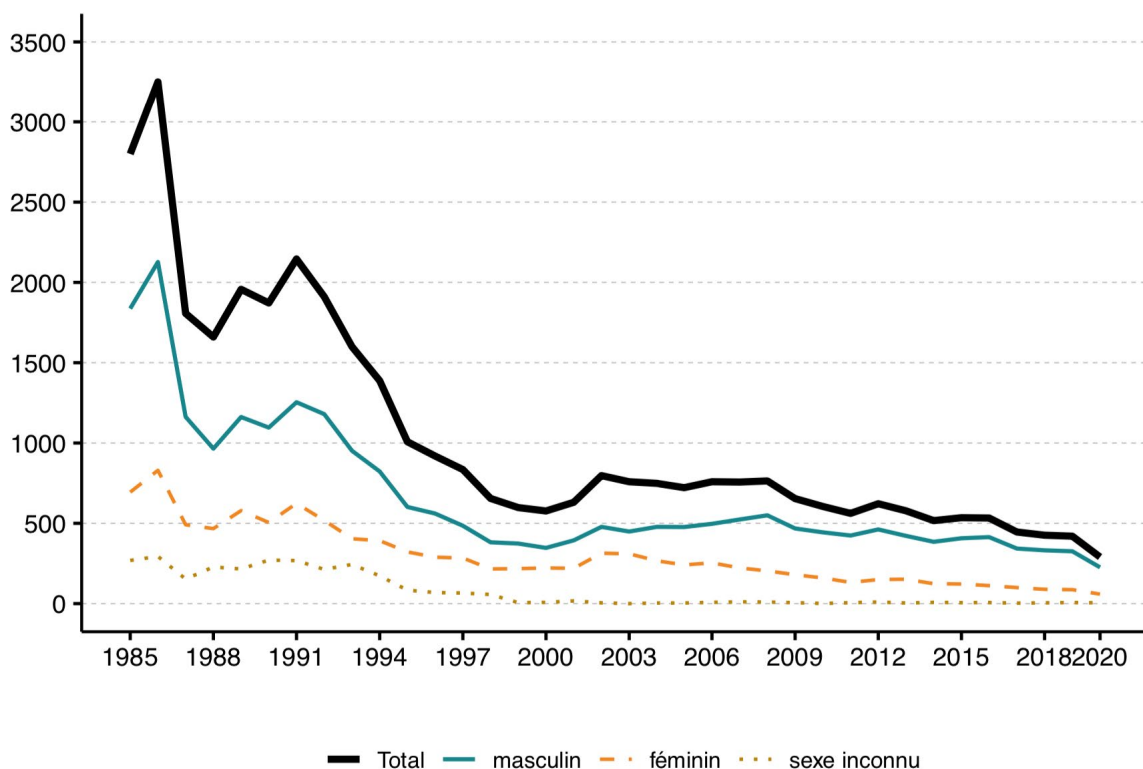
ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, le VIH fait l'objet d'une surveillance permanente depuis 1985. Depuis, les laboratoires habilités à confirmer un diagnostic du VIH sur la base du concept de test VIH [1] déclarent à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au médecin cantonal compétent l'âge, le sexe et le canton de domicile des personnes pour lesquelles ce diagnostic a été posé. L'OFSP demande aux médecins traitants, outre le diagnostic,

des informations complémentaires telles que la voie d'infection et la nationalité. À cet effet, les médecins envoient à l'OFSP un formulaire de déclaration complémentaire (déclaration de résultats cliniques, remarque 1). Les laboratoires habilités à déclarer le VIH en Suisse ont déclaré 290 cas confirmés de VIH pour l'année 2020 (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 30 juin 2021). Une tendance à la baisse se dessine depuis 2008 (figure 1). Toutefois, les modélisa-

tions montrent que le recul observé en 2020 semble plus important que celui qui était attendu au vu de cette tendance déjà ancienne. Un recul comparable a été constaté pour pratiquement toutes les maladies infectieuses à déclaration obligatoire [2]. L'explication la plus plausible est que les mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID ont aussi eu une influence sur le nombre de cas d'autres infections. Pour ce qui est du VIH, la diminution du nombre de tests réalisés et/ou des nou-

Figure 1
Déclarations VIH de laboratoire, par sexe et par année du test, depuis le début des tests, 1985–2020



veaux contacts sexuels a certainement joué un rôle.

Le programme SwissPrEPared a probablement aussi contribué à cette évolution. Un élément en faveur de cette hypothèse est que le nombre de nouveaux diagnostics a diminué plus fortement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) que dans les autres groupes (voir figure 4). Jusqu'à fin décembre 2020, environ 3000 HSH présentant un risque élevé de contamination ont participé à ce programme, qui a commencé en avril 2019. Les participants prennent une prophylaxie médicamenteuse contre le VIH sous contrôle médical (prophylaxie préexposition, « PrEP »).

SEXE

La majorité des déclarations de VIH concernait des hommes: en 2020, ceux-ci représentaient 79 % des cas, un pourcentage pratiquement identique à celui

des années précédentes. Deux diagnostics ont été posés chez des femmes trans (identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), aucun chez des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin). En 2020, l'incidence a été nettement plus basse que l'année précédente, à 1,3 pour 100 000 personnes chez les femmes (2019: 2,0) et à 5,2 chez les hommes (2019: 7,6).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

L'incidence des nouveaux diagnostics de VIH s'élevait à 3,3 pour 100 000 personnes en 2020. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 1,6 à 5 cas pour 100 000 personnes (tableau 1, figure 2). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. L'urbanité est associée

non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [3, 4]. Les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse du Nord-Ouest, ainsi qu'au Tessin.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH était de 39,5 ans pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient moins de 39,5 ans et l'autre moitié plus de 39,5 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés: chez eux, l'âge médian était de 43 ans, contre 37 ans dans les cas d'infection par voie homosexuelle (HSH). La répartition par âge (figure 3) montre que parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, la tranche des 35 à 44 ans a été la plus touchée (35 %), suivie de celle des 45 à 54 ans (27 %). La fourchette des âges était plus large chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, avec le maximum de cas entre 35 et 44 ans (29 %). Au moment du diagnostic, les HSH étaient plus jeunes que les deux autres groupes, avec le maximum chez les 25 à 34 ans (33 %) et nettement plus de cas chez les 15 à 24 ans (10 %). Les HSH étaient donc les plus jeunes, les hommes hétérosexuels les plus âgés.

VOIE D'INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2020 pour les hommes avec un diagnostic de VIH a été celle des relations sexuelles avec d'autres hommes (50,8 %, soit 116 nouveaux diagnostics). Les relations hétérosexuelles (26,5 %, 60 diagnostics) viennent à la deuxième place chez les hommes. Dans les cas de consommation de drogues intraveineuses (IDU), l'utilisation de matériel d'injection contaminé a été citée dans 2,2 % des diagnostics de VIH chez les hommes. Chez ceux-ci, la voie d'infection n'était pas connue pour 20,4 % des diagnostics de VIH. En 2020, comme les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont

Tableau 1

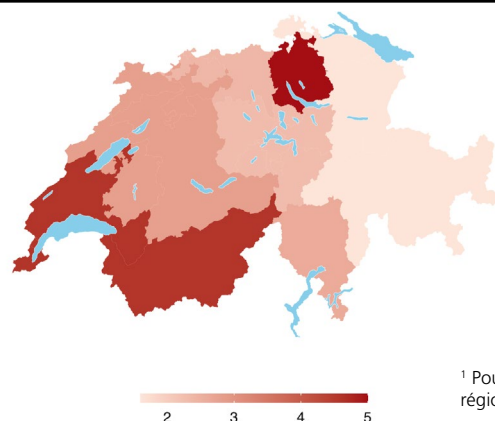
Incidence des diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	6,4	6,3	5,3	5,0	4,9	3,3
Région lémanique	9,7	9,4	8,3	8,3	7,2	4,6
Espace Mittelland	6,1	3,8	4,0	3,8	3,4	2,8
Suisse du Nord-Ouest	4,3	5,5	3,6	3,8	3,2	2,4
Zurich	9,8	10,9	7,3	6,7	7,4	5,0
Suisse orientale	2,9	2,5	3,3	2,8	3,0	1,6
Suisse centrale	2,7	3,4	3,0	2,6	4,8	2,3
Tessin	4,8	8,2	4,5	4,5	3,1	2,6

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

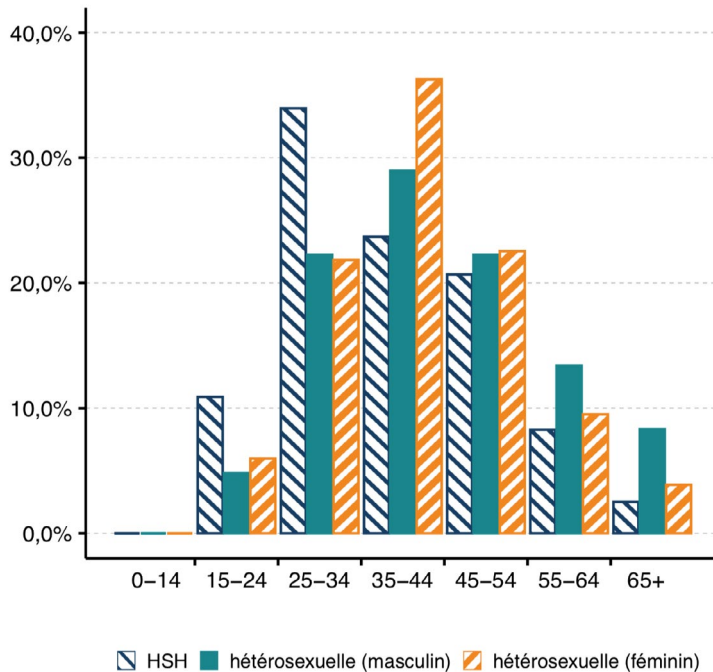
Figure 2

Incidence des diagnostics de VIH pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2020



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

Figure 3
Distribution par classe d'âge des personnes avec diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe [diagnostics des années 2015 à 2020 réunis pour des raisons statistiques]

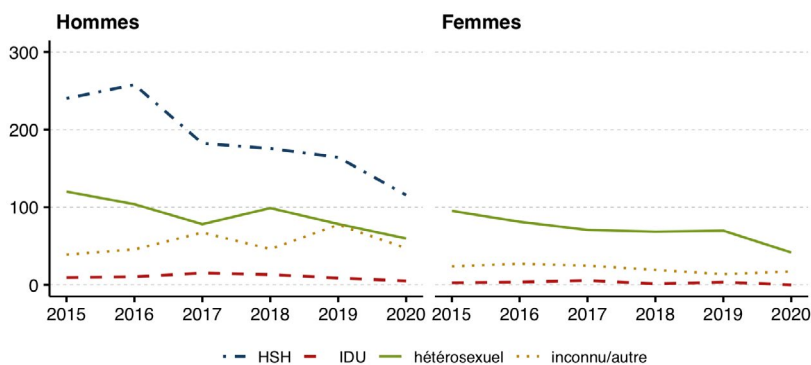


¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

principalement été infectées par voie hétérosexuelle (69,6 %). L'injection de drogues n'a été indiquée comme voie d'infection dans aucun cas. Un diagnostic concernait une adolescente de 13 ans qui, selon la déclaration du médecin, avait été infectée à la naissance par sa mère. La voie d'infection n'était

pas connue pour 30,4 % des diagnostics de VIH chez les femmes. Aucune contamination par des rapports sexuels entre femmes n'a été déclarée à l'OFSP. La figure 4 (graphique de gauche) montre l'évolution des déclarations de VIH chez les hommes selon la voie d'infection. La tendance est à la baisse aussi

Figure 4
Diagnostics de VIH¹ chez les hommes et les femmes, par voie d'infection² et par année de diagnostic, 2015-2020



¹ corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

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

bien chez les HSH que (dans une moindre mesure) chez les hommes hétérosexuels. Le nombre de cas a été peu élevé chez les IDU de sexe masculin (entre 8 et 14).

Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a diminué quasi régulièrement entre 2015 et 2020, passant de 95 à 41 (figure 4 à droite). Chez les IDU, il a été encore plus bas ces six dernières années chez les femmes (moins de 6) que chez les hommes.

L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande région de Zurich, 58,5 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, soit 18 points de pourcentage de plus que la moyenne nationale, qui s'établissait à 40,9 % (tableau 2). Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [5], mais aussi par le pourcentage nettement plus faible que dans les autres grandes régions de l'OFSP des personnes pour lesquelles la voie d'infection est inconnue.

NATIONALITÉ

En 2020, près de la moitié des diagnostics de VIH pour lesquels la nationalité des personnes infectées était connue concernait des ressortissants suisses (43,9 %), avec toutefois des variations selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, 28 % étaient de nationalité suisse, contre 37 % des hommes (calcul de pourcentages excluant les cas de nationalité inconnue); parmi ces femmes, 52 % étaient des ressortissantes d'un pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque 2). Ce pourcentage était moins élevé chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle (23 %). Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 17 % des femmes et 12 % des hommes étaient issus d'un pays non-PHP non européen (catégorie « autre » dans le tableau 3). En 2020, 54 % des HSH ayant un diagnostic de VIH étaient des Suisses, tandis que 26 % provenaient de pays européens (calcul excluant la catégorie « inconnue »). Parmi les HSH dont la nationalité était connue, 7 % venaient d'un PHP. Il est

Tableau 2Déclarations de VIH par les médecins, par voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFSP, 2020

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH		Inconnue/autre	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	81	35,4%	93	40,6%	55	24,0%
Région lémanique	26	41,3%	23	36,5%	14	22,2%
Espace Mittelland	21	46,7%	12	26,7%	12	26,7%
Suisse du Nord-Ouest	8	32,0%	12	48,0%	5	20,0%
Zurich	13	24,5%	31	58,5%	9	17,0%
Suisse orientale	5	27,8%	6	33,3%	7	38,9%
Suisse centrale	6	37,5%	5	31,2%	5	31,2%
Tessin	2	22,2%	4	44,4%	3	33,3%

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

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

toutefois probable que ces faibles pourcentages donnent une image fautive de la situation parce que les rapports sexuels entre hommes sont très stigmatisés, voire interdits, dans certains pays à haute prévalence et que les HSH qui en sont issus n'indiquent pas toujours leur orientation sexuelle au moment des tests [6].

La répartition des nationalités en ce qui concerne les diagnostics de VIH (tableau 4) est soumise à des variations annuelles, car le nombre de cas sur lesquels reposent les pourcentages est relativement modeste. En effet, ces dernières années, les déclarations des médecins concernant les hommes et les femmes hétérosexuels s'élevaient toujours à bien moins de 100, et à moins de 200 pour les HSH, avec une tendance à la baisse. Il n'est donc pas possible de faire la différence entre de vrais change-

ments et des fluctuations aléatoires. En 2018, l'OFSP a mis au point une nouvelle répartition des groupes, axée sur les acteurs du domaine de la prévention et combinant voie de contamination et nationalité. En effet, ce sont les checkpoints et les actions lancées par l'Aide Suisse contre le Sida et ses organisations membres à leur intention qui sont les plus à même d'atteindre les HSH, surtout ceux qui se qualifiaient d'homosexuels ou de bisexuels lors des tests, quelle que soit leur nationalité. En ce qui concerne les hétérosexuels, l'OFSP ne fait plus une première distinction entre personnes de nationalité étrangère et suisse, mais entre nationalités d'un pays à haute prévalence, autres pays et inconnu. Par exemple, il réunit donc dans la catégorie « Autres nationalités » les personnes résidant en Suisse et de nationalité allemande, autri-

chienne, française, italienne, etc., et les ressortissants suisses. Les pays comptés parmi les pays à haute prévalence sont, globalement, ceux qui répondent à la définition des Nations Unies, actualisée annuellement, plus le Brésil (voir remarque 2).

En 2020, 116 des nouveaux diagnostics de VIH se rapportaient à des contacts sexuels entre hommes (quelle que soit la nationalité, y compris HSH utilisant des drogues par injection), 86 à des hommes ou des femmes hétérosexuels non originaires d'un pays à haute prévalence et 44 à des hommes ou des femmes issu(e)s de pays à haute prévalence, Brésil compris (figure 5). La diminution du nombre de cas chez les personnes provenant de pays à haute prévalence infectées par voie hétérosexuelle correspond en grande partie au recul de l'immigration de ressortissants de ces pays en Suisse. Par ailleurs, il s'avère que la diminution du nombre de cas chez les HSH avait déjà commencé en 2009.

LIEU DE L'INFECTION

D'après les indications figurant sur les déclarations de VIH par les médecins, les personnes infectées par voie hétérosexuelle ont plus souvent contracté le VIH à l'étranger qu'en Suisse, surtout celles d'une autre nationalité, tandis que les Suisses et les Suissesses ont plus été infectés en Suisse que les ressortissants étrangers (tableau 4). La répartition plus précise par nationalité montre que dans plus de deux tiers (68,1%) des cas chez les personnes de nationalité étrangère infectées à l'étranger, le pays indiqué était le même que celui du lieu d'infection présumé – quand les

Tableau 3Déclarations de VIH par les médecins, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2020

Voie d'infection: Geschlecht:	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Suisse	9	26,5%	16	33,3%	45	48,4%
Europe hors Suisse	2	5,9%	12	25,0%	23	24,7%
Pays à haute prévalence du VIH	15	44,1%	10	20,8%	6	6,5%
autre	5	14,7%	5	10,4%	11	11,8%
inconnue	3	8,8%	5	10,4%	8	8,6%
Total déclarations par les médecins	34	100,0%	48	100,0%	93	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4Lieu présumé de l'infection VIH, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2020

Voie d'infection: Nationalité:	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection								
Suisse	9	36,0	14	24,6	28	62,2	16	33,3
étranger	9	36,0	29	50,9	7	15,6	14	29,2
inconnu	7	28,0	14	24,6	10	22,2	18	37,5
Total déclarations par les médecins	25	100,0	57	100,0	45	100,0	48	100,0

¹HSH: rapports sexuels entre hommes

deux indications figuraient sur la déclaration. Cela permet de supposer que ces personnes ont surtout été infectées durant leur voyage dans leur pays d'origine, ou qu'elles étaient déjà séropositives avant leur départ pour la Suisse. Les HSH suisses aussi se sont infectés plus souvent en Suisse qu'à l'étranger mais, contrairement aux personnes contaminées par voie hétérosexuelle, ceux qui ne possèdent pas le passeport suisse se sont aussi plus souvent infectés en Suisse qu'à l'étranger. À noter que l'information sur le lieu de l'infection manquait dans certains groupes pour plus d'un tiers des cas, ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

82 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle pour lesquelles la source d'infection était indiquée l'avaient été par un partenaire connu, 18 % par un partenaire anonyme. Les femmes ayant eu un test VIH positif en 2020 n'ont jamais cité les relations sexuelles tarifées (prostitution) comme source d'infection (tableau 5). Parmi les hommes infectés par voie hétérosexuelle, les sources d'infection étaient pour la moitié une partenaire connue, pour 36 % une partenaire anonyme et pour 14 % des relations sexuelles tarifées. Compte tenu de la faible prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe en Suisse [7] et du pour-

centage élevé d'infections contractées à l'étranger, comme déjà mentionné, on peut supposer qu'un nombre important d'hommes infectés par voie hétérosexuelle ont contracté le VIH dans le cadre du tourisme sexuel.

Si l'on ne tient compte que des HSH dont la source d'infection est connue, on voit que 55 % ont été infectés par un partenaire connu et 42 % par un partenaire anonyme, les relations sexuelles tarifées constituant l'exception. À noter que l'indication de la source d'infection n'était pas connue dans certains groupes (jusqu'à la moitié des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

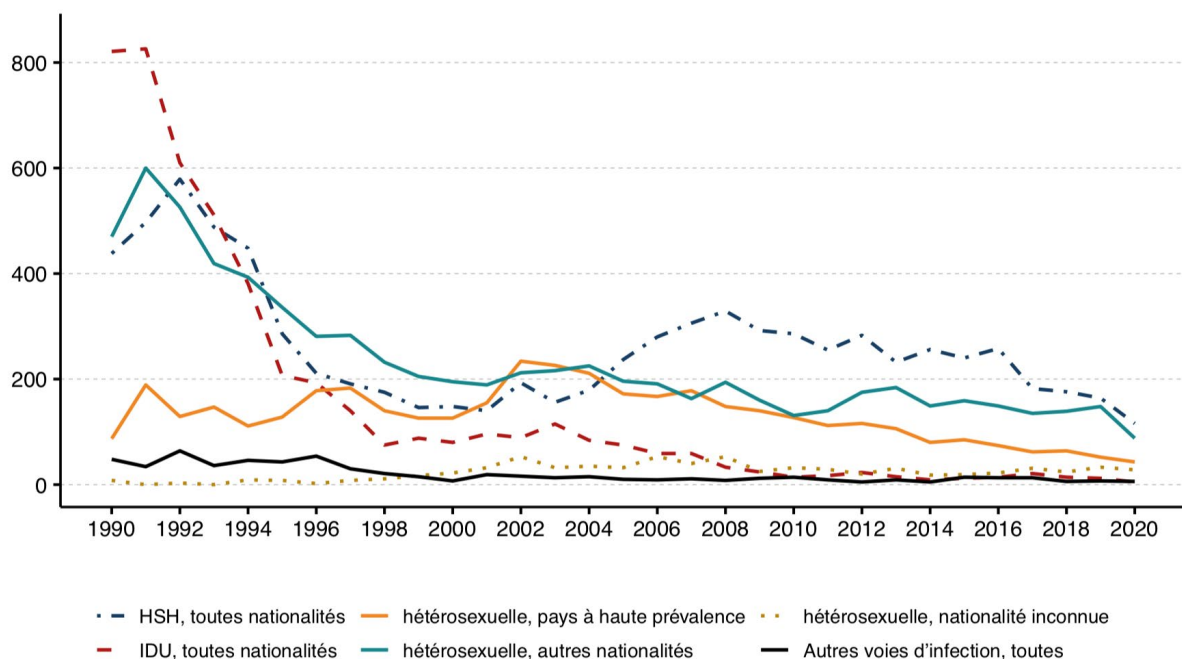
Figure 5**Diagnostics de VIH¹, par voie de contamination et par nationalité. Répartition axée sur la prévention, 1990–2020**¹ corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

Tableau 5

Type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec un diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2020

Voie d'infection: Sexe:	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
Type de relation	N	%	N	%	N	%
partenaire connu	14	41,2%	11	22,9%	30	32,3%
partenaire anonyme	3	8,8%	8	16,7%	23	24,7%
relations sexuelles tarifées	0	0,0%	3	6,2%	2	2,2%
inconnu	17	50,0%	26	54,2%	38	40,9%
Total	34	100,0%	48	100,0%	93	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Les pourcentages figurant dans le tableau 5 divergent de ceux décrits dans cette section parce qu'ils se rapportent à l'ensemble des déclarations, celles sans l'indication du lieu d'infection incluses.

MOMENT DE L'INFECTION

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

En 2020, une infection récente n'a été constatée chez aucune femme infectée par voie hétérosexuelle, mais chez 10,4 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Chez les HSH, 44,6 % des infections étaient considérées comme récentes, un chiffre nettement plus élevé que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle. La fréquence à laquelle les infections aiguës (primo-infections) ont été diagnostiquées était elle aussi différente pour les HSH et pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle (tableau

6). Ce diagnostic a été posé chez 7,5 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes confondus) et chez 25,0 % des HSH. Le pourcentage plus élevé des diagnostics de primo-infection chez les HSH, de même que le pourcentage plus élevé d'infections récentes indiquent que le diagnostic de VIH est posé plus précocement dans ce groupe que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle.

Comme les années précédentes, le diagnostic de VIH a moins souvent été posé tardivement chez les HSH (18,5 %) que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes confondus: 26,2 %).

L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection qui figurent au tableau 6 amènent à penser que le diagnostic du VIH est plus rarement posé tôt après l'infection chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle que chez les HSH, ce qui s'explique vraisemblablement par le fait que ces derniers sont conscients d'être exposés à un risque d'infection plus élevé et sont donc plus nombreux à se soumettre à des tests réguliers de dépistage (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le même Bulletin).

Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage d'infections récentes et celui des cas diagnostiqués au stade aigu ont été plus bas que dans les autres groupes. Le fait qu'elles proviennent à 52 %, donc plus fréquemment que dans les autres groupes, de pays à haute prévalence du VIH (voir paragraphe sur la nationalité, tableau 3), joue possiblement aussi un rôle. Les personnes venant d'un PHP se sont pour la plupart infectées dans leur pays,

même si une étude européenne a montré que, étonnamment, ce n'était pas vrai pour 45 % d'entre elles [8]. Comme ces pays disposent de moins de ressources pour les soins de santé que la Suisse, on peut supposer que les infections VIH sont moins souvent diagnostiquées à un stade précoce.

Les médecins peuvent contribuer à la prévention des infections VIH dans les réseaux sexuels de la population migrante issue de pays à haute prévalence et augmenter les chances de diagnostiquer le VIH le plus rapidement possible en proposant plus souvent un test VIH dans leurs consultations, même en l'absence de suspicion directe d'infection par le VIH (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins « PICT » [9]). Durant la période 2015–2020, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes: il s'élevait à 50,1 % chez les HSH et à 20,4 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ces dernières années, ce pourcentage a subi des variations significatives (figure 6, les deux graphiques) dues en partie à la précision limitée de la méthode utilisée, qui différencie les infections récentes et anciennes (voir remarque 3). Une régression linéaire montre toutefois que les infections récentes et anciennes ont diminué ces cinq dernières années aussi bien chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, en accord avec la tendance générale constatée pour les diagnostics de VIH. Chez les HSH, les infections récentes ont diminué un peu plus fortement que les infections anciennes. Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre

Tableau 6

Indicateurs relatifs au moment de l'infection dans les déclarations du VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2020

Voie d'infection: Sexe:	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Indicateur						
Infection récente ²	0	0,0%	5	10,4%	41	44,1%
Infection aiguë ³	2	5,9%	4	8,3%	23	24,7%
Test tardif ⁴	4	11,8%	17	35,4%	17	18,3%
Nombre de déclarations par les médecins*	34	*	48	*	93	*

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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

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

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

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

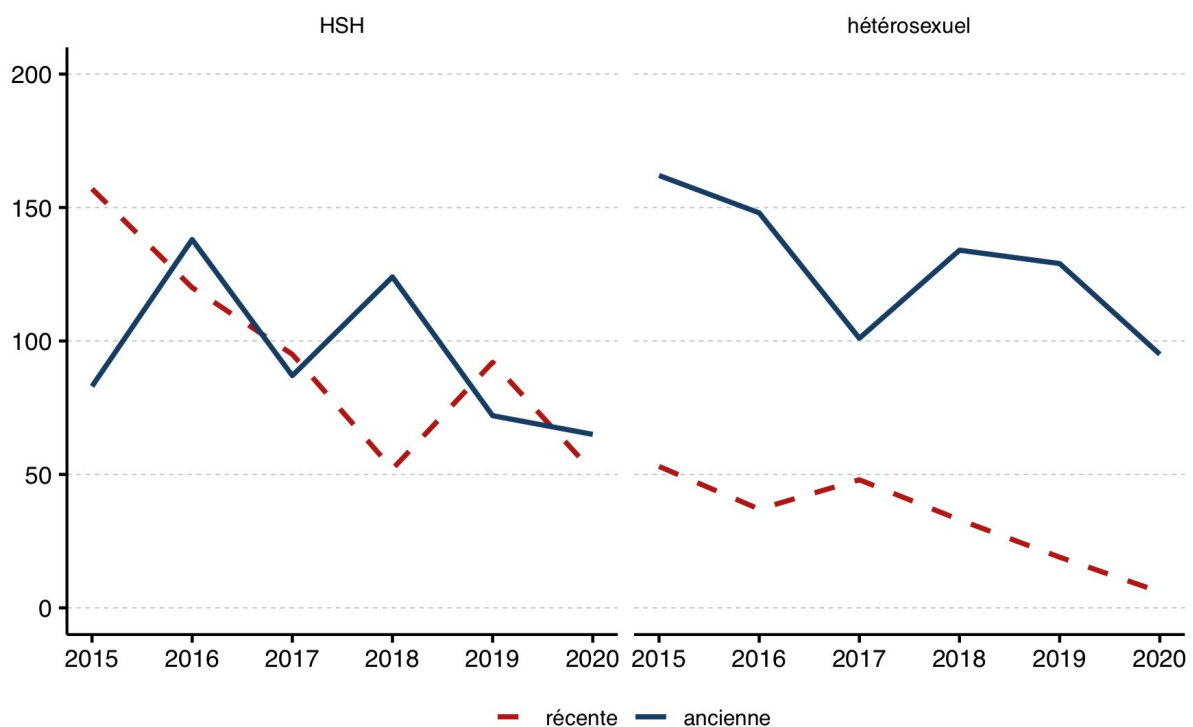
d'infections VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Pour interpréter les tendances concernant les infections récentes, des données sur la fréquence des tests seraient nécessaires. Dans cette optique, les laboratoires concernés sont tenus depuis 2016 de déclarer, à la fin de l'année, le nombre total de tests effectués pour de nombreuses infec-

tions soumises à déclaration. L'évaluation de ces déclarations concernant un autre domaine (les infections transmises par les denrées alimentaires) a toutefois montré que ce système ne tient pas suffisamment compte de la complexité et de la dynamique des laboratoires en Suisse et que l'analyse débouche sur des résultats contradictoires [10]. Les problèmes relevés dans ce cadre sont éga-

lement susceptibles de toucher les laboratoires impliqués dans le diagnostic primaire du VIH. Pour évaluer le développement des tests, l'OFSP utilise des données provenant des centres de conseil et de dépistage de Suisse (centres VCT). Ces données indiquent une augmentation constante des tests VIH ces dernières années, surtout pour les HSH (voir le rapport « Surveillance

Figure 6

Infections VIH récentes et anciennes¹, selon la voie d'infection², 2015–2020



¹ corrigées des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1

² HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 7

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2015–2020 (corrigés des retards de déclaration)

Voie d'infection:	Sexe	Année du diagnostic					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
HSH	masculin	25	26	27	26	20	25
IDU	masculin	2	4	5	0	4	2
IDU	féminin	0	1	3	0	0	2
Hétérosexuelle	masculin	24	11	15	20	23	10
Hétérosexuelle	féminin	10	17	12	10	11	1
Autre	masculin	1	6	7	6	18	12
Autre	féminin	2	3	2	3	3	7
Total		64	68	71	65	79	59
Dont déjà déclaré:		64	69	70	62	67	33

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

des tests » dans le même Bulletin). Avec une incidence constante, une augmentation du nombre de tests entraînerait une hausse du nombre d'infections récentes. La diminution des infections récentes observée chez les HSH indique par conséquent une incidence décroissante du VIH dans ce groupe.

CAS DE SIDA

Le nombre de nouveaux cas de sida s'est stabilisé autour de 60 à 80 cas par an au cours des dernières années (tableau 7), comme il ressort d'extrapolations statistiques tenant compte du fait qu'ils sont parfois déclarés plusieurs années seulement après le diagnostic (remarque 5). Le nombre de nouveaux cas, selon les estimations, devait être plus élevé en 2019, mais il a de nouveau nettement baissé en 2020.

En procédant à une répartition des cas de sida par voie d'infection, on observe une diminution surtout dans le groupe des personnes infectées par voie hétéro-

sexuelle et dans celui dont la voie d'infection est inconnue, qui sont justement les groupes où l'on observait une augmentation en 2019. On peut en déduire qu'il s'agissait là de variations statistiques ne traduisant pas des tendances réelles. Indépendamment de la nationalité et de la voie d'infection, la première détection du VIH parmi les cas de sida en 2020 a eu lieu moins d'un an avant le diagnostic du sida dans une moyenne de plus de 75%. Le test tardif explique que les personnes concernées n'ont pas reçu les médicaments antirétroviraux à temps pour empêcher la progression vers le stade du sida. Ces dernières années, le pourcentage des HSH parmi les nouveaux cas de sida était inférieur à celui des nouveaux diagnostics de VIH. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que les HSH se soumettent beaucoup plus souvent à des tests VIH que les autres groupes, de sorte que les infections VIH peuvent être diagnostiquées relativement tôt et traitées avec succès (voir paragraphe

« Moment de l'infection » et rapport « Surveillance des tests » dans le même Bulletin).

CONCLUSION

Le nombre total de diagnostics de VIH a été nettement plus bas en 2020 qu'en 2019. Si une tendance à la baisse des diagnostics de VIH est observée depuis des années, l'ampleur de la baisse en 2020 est plus importante que prévu. La diffusion croissante de la PrEP chez les HSH a vraisemblablement joué un rôle, mais aussi une diminution du dépistage du VIH et des contacts sexuels avec de nouveaux partenaires comme effet secondaire des mesures prises contre la pandémie de COVID-19.

Près de 80 % des diagnostics concernaient des hommes, chez lesquels l'incidence des nouveaux diagnostics était quatre fois plus élevée que chez les femmes. La voie d'infection la plus fréquente chez les hommes était, comme les années précédentes, celle des relations sexuelles entre hommes et, chez les femmes, celle des relations hétérosexuelles. En 2020, comme ces dernières années, les infections en lien avec la consommation de drogues par injection n'occupent plus qu'une petite place dans le tableau général.

Quelle que soit leur nationalité, les HSH se sont plus souvent infectés en Suisse qu'à l'étranger. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été contaminées à l'étranger; dans trois quarts des cas, le lieu de l'infection correspondait à leur nationalité. On peut vraisemblablement en conclure

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OFS

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

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

REMARQUES

1. Les déclarations des médecins, appelées « déclarations de résultats d'analyses cliniques » suite à la dernière révision de l'ordonnance, doivent être adressées au médecin cantonal du canton de domicile du patient qui, après les avoir contrôlées, les transmet à l'OFSP. Ces déclarations n'ont pas été transmises pour tous les cas de VIH diagnostiqués et déclarés par les laboratoires ; ces dernières années, elles l'ont été dans 80 % à 90 % des cas, mais la tendance est à la hausse. Dans les cas sans déclaration de médecin, si l'on disposait des données sur le sexe, l'âge et le canton de domicile, il manquait notamment celles sur la voie d'infection et la nationalité. Pour les tendances présentées dans ce rapport, qui reposent sur les données des déclarations de résultats d'analyses cliniques, les chiffres ont été extrapolés de manière à obtenir pour chaque sexe et chaque année le total correspondant des déclarations de laboratoire. Cette approche suppose que ces déclarations sont représentatives de tous les cas de VIH diagnostiqués par les laboratoires.
2. Selon l'ONUSIDA et l'OMS, un pays est réputé à haute prévalence du VIH lorsque celle-ci, dans la population générale, est supérieure à 1 % dans le groupe d'âge des 15 à 45 ans. Pour éviter les variations annuelles de la définition, les rapports de l'OFSP, depuis 2018, considèrent les pays suivants comme pays à haute prévalence : tous les pays de la région de l'OMS « Afrique » (sans l'Algérie, mais y compris Djibouti, Soudan et Somalie) ainsi que la Thaïlande, le Brésil, le Suriname, la Guyane, le Belize, la Jamaïque, Haïti et la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade et Trinité-et-Tobago. L'ajout du Brésil, par exemple, tient compte des immigrants présents en Suisse.
3. Depuis 2008, la Suisse utilise de manière standardisée une méthode de diagnostic qui permet, à l'aide d'un algorithme, de différencier les infections récentes des infections plus anciennes. Cet algorithme a été développé par le Centre national de rétrovirus (CNR) sur la base de l'immunoblot Inno-Lia™ VIH I/II (Fujirebio). Les infections dites récentes sont celles dont la transmission à la personne infectée remonte probablement à moins d'un an avant le diagnostic.
4. La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu qui survient chez de nombreuses personnes infectées par le VIH depuis quelques semaines à trois mois. Les « infections récentes » et les « primo-infections » sont deux indicateurs, méthodologiquement indépendants, d'un stade d'infection précoce.
5. À la suite de retards dans la déclaration, seuls environ 60 % des cas de sida déclarés par le passé pour une année précise concernaient celle au cours de laquelle le diagnostic avait été établi ; près de 25 % des diagnostics se rapportaient à l'année précédente et le reste à des cas encore plus anciens. De ce fait, à la fin d'une année, le nombre de nouveaux cas de sida ne peut pas être connu avec précision. Le nombre réel doit donc être estimé au moyen d'un modèle statistique prenant en considération la répartition passée des retards de déclaration. Les données indiquées au tableau 7 se fondent sur la méthode de Rosenberg [11].

qu'elles se sont infectées lors de voyages dans leur pays d'origine. En moyenne des six dernières années, les infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées chez les HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le nombre des infections récentes montre chez les HSH une tendance à la baisse ces six dernières années, ce qui semble indiquer une diminution de l'incidence, les taux de tests ayant parallèlement augmenté dans ce même laps de temps au sein de ce groupe.

CONTACT

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

Bibliographie

1. OFSP (2013) : Concept suisse de test VIH : récapitulatif actualisé. *Bulletin*; 47 : 6–14
2. OFSP (2021) : Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *Bulletin*; 30 : 8–13
3. Farmer GW, Blossich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3) : 321–331
4. Vlahov D & Galea S (2013). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79 : S1–S12
5. Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4) : 285–291
6. Sokari E (2010). Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. Heinrich-Böll-Stiftung: Berlin
7. Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – an Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150 : w20393
8. Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A, Zuure F, BarrosH, Staehelin C, Göpel S, Boesecke C, Prestileo T, Volny-Anne A, Burns F, Del Amo J (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*; 31(14) : 1979–1988
9. OFSP (2015). Directive de l'Office fédéral de la santé publique concernant le dépistage du VIH chez l'adulte dans les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les services d'urgences et les hôpitaux. *Bulletin*; 21 : 375–379
10. Mäusezahl D, Schmutz C (2019). Analyse der Statistik zum laboranalytischen Befund. *Schlussbericht Swiss TPH*: Bâle
11. Rosenberg PS (1990). A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 3(1) : 49–54

La chlamydie en Suisse, situation en 2020

En 2020, les laboratoires de microbiologie en Suisse ont déclaré 11 275 diagnostics de chlamydia sexuellement transmis. Se situant à 129,8 pour 100 000 personnes, l'incidence de la chlamydie était plus faible en 2020 qu'en 2019, mais toujours plus élevée que les années précédentes. Cette récente diminution est particulièrement visible chez les hommes : nous l'attribuons en grande partie aux possibilités réduites de dépistage des IST dans le contexte de la pandémie de COVID.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de chlamydie en Suisse à l'aide du système de déclaration obligatoire. L'OFSP collecte les déclarations de résultats d'analyses de laboratoire avec indication du sexe de la personne, de sa date de naissance et de son canton de domicile. En raison du nombre élevé de cas, on renonce à des déclarations de résultats d'analyses cliniques complémentaires. Pour 2020, 11 275 cas ont été déclarés à l'OFSP, soit une diminution de 9 % par rapport à l'année précédente (déclara-

tions tardives prises en considération jusqu'au 30 juin 2021).

SEXE ET TENDANCES SEXOSPÉCIFIQUES

La majorité des cas de chlamydie concernait des femmes, bien que cette proportion par rapport au nombre total de cas ait baissé ces dernières années (2020 : 61 %). Depuis 2000, on observe, pour les deux sexes confondus, une multiplication par cinq du nombre de cas, soit 4,4 pour les femmes et 6,3 pour les hommes (voir figure 1). La chlamydie, asymptomatique dans la majorité des cas, est diagnostiquée

plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, car le dépistage est effectué beaucoup plus fréquemment chez les femmes dans le cadre des examens gynécologiques réguliers. Depuis 2016, les centres VCT suisses (Voluntary Counselling and Testing) testent de plus en plus souvent les hommes également (voir l'article « Testsurveillance » dans le même bulletin).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence s'élevait à 129,8 pour 100 000 personnes en 2020. On observe toutefois d'impor-

Figure 1
Cas confirmés de chlamydie par sexe depuis le début du relevé, 1988–2020

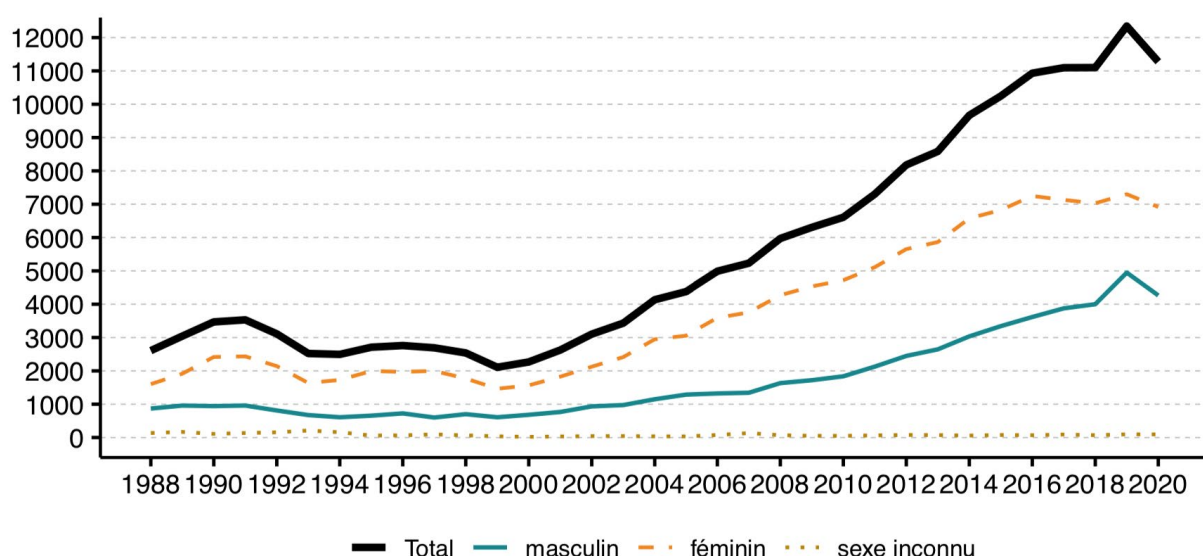


Tableau 1

Incidence des diagnostics de chlamydie pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	123,1	129,8	130,8	129,9	143,4	129,8
Région lémanique	154,1	158,5	164,3	156,8	179,9	155,3
Espace Mittelland	104,3	112,9	106,0	105,3	117,9	110,0
Suisse du Nord-Ouest	124,3	126,1	122,9	120,7	130,0	120,7
Zurich	156,0	159,1	168,8	172,5	195,0	176,1
Suisse orientale	92,9	102,7	105,2	96,1	108,1	99,7
Suisse centrale	84,4	105,6	103,2	111,8	104,2	97,3
Tessin	122,2	118,8	117,3	133,6	132,6	118,9

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

tantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, c'est-à-dire dans les régions avec les plus grands centres urbains. Une corrélation entre l'incidence et l'urbanité est probable, car le contexte urbain offre un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais également aux rapports sexuels tarifés et, de manière générale, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, surtout pour les personnes appartenant aux minorités

sexuelles [1, 2]. Les incidences les plus basses se trouvent dans les régions principalement rurales de la Suisse centrale et de la Suisse orientale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de chlamydia se situait à 24 ans; autrement dit, la moitié d'entre elles avait moins de 24 ans et l'autre moitié était plus âgée. Toujours chez les femmes, la plupart des cas concernaient les 15 à 24 ans (figure 2). L'âge médian

des hommes était de 30 ans. Le groupe d'hommes des 25 à 34 ans était le plus fortement touché.

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

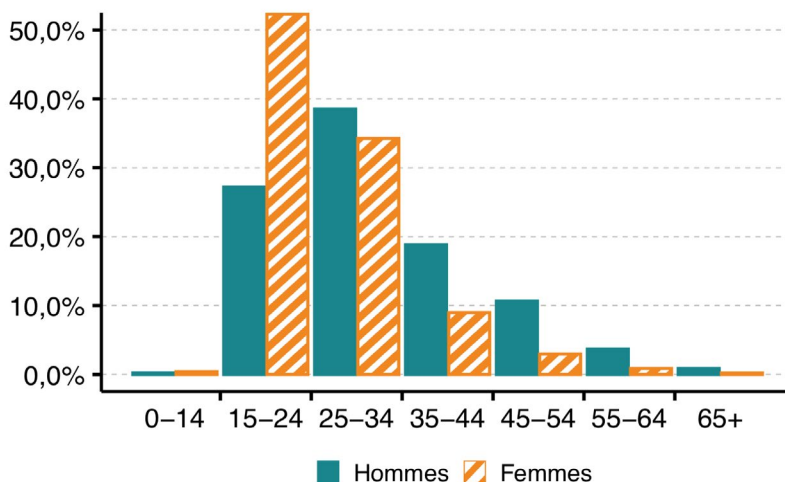
SYNTHÈSE

Le nombre total de cas de chlamydie et, partant, l'incidence des diagnostics a légèrement reculé chez les hommes en 2020, année de pandémie de COVID; chez les femmes, il est resté semblable aux années précédentes. Presque deux cas sur trois concernaient des femmes. Une constante: les femmes jeunes sont toujours les plus touchées. Malgré l'absence de chiffres concernant l'ensemble des tests effectués, l'OFSP suppose que l'augmentation de la tendance générale [6] constatée depuis de nombreuses années ainsi que l'accroissement du nombre des diagnostics chez les hommes depuis 2016 sont principalement dus à l'extension des tests. On ne sait pas dans quelle mesure la diminution des diagnostics d'infections sexuellement transmissibles à chlamydia au cours de l'année 2020 chez les hommes est due à une baisse du dépistage en dehors des centres de VCT et/ou à un recul des contacts sexuels en dehors des relations stables, y compris le recours au travail du sexe [7].

CONTACT

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

Figure 2
Répartition des personnes présentant une chlamydie confirmée, par âge et par sexe (Cas des années 2016 à 2020 réunis pour des raisons statistiques)

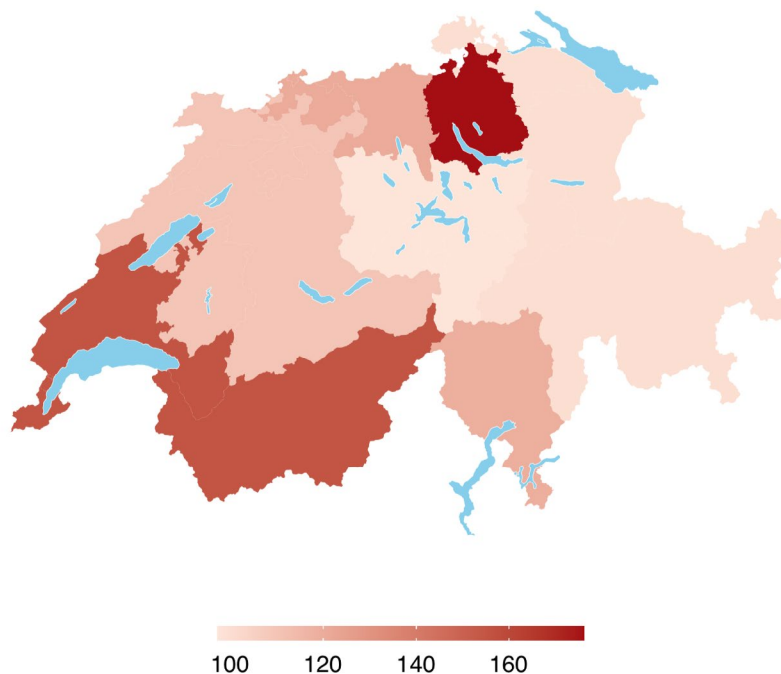


Bibliographie

- Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3): 321–331
- Vlahov D & Galea S (2013). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79: S1–S12
- Buttram VC, Reiter RC (1981). Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, and Management. *Fertil Steril*; 36(4): 433–445
- Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart M (2010). Protective Immunity to Chlamydia trachomatis Genital Infection: Evidence from Human Studies. *J Infect Dis*; 201(S2): 178–189
- Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*; 382(9907): 1781–1794
- Schmutz C, Burki D, Frei R, Mäusezahl-Feuz M (2013). Testing for Chlamydia trachomatis: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. *Epidemiol Infect*; 141: 1953–1964
- OFSP (2021). Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *Bulletin*; 30: 8–13

Figure 3

Incidence des diagnostics de chlamydie pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2020



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

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OFS

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

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

La gonorrhée en Suisse, situation en 2020

En 2020, les laboratoires de microbiologie en Suisse ont déclaré 3463 diagnostics de gonorrhée. Se situant à 39,9 pour 100 000 personnes, l'incidence de la gonorrhée était plus faible en 2020 qu'en 2019, mais toujours plus élevée que les années précédentes. Cette récente diminution est particulièrement visible chez les hommes : nous l'attribuons en partie aux possibilités réduites de dépistage des IST dans le contexte de la pandémie de COVID. Indépendamment de ce fait, des procédures de test sensibles sont de plus en plus utilisées en Suisse depuis des années, dans lesquelles les acides nucléiques sont amplifiés, ce qui permet de détecter même de petites quantités d'agents pathogènes.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de gonorrhée en Suisse à l'aide du système de déclaration obligatoire. En 2017, l'OFSP a modifié la définition de cas. Depuis, l'hypothèse est qu'une infection ne dure pas plus de quatre semaines, parce qu'elle est traitée immédiatement après le diagnostic. Par conséquent, si deux diagnostics de gonorrhée sont déclarés chez une personne déterminée et que les dates des tests sont séparées de plus de quatre semaines, l'OFSP considère

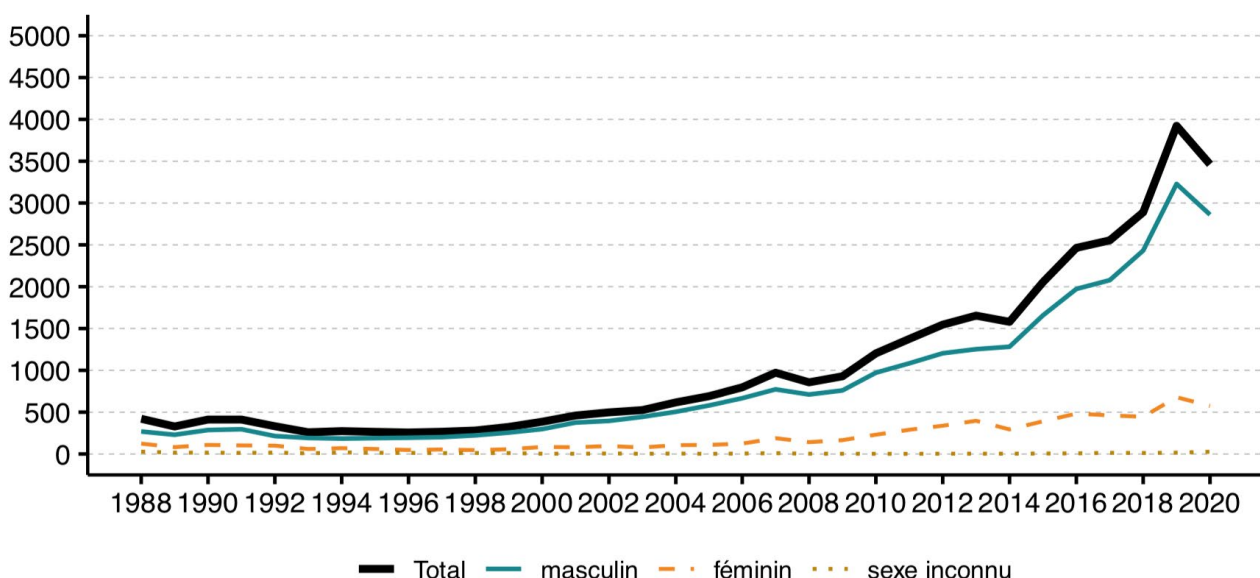
qu'il s'agit d'une réinfection, comptée comme un nouveau cas. Comme l'office ne tenait pas compte, dans ses évaluations avant 2017, des intervalles de temps, cette nouvelle définition entraîne une légère augmentation du nombre de cas. Elle a été appliquée rétroactivement pour le présent rapport.

En 2020, les laboratoires de microbiologie en Suisse ont déclaré 3807 diagnostics de gonorrhée à l'OFSP (les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 30 juin 2021). Parmi ceux-ci, 3463 ont été comptabilisés comme des cas, ce qui correspond à

une diminution de 12 % par rapport à l'année précédente.

La proportion de déclarations qui n'ont pas pu être comptabilisées en raison de l'absence d'harmonisation entre les résultats de laboratoire et les résultats cliniques était plus élevée que d'habitude en 2020, soit 8 %. L'OFSP demande donc à tous les centres de déclaration anonyme d'utiliser systématiquement les codes convenus avec lui au début de l'année 2021 sur les deux formulaires de déclaration, et il remercie tous ceux qui l'ont déjà mis en œuvre de cette manière.

Figure 1
Cas confirmés de gonorrhée, par sexe et année de diagnostic, depuis le début du relevé, 1988–2020



SEXE ET TENDANCES SEXOSPÉCIFIQUES

Pour les deux sexes confondus, le nombre de cas depuis 2000 montre une forte augmentation d'un facteur de 10. La grande majorité concernait des hommes (2020 : 83 %). La proportion d'hommes n'a cessé d'augmenter au fil des ans. Neuf cas de gonorrhée concernaient des femmes trans (identité sexuelle féminine, sexe assigné à la naissance masculin). Ces dernières années, le nombre de cas a augmenté plus fortement chez les hommes que chez les femmes (figure 1). En 2020, une diminution significative

des cas a été constatée chez les hommes (et donc globalement) par rapport à l'année précédente. Cette diminution est très probablement un effet de la pandémie de COVID. La baisse du dépistage dans les centres VCT suisses est documentée [1]. L'OFSP ne dispose pas de données sur l'évolution des possibilités de dépistage de la gonorrhée en dehors des centres VCT, ni sur la diminution des contacts sexuels en dehors des partenariats fixes, y compris le recours au travail du sexe; ce dernier point en particulier est toutefois tout à fait probable.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes confondus, l'incidence des cas de gonorrhée s'élevait à 39,9 pour 100 000 personnes en 2020. Toutefois, les disparités régionales étaient marquées (tableau 1, figure 5) : les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, c'est-à-dire les régions avec les plus grands centres urbains. Le contexte urbain offre un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais également aux rapports sexuels payants et, de manière générale, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, surtout pour les personnes appartenant aux minorités sexuelles [2, 3]. Les incidences les plus basses se trouvent dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic de gonorrhée, l'âge médian des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), établi pour les cinq dernières années, se situait à 34 ans; autrement dit, la moitié d'entre eux avait moins de 34 ans, et l'autre moitié 34 ans ou plus. La plupart des cas chez les HSH ont été diagnostiqués dans la tranche des 25 à 34 ans (figure 2). L'âge médian des femmes avec un diagnostic de gonorrhée était de 26 ans; la majorité des cas se situait dans le groupe des 15 à 24 ans. Les hommes contaminés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes : chez ces dernières, l'âge médian était de 31 ans. Comme pour les HSH, la plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 25 à 34 ans.

VOIE D'INFECTION

Sur les 3463 personnes atteintes de gonorrhée en 2020, 1201 (35 %) avaient contracté l'infection lors de contacts sexuels entre hommes, 653 hommes et 394 femmes lors de contacts hétérosexuels; pour les 1215 autres, la voie d'infection était inconnue (tableau 2), principalement en raison de l'absence de déclaration de médecin. Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, les femmes représentaient 38 % des cas. La proportion de femmes a augmenté depuis 2015; il s'agit de la même période au

Tableau 1

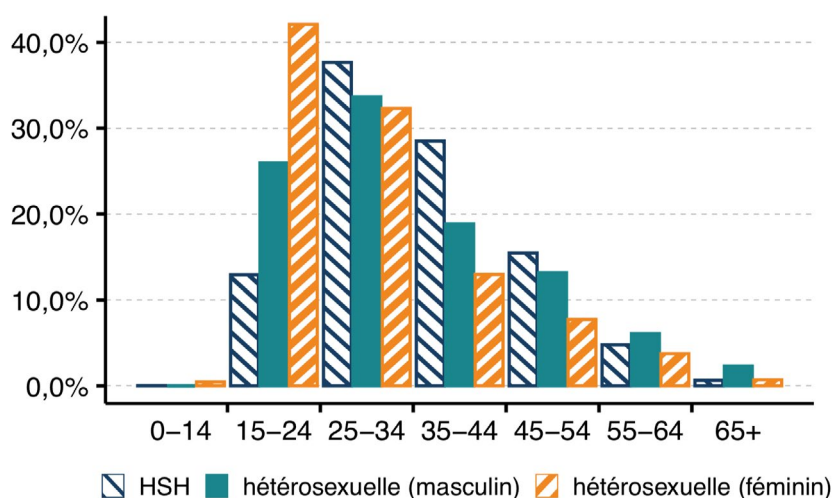
Cas de gonorrhée pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	24,7	29,3	30,1	33,8	45,6	39,9
Région lémanique	27,7	32,5	41,2	39,2	46,9	46,5
Espace Mittelland	12,7	19,0	17,8	19,7	27,3	26,7
Suisse du Nord-Ouest	30,8	29,8	24,4	27,1	42,4	32,4
Zurich	45,6	55,0	55,7	70,7	94,3	81,9
Suisse orientale	14,4	15,7	15,6	17,3	26,5	19,0
Suisse centrale	20,5	23,8	22,3	24,1	31,6	27,2
Tessin	9,9	15,2	18,9	24,3	31,3	17,6

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

Figure 2

Répartition par classe d'âge des personnes présentant une gonorrhée confirmée, par voie d'infection¹ et par sexe (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

cours de laquelle davantage de travailleuses du sexe en Suisse se sont fait tester, par exemple dans le cadre du STAR trial [4].

Dans le groupe des hommes **dont la voie d'infection est connue**, 65 % des infections sont survenues lors de contacts sexuels entre hommes. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui selon les estimations ne représentent pas plus de 3 % de la population masculine sexuellement active en Suisse [5], sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée. Les HSH sont plus nombreux à vivre dans la grande région de Zurich que dans les autres régions de Suisse [5], ce qui explique que la proportion de HSH atteints de gonorrhée soit particulièrement élevée dans cette région (tableau 2).

Au cours des six dernières années, aucune tendance claire n'a été observée parmi les femmes et les hommes infectés lors de contacts sexuels hétérosexuels (figure 3). Chez les HSH, en revanche, on observe une augmentation continue, qui a toutefois subi un net recul en 2020 en raison de la pandémie de COVID.

Cependant, le nombre de cas dont la voie de transmission est inconnue a augmenté, surtout chez les hommes. Étant donné que la voie de transmission ne peut être déterminée que sur la base des informations figurant sur le formulaire de déclaration clinique, la diminution du nombre de cas en 2020 est en fait plus faible que ce qui apparaît sur la figure 3.

NATIONALITÉ

Parmi les cas de gonorrhée **dont la nationalité était connue** pour 2020, 75 % concernaient des Suisses (tableau 3), ce qui correspond à la valeur statistiquement attendue (proportion de personnes ayant la nationalité suisse dans la population résidente de la Suisse [6]). La proportion des personnes de nationalité suisse a varié selon le sexe et les voies d'infection (tableau 3). Chez les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle, la proportion de personnes de nationalité suisse était de 71 %, alors qu'elle était supérieure de 7 points de pourcentage chez les HSH. Les proportions comparativement élevées de femmes originaires d'Amérique latine ou d'Europe de l'Est et du Sud-Est indiquent indirectement que les travailleuses du

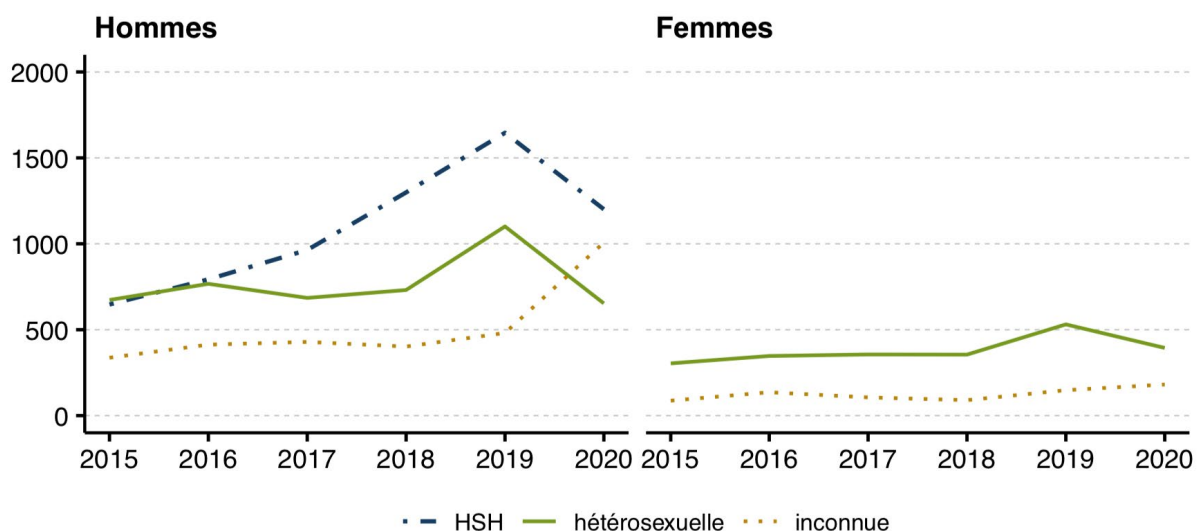
sexe sont plus touchées. La gonorrhée est bien plus fréquente chez les femmes actives dans le commerce du sexe que chez les autres et les femmes qui travaillent dans ce secteur en Suisse proviennent presque exclusivement de ces régions [4].

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Chez les personnes de nationalité suisse **avec indication du lieu d'infection**, la proportion de personnes ayant contracté la maladie en Suisse était de 96 % pour les HSH et de 95 % pour le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Il convient de noter que, selon le groupe, l'information sur le lieu d'infection manquait dans les formulaires de déclaration dans près d'un cinquième des cas, ce qui limite la portée de l'analyse. En raison de la forte proportion d'informations manquantes, les pourcentages du tableau 4 s'écartent sensiblement des proportions mentionnées dans ce paragraphe, car ils se réfèrent à la totalité des déclarations.

La proportion relativement élevée des cas de gonorrhée contractés à l'étranger

Figure 3
Cas confirmés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2015–2020



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2Cas confirmés de gonorrhée, par voie d'infection¹ et par grande région de l'OFS², 2020

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	1 047	30,2 %	1 201	34,7 %	1 215	35,1 %
Région lémanique	251	32,3 %	344	44,2 %	183	23,5 %
Espace Mittelland	179	35,2 %	107	21,1 %	222	43,7 %
Suisse du Nord-Ouest	132	34,5 %	118	30,8 %	133	34,7 %
Zurich	273	21,4 %	466	36,5 %	537	42,1 %
Suisse orientale	100	44,1 %	68	30,0 %	59	26,0 %
Suisse centrale	84	37,3 %	78	34,7 %	63	28,0 %
Tessin	28	45,2 %	20	32,3 %	14	22,6 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes² Pour la définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe**Tableau 3**Cas confirmés de gonorrhée, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2020

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Suisse	232	58,9 %	337	51,6 %	757	63,0 %
EEE ² , Royaume-Uni, États-Unis, Canada	18	4,6 %	42	6,4 %	104	8,7 %
Europe du Est/Sud-Est	26	6,6 %	24	3,7 %	13	1,1 %
Amérique latine ³	33	8,4 %	27	4,1 %	70	5,8 %
autre	16	4,1 %	53	8,1 %	19	1,6 %
inconnue	69	17,5 %	170	26,0 %	238	19,8 %
Total cas de gonorrhée	394	100,0 %	653	100,0 %	1 201	100,0 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes² EEE: Espace économique européen, sans la Hongrie, la Bulgarie et la Roumanie (Europe du Sud-Est), sans l'Espagne et le Portugal (vers l'Amérique latine)³ contient en outre la nationalité espagnole et portugaise**Tableau 4**Lieu présumé de l'infection pour les cas confirmés de gonorrhée, selon la voie d'infection¹ et la nationalité², 2020

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection								
Suisse	481	84,5 %	331	69,2 %	620	81,9 %	233	52,5 %
étranger	27	4,7 %	44	9,2 %	24	3,2 %	22	5,0 %
inconnu	61	10,7 %	103	21,5 %	113	14,9 %	189	42,6 %
Total cas de gonorrhée	569	100,0 %	478	100,0 %	757	100,0 %	444	100,0 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes² Nationalité inconnue a été évaluée comme étrangère

Tableau 5

Type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec gonorrhée confirmée, selon la voie d'infection et le sexe, 2020

Voie d'infection: Sexe:	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Type de relation						
partenaire connu	299	75,9 %	316	48,4 %	433	36,1 %
partenaire anonyme	22	5,6 %	128	19,6 %	211	17,6 %
relations sexuelles tarifées	10	2,5 %	53	8,1 %	10	0,8 %
inconnu	63	16,0 %	156	23,9 %	547	45,5 %
Total cas de gonorrhée	394	100,0 %	653	100,0 %	1 201	100,0 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

parmi les hétérosexuels suisses pourrait s'expliquer par le tourisme sexuel.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

Parler de la sexualité dans la pratique médicale semble toujours fortement tabou. Chez 45,5 % de l'ensemble des HSH touchés par la gonorrhée, l'information sur la source présumée de l'infection était manquante; chez les hommes hétérosexuels, cette proportion était de 23,9 %. La proportion d'informations manquantes était légèrement plus élevée dans tous les groupes en 2020 que l'année précédente. Parmi les personnes **disposant d'informations sur le type de relation sexuelle** avec le partenaire présumé contagieux, 90 % des femmes avaient été infectées par un partenaire connu, 7 % par un partenaire

anonyme et 3 % lors de rapports sexuels tarifés. Chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, en revanche, les contacts anonymes (26 %) et rémunérés (11 %) ont joué un rôle plus important que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était un peu plus souvent connu (66 %) que chez les autres hommes (64 %), mais les rapports sexuels tarifés ne constituaient pas un facteur significatif d'infection par la gonorrhée chez les HSH (2 %). Les données existantes sur les rapports sexuels rémunérés indiquent que les contacts sexuels tarifés jouent un rôle important dans la transmission hétérosexuelle. Les informations figurant sur les formulaires de déclaration sont également susceptibles d'être sous-estimées. Non seulement parler d'homosexualité, mais aussi parler de sexe tarifé

reste relativement tabou en raison de la stigmatisation sociale [7,8], y compris de la part du corps médical.

MÉTHODE D'ANALYSE

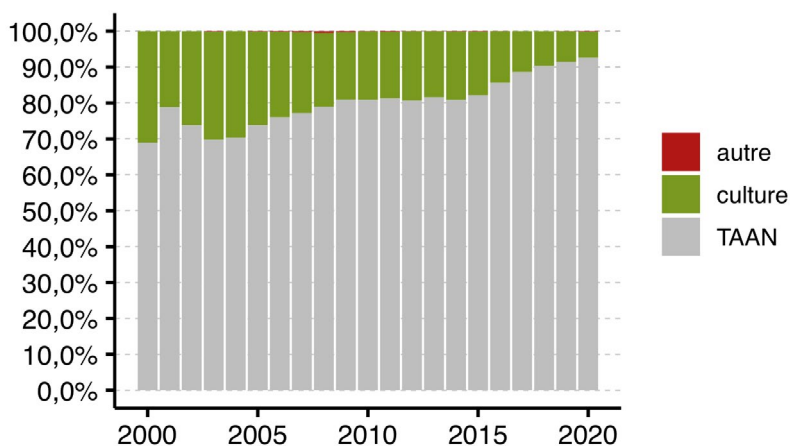
Une partie de l'augmentation des diagnostics de gonorrhée au fil du temps est également due à l'utilisation de méthodes de plus en plus sensibles. La proportion de diagnostics réalisés au moyen de cultures (plus complexes, plus coûteux, mais avec la possibilité de déterminer la résistance aux antibiotiques) est passée de 31 % il y a 21 ans à 7 % en 2020. À l'inverse, les techniques d'amplification de l'acide nucléique (TAAN), qui permettent également de détecter de très petites quantités de l'agent pathogène, ont été utilisées dans 93 % des cas (figure 4).

SYNTHÈSE

L'incidence des cas de gonorrhée en Suisse, en augmentation depuis plusieurs années, ne s'est pas poursuivie en 2020, vraisemblablement en raison des mesures prises contre la pandémie de COVID. Toutefois, on a constaté des différences régionales. Les diagnostics ont été en grande majorité posés chez les hommes, dont plus de la moitié chez des HSH. On ne sait pas dans quelle mesure la diminution des diagnostics de gonorrhée au cours de l'année 2020 chez les hommes est due à une baisse du dépistage en dehors des centres de VCT et/ou à un recul des contacts sexuels en dehors des relations stables, y compris le recours au travail du sexe [1].

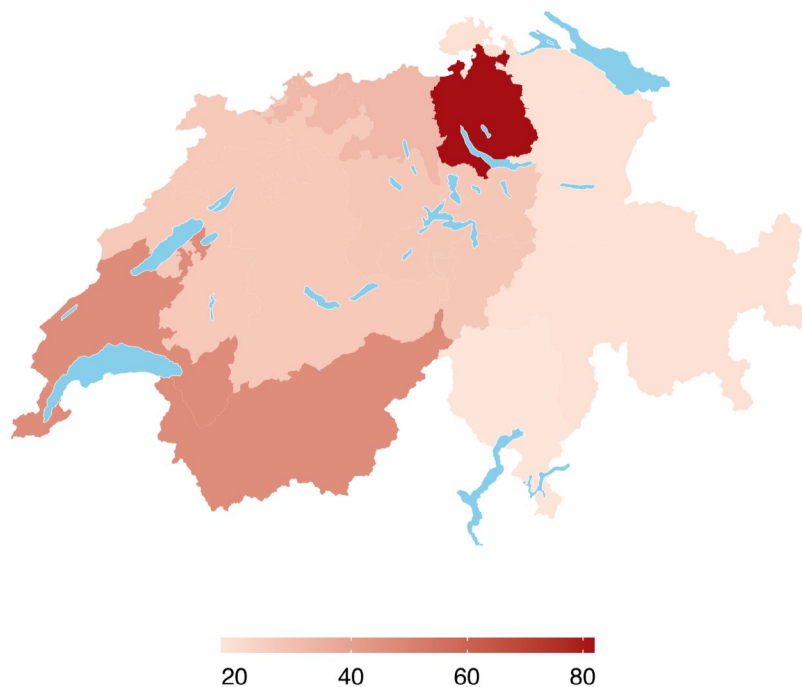
Figure 4

Méthode de détection¹ utilisée par année de diagnostic, 2000–2020



¹ TAAN: techniques d'amplification de l'acide nucléique

Figure 5
Cas de gonorrhée pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OfS et par année de diagnostic, 2020



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

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OfS

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

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

CONTACT

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

Bibliographie

1. OFSP (2021). Incidence des mesures liées au Covid-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration # obligatoire en Suisse en 2020. *Bulletin*; 30: 8–13
2. Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3): 321–331
3. Vlahov D & Galea S (2013). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79: S1–S12
4. Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150: w20393
5. Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
6. Office fédéral de la statistique (2021). *Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950–2020*
7. O'Connell Davidson J (1998). *Prostitution, Power, and Freedom*. Ann Arbor: University of Michigan Press
8. Gerheim U (2012). *Die Produktion des Freiers. Macht im Feld der Prostitution*. Bielefeld: transcript Verlag

La syphilis en Suisse, situation en 2020

En 2020, les médecins suisses ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique 801 nouveaux cas de syphilis. L'incidence de la syphilis en Suisse, avec 6,6 cas pour 100 000 personnes, était nettement plus basse que les années précédentes. Les personnes touchées étaient pour l'essentiel des hommes gays et bisexuels ainsi que des travailleuses du sexe.

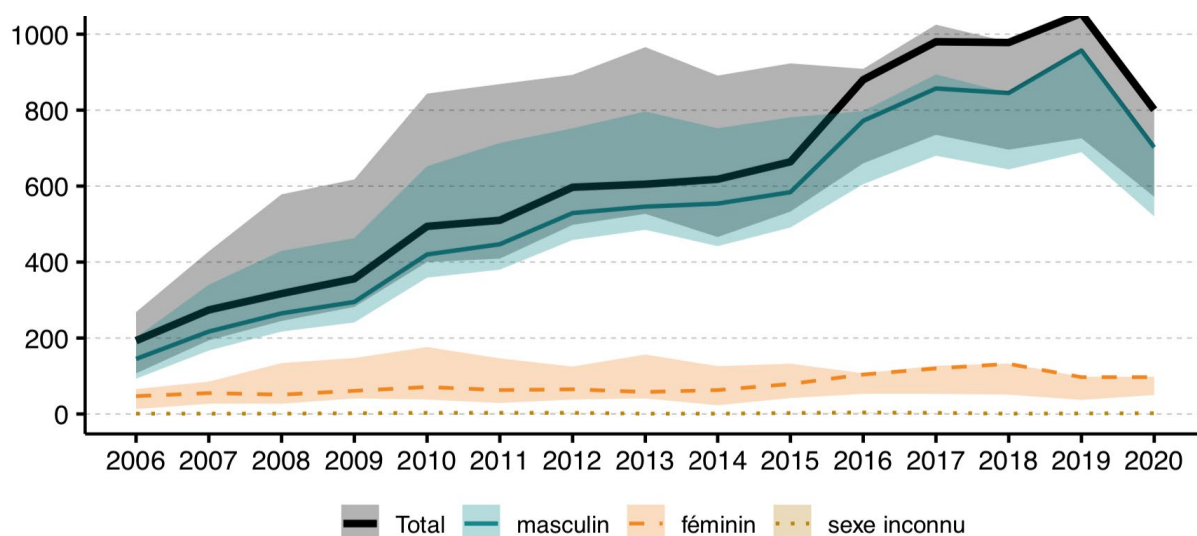
ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, la syphilis fait l'objet d'une surveillance au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. En 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a modifié les formulaires pour la déclaration des résultats d'analyses de laboratoire et la déclaration des résultats d'analyses cliniques. Depuis, le corps médical a la possibilité de cocher sur le formulaire s'il s'agit du résultat du contrôle de l'évolution d'une maladie déjà déclarée, d'une infection antérieure (« cicatrice sérologique ») ou d'un nouveau cas n'ayant encore jamais été déclaré. Le formulaire de déclaration devait être entièrement rempli uniquement

pour une nouvelle infection ou une réinfection. Cette mesure a permis de réduire drastiquement, depuis 2016, le nombre de déclarations non classifiables (voir figure 1, différence entre les courbes et le bord supérieur de la zone ombrée correspondante). L'OFSP a révisé en profondeur les critères de déclaration de la syphilis et la définition de cas avec effet au 1^{er} janvier 2018 [1]. Depuis, il n'a plus accès aux résultats détaillés des diagnostics de laboratoire nécessaires pour l'évaluation des cas. Les chiffres s'appuient donc désormais exclusivement sur les données inscrites par le corps médical sur le formulaire de déclaration des résultats d'analyses cliniques. Jusqu'à 2017 compris, on distinguait les

cas « possibles », « probables » et « certains », selon la terminologie d'usage au plan international pour la surveillance des maladies infectieuses. Cette catégorisation se fondait sur les résultats différenciés des analyses de laboratoire, alors encore disponibles. Comme, depuis 2018, on compte non seulement les cas certains mais également les cas qui, par le passé, n'étaient pas intégrés dans les évaluations (cas « possibles » et « probables »), une augmentation du nombre de cas en 2018 était prévisible (voir Bulletin de l'OFSP 41/2019). C'est pourquoi, dans l'édition de cette année comme dans celle de l'année dernière, nous présentons, dans toutes les figures avec un axe temporel, une courbe ajustée qui

Figure 1
Nouveaux cas de syphilis, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 2006–2020



Lignes: diagnostics de nouvelles infections ou de réinfections (d'après les estimations des médecins déclarants). Bord supérieur de la zone ombrée colorée correspondante: nombre extrapolé de cas de syphilis, y compris les cas non classifiables (visibles surtout avant 2016). Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante: cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC)

reproduit, pour les années 2006 à 2017, non seulement les cas certains mais aussi les cas possibles et probables.

En complément, pour pouvoir mieux comparer l'incidence de la syphilis avec les autres pays européens, l'OFSP a introduit un nouveau mode de calcul qui se fonde sur la définition de cas du Centre Européen de Prévention et de Contrôle des maladies (ECDC) (utilisée pour la première fois dans le [Bulletin 48/2020](#)). Seuls sont comptabilisés les diagnostics de syphilis qui remontent à moins d'une année (stade primaire, secondaire et de latence précoce) dans la variante suisse selon l'appréciation du médecin traitant, sans prise en compte des résultats des analyses de laboratoire. Toutes les personnes recensées comme cas dans ce rapport présentaient des anticorps contre *Treponema pallidum*, l'agent responsable de la syphilis.

En 2020, l'OFSP a reçu au total 1364 déclarations de résultats d'analyses cliniques; 11 d'entre elles n'ont pas pu être classées parce qu'il n'y avait pas d'indication clinique (« début d'un traitement antibiotique contre la syphilis », « contrôle de suivi » ou « cicatrice sérologique »). Les médecins ont compté 801 déclarations comme nouveaux cas de syphilis, tandis que toutes les autres déclarations concernaient des cicatrices sérologiques et des contrôles de suivi. Les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 31 juin 2021. Les analyses qui suivent se fondent sur les données relatives aux 801 nouveaux cas dont l'OFSP disposait.

SEXE ET TENDANCE PAR GENRE

La majorité des nouveaux cas de syphilis concernait des hommes (88 %), pourcentage qui n'a cessé d'augmenter d'année en année. Deux cas concernaient des femmes trans (identité sexuelle féminine, sexe indiqué à la naissance masculin). Le nombre de diagnostics de syphilis chez des hommes, et donc dans l'ensemble, s'est fortement accru en Suisse depuis l'introduction de la déclaration obligatoire en 2006 (figure 1). Le bond du nombre de cas recensés en 2016 s'explique toutefois essentiellement par les mesures décrites plus haut pour une meilleure classification: depuis cette année-là, on ne compte plus guère de cas non classifiables, et ce, pour les deux

Tableau 1

Incidence de la syphilis pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	6,4	7,8	8,7	8,1	8,4	6,6
Région lémanique	7,4	8,7	10,2	8,7	9,7	10,3
Espace Mittelland	3,2	5,4	5,9	6,6	5,8	3,3
Suisse du Nord-Ouest	5,9	8,5	8,2	6,1	5,2	5,3
Zurich	13,0	14,3	15,8	15,2	17,2	11,9
Suisse orientale	3,6	4,5	5,1	4,1	4,6	2,9
Suisse centrale	4,8	4,0	4,7	6,0	4,9	4,1
Tessin	5,4	7,1	7,4	8,5	10,2	5,7

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

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

sexes. Il est donc probable que la hausse des diagnostics de syphilis chez les hommes et dans l'ensemble est intervenue un peu plus tôt, et que les courbes de diagnostics effectifs avant 2016 se situaient certes dans les zones ombrées concernées, mais au-dessus des lignes correspondantes. En 2020, une diminution nette des cas était visible chez les hommes (et donc dans l'ensemble) par rapport à l'année précédente, y compris pour les diagnostics qui remontaient à moins d'un an (bord inférieur de la zone ombrée verte). Ce recul s'explique probablement par la pandémie de COVID, en raison soit d'une diminution des contacts sexuels en dehors des couples stables, soit d'une diminution du nombre de tests effectués ailleurs que dans les centres VCT.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

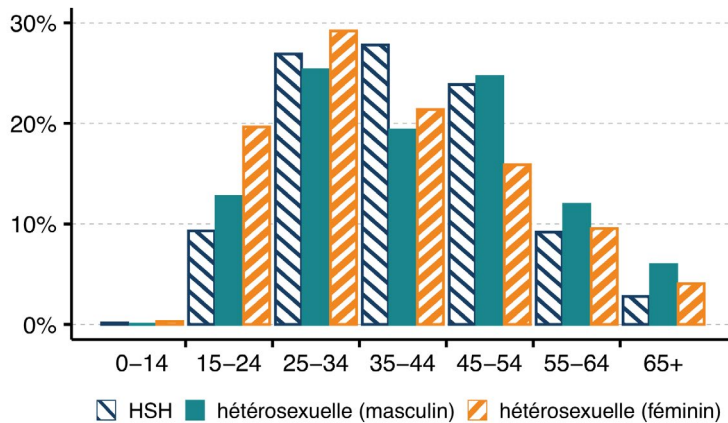
Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes confondus, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH s'élevait en 2020 à 6,6 pour 100 000 personnes. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 4). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Le contexte urbain est associé non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi aux relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [2, 3]. Les incidences

étaient nettement plus basses dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale. Comme l'année précédente, mais contrairement aux calculs d'incidence antérieurs, seuls sont calculés pour la période considérée, de façon à faciliter la comparaison avec l'incidence de la syphilis dans d'autres pays européens, les stades de la syphilis remontant à moins d'un an d'après les estimations des médecins déclarants. Pour comparaison: en 2020, l'incidence s'élevait à 7,0 pour 100 000 personnes dans l'Espace économique européen (EEE), à 2,4 en France, à 2,5 en Italie, à 8,9 en Allemagne et à 12,6 au Royaume-Uni, qui faisait alors encore partie de l'EEE [4].

REPARTITION PAR ÂGE

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), l'âge médian, établi sur les cinq dernières années, était de 39 ans, autrement dit, la moitié d'entre eux était âgés de moins de 39 ans et l'autre moitié de plus de 39 ans. La plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 35 à 44 ans (figure 2). L'âge médian des femmes, au moment du diagnostic, était de 35 ans; la plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 25 à 34 ans. Au moment du diagnostic, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes: leur âge médian était de 40 ans, et les groupes d'âge les plus touchés étaient également celui des 25 à 34 ans et celui des 45 à 54 ans.

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



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2

Nouveaux cas de syphilis, par voie d'infection¹ et par grande région de l'OfS², 2020

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	169	21,1 %	479	59,8 %	153	19,1 %
Région lémanique	60	22,1 %	150	55,4 %	61	22,5 %
Espace Mittelland	27	30,0 %	45	50,0 %	18	20,0 %
Suisse du Nord-Ouest	24	29,3 %	47	57,3 %	11	13,4 %
Zurich	25	10,4 %	173	71,8 %	43	17,8 %
Suisse orientale	17	34,0 %	25	50,0 %	8	16,0 %
Suisse centrale	8	19,5 %	27	65,9 %	6	14,6 %
Tessin	8	30,8 %	12	46,2 %	6	23,1 %

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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

VOIE D'INFECTION

Sur les 801 personnes ayant eu un nouveau diagnostic de syphilis en 2020, 479 (60 %) s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, et 71 hommes et 43 femmes lors de relations hétérosexuelles; la voie d'infection n'était pas connue pour les 153 personnes restantes (tableau 2). Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, les femmes représentaient 38 % des cas. Depuis 2015, ce pourcentage est le double de celui des années précédentes, ce qui correspond à la période où l'on a intensifié le dépistage chez les travailleuses du sexe en

Suisse. Dans le groupe des hommes pour lesquels **la voie d'infection est connue**, 85 % des infections étaient dues à des rapports sexuels entre hommes. Selon les estimations, les HSH ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs dans l'ensemble de la Suisse [5]. Ils sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [5], raison pour laquelle le pourcentage des HSH avec un diagnostic de syphilis y est particulièrement élevé (tableau 2). Au cours des six dernières années, aucune tendance claire ne se dessine pour

les femmes et les hommes infectés par voie hétérosexuelle (figure 3). Pour les HSH, on constate en revanche une augmentation continue, qui tend à faiblir depuis 2016, tandis qu'on observe une chute nette dans le contexte de la pandémie de COVID en 2020. Ce recul récent touche aussi les stades de la syphilis remontant à moins d'un an (bord inférieur de la zone ombrée bleue). C'est la progression des chiffres observée chez les HSH qui contribue à la hausse générale (figure 1).

Aucun cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) n'a été rapporté en 2020 (toutefois, une déclaration tardive concernait l'année 2019, de sorte qu'il y a eu en Suisse ces dix dernières années au total 5 cas de syphilis néonatale connus). Le nouveau formulaire de déclaration, qui doit être utilisé depuis 2019, prévoit à ce propos un champ intitulé « Avortement en raison d'une infection syphilitique »; aucun cas de ce type n'a été déclaré.

NATIONALITÉ

Parmi les personnes atteintes de syphilis dont **la nationalité est connue**, 63 % étaient suisses. Le pourcentage de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3): il était de 38 % pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle et était plus élevé de près de 29 points de pourcentage pour les hommes hétérosexuels comme pour les HSH. Le pourcentage notable de femmes issues d'Amérique latine et de l'Europe de l'Est et du Sud indique indirectement que les travailleuses du sexe sont de plus en plus touchées.

LIEU DE L'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage de personnes de nationalité suisse infectées en Suisse et pour lesquelles le **lieu d'infection était connu** s'élevait à 90 % pour les HSH et à 76 % pour le groupe infecté par voie hétérosexuelle. À noter que l'information sur le lieu d'infection était manquante dans près d'un tiers des cas, selon le groupe, ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées. Le pourcentage élevé de personnes hétérosexuelles qui se sont infectées à l'étranger pourrait refléter indirectement le phénomène du tourisme sexuel.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

La sexualité reste, semble-t-il, un sujet particulièrement tabou en consultation médicale. Il manquait l'information sur la source d'infection probable chez 33,8 % des HSH ayant contracté la syphilis; ce pourcentage était similaire chez les hommes hétérosexuels. En 2019, l'information sur la source d'infection probable était absente pour la moitié des femmes ayant contracté la syphilis, mais ce pourcentage est tombé à 15,5 % en 2020 (tableau 5), ce qui pourrait être une conséquence de la situation rendue complexe par le COVID, avec une entrée en Suisse plus difficile et l'interdiction des relations sexuelles tarifées dans certains cantons. Parmi les personnes **disposant d'informations sur le type de relation sexuelle** avec le partenaire présumé contagieux, 75 % des femmes ont été infectées par un partenaire connu, 13 % par un partenaire anonyme et 12 % lors de relations sexuelles tarifées. Les rapports sexuels anonymes (29 %) et les relations sexuelles tarifées (23 %) étaient

plus fortement représentés chez les hommes hétérosexuels que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était plus souvent connu (63 %) que pour les autres hommes (48 %), mais les relations sexuelles tarifées (2 %) étaient négligeables en tant que facteur d'infection. Les données tirées de l'étude de cohorte VIH suisse montrent que la syphilis est principalement transmise dans les réseaux sexuels de HSH séropositifs. Les données existantes soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle. De plus, il existe vraisemblablement une sous-déclaration dans les indications figurant sur les formulaires. Les travailleuses sexuelles exerçant en Suisse ne viennent pas seulement d'Amérique latine, mais aussi d'Europe de l'Est, région où la syphilis a pris des dimensions épidémiques après l'effondrement de l'Union soviétique [6, 7].

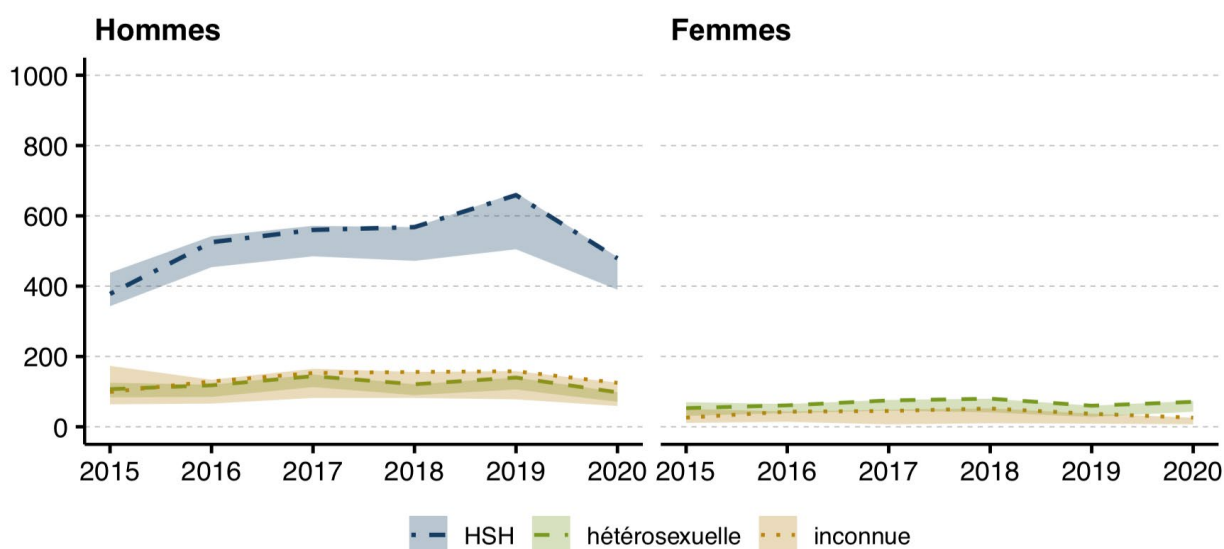
INFECTIONS SYPHILITIQUES ANTÉRIEURES

Une infection antérieure ne protège pas contre une nouvelle infection. 30 % des HSH présentant une syphilis en 2020 avaient déjà contracté la maladie dans le passé, contre seulement 7 % dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle.

STADES CLINIQUES

15 % des médecins déclarants n'ont pas pu déterminer le stade du cas de syphilis qu'ils ont diagnostiqué et traité par antibiotique (tableau 6). Pour les cas dont le stade était connu, 40 % ont été diagnostiqués au stade primaire. Cela étant, pour 23 % des diagnostics de syphilis primaire, il n'était visiblement pas possible d'observer où se situait précisément le chancre induré, qui est le principal symptôme de la syphilis primaire: sur l'organe génital, dans la cavité buccale ou dans la région de l'anus ou du rectum. Ainsi, le pourcentage de personnes atteintes de syphilis primaire est potentiellement plus

Figure 3
Nouveaux cas de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2015–2020



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Lignes: diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections [d'après l'évaluation des médecins déclarants].

Bord supérieur de la zone ombrée colorée correspondante: nombre extrapolé de cas de syphilis, y compris les cas non classifiables (visibles surtout avant 2016).

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

Tableau 3Nouveaux cas de syphilis, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2020

Voie d'infection Sexe:	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nationalité						
Suisse	22	31,0 %	50	51,0 %	266	55,5 %
EEE ² , Royaume-Uni, États-Unis, Canada	5	7,0 %	8	8,2 %	55	11,5 %
Europe du Est/Sud-Est	5	7,0 %	4	4,1 %	6	1,3 %
Amérique latine ³	22	31,0 %	9	9,2 %	50	10,4 %
autres	4	5,6 %	4	4,1 %	18	3,8 %
inconnue	13	18,3 %	23	23,5 %	84	17,5 %
Total cas de syphilis	71	100,0 %	98	100,0 %	479	100,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes² EEE : Espace économique européen, sans la Hongrie, la Bulgarie et la Roumanie (Europe du Sud-Est), sans l'Espagne et le Portugal (vers l'Amérique latine).³ contient en outre les nationalités espagnole et portugaise**Tableau 4**Lieu présumé de l'infection pour les nouveaux cas de syphilis, selon la voie d'infection¹ et la nationalité², 2020

Voie d'infection Nationalité:	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de l'infection:								
Suisse	45	62,5 %	36	37,1 %	187	70,3 %	126	59,2 %
étranger	14	19,4 %	28	28,9 %	21	7,9 %	32	15,0 %
inconnu	13	18,1 %	33	34,0 %	58	21,8 %	55	25,8 %
Total cas de syphilis	72	100,0 %	97	100,0 %	266	100,0 %	213	100,0 %

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes² La nationalité inconnue a été évaluée comme étrangère

faible qu'indiqué par les observations cliniques. Si l'on considère la voie d'infection, 390 HSH (81 % des cas), 71 hommes infectés par voie hétérosexuelle (72 % des cas) et 42 femmes (59 % des cas) présentaient, au moment du diagnostic, une syphilis active, c'est-à-dire un stade primaire, secondaire ou un stade de latence précoce, stades qui ont également été pris en compte pour le calcul de l'incidence dans cette édition. Toutes ces personnes étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les nouveaux cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (12 au total). Chez les HSH, il est plus fréquent que les infections primaires s'accompagnent de peu de symptômes ou soient asymptomatiques (manifestations anales ou rectales). Le fait que la syphilis ait été diagnostiquée plus souvent à un stade précoce chez les HSH indique une plus

grande fréquence des tests dans ce groupe. Le dépistage de la syphilis au moins une fois par an est un test de routine chez les HSH porteurs d'une infection par le VIH diagnostiquée, et les participants au projet SwissPrEPared sont testés pour la syphilis tous les trois mois.

SYNTHÈSE

La surveillance des maladies infectieuses a notamment pour objectif d'évaluer les tendances au fil du temps. Comme seules les maladies diagnostiquées peuvent être comptabilisées, des facteurs tels que l'étendue, la fréquence et la précision du dépistage (combien de tests ? À quelle fréquence ? Qui ? Comment ?) sont déterminants pour évaluer les tendances en cours. La manière de comptabiliser se reflète également dans les chiffres. Ainsi, la révision de la définition de cas au 1er janvier 2018 a conduit à une augmentation du nombre de cas recensés. Pour le présent rapport, comme

pour celui de l'année précédente, nous avons adapté rétroactivement la méthode de comptage de manière à faciliter la comparaison des chiffres. En 2020, l'incidence des diagnostics de syphilis en Suisse était inférieure à la moyenne des trois années précédentes, revenant sensiblement au niveau de 2015. Il existait toutefois des disparités entre les régions : le nombre de diagnostics de syphilis n'a pas diminué dans le canton de Genève. Depuis l'introduction de la déclaration obligatoire, la hausse du nombre de cas concerne principalement les réseaux sexuels de HSH. Depuis fin 2015, les groupes particulièrement touchés (HSH, mais aussi travailleuses du sexe) font l'objet d'un dépistage de la syphilis plus intense (voir chapitre sur la surveillance des tests) et, depuis avril 2019, les personnes qui prennent des médicaments à titre prophylactique contre le VIH dans le cadre du projet SwissPrEPared sont testées pour la syphi-

lis tous les trois mois. Ces deux interventions de dépistage sont corrélées avec la hausse observée du chiffre absolu de diagnostics de syphilis chez les HSH (les centres VCT suisses n'ont pas constaté d'augmentation des diagnostics parmi le groupe de HSH testés entre 2017 et 2020). La répartition par âge et par voie d'infection était également comparable à celle des années précédentes: la majorité avait entre 25 et 54 ans, et les rapports sexuels entre hommes constituaient la principale voie de contamination. 84 % des cas **dont le stade était connu** se trouvaient à un stade infectieux, ce qui laisse penser que les partenaires sexuels avaient très vraisemblablement aussi contracté une syphilis. Leur notification et leur traitement simultané sont nécessaires, afin d'éviter les réinfections après traitement. Il est recommandé de faire un test de dépistage de la syphilis tous les six mois chez les travailleuses du sexe et six semaines après le rapport sexuel tarifé chez les hommes qui les fré-

REMARQUE A L'INTENTION DU CORPS MEDICAL

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

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

quentent [8]. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez une grande partie des hommes homosexuels, bisexuels et des autres HSH, afin de casser la chaîne de transmission. [9]

CONTACT

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

Tableau 5

Type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec diagnostic de syphilis confirmé, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2020

Voie d'infection Sexe:	hétérosexuelle						HSH	
	féminin		masculin					
	N	%	N	%	N	%		
Type de relation								
partenaire connu	45	63,4 %	33	33,7 %	201	42,0 %		
partenaire anonyme	8	11,3 %	20	20,4 %	111	23,2 %		
relations sexuelles tarifées	7	9,9 %	16	16,3 %	5	1,0 %		
inconnu	11	15,5 %	29	29,6 %	162	33,8 %		
Total cas de syphilis	71	100,0 %	98	100,0 %	479	100,0 %		

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

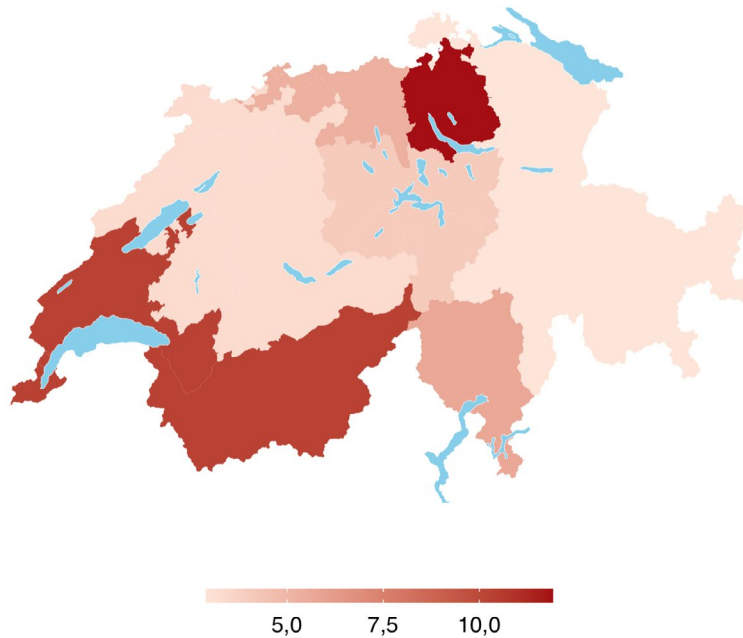
Tableau 6

Stades cliniques des cas confirmés de syphilis, par voie d'infection¹, 2020

Voie d'infection Sexe:	hétérosexuelle						HSH	
	féminin		masculin					
	N	%	N	%	N	%		
Stade clinique								
primaire	21	29,6 %	44	44,9 %	175	36,5 %		
secondaire	17	23,9 %	18	18,4 %	127	26,5 %		
latence précoce (<1 an)	4	5,6 %	9	9,2 %	88	18,4 %		
latence tardive (≥1 an)	15	21,1 %	13	13,3 %	39	8,1 %		
tertiaire			1	1,0 %	5	1,0 %		
inconnu	14	19,7 %	13	13,3 %	45	9,4 %		
Total cas de syphilis	71	100,0 %	98	100,0 %	479	100,0 %		

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Figure 4
Incidence des cas de syphilis pour 100 000 personnes par grandes régions de l'OFSP¹, 2020



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

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OFSP

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

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

Bibliographie

1. OFSP (2017). Adaptation du processus de déclaration pour la syphilis. *Bulletin*; 51:17-18
2. Farmer GW, Blossnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3): 321-331
3. Vlahov D & Galea S (2013). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79: S1-S12
4. European Centre for Disease Prevention and Control (2020). Syphilis. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC
5. Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285-291
6. Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E (1998). Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. *Lancet*; 351(9102):572
7. Herbert L J.; Middleton (2012). An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. *Journal of Global Health*; 2(1): 10402
8. OFSP (2015). Diagnostic et traitement de la syphilis: recommandations actualisées: «Attention: le VDRL/RPR peut être encore négatif 4 à 6 semaines après l'infection.» *Bulletin*; 21: 244-248
9. Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392

L'hépatite B en Suisse en 2020

En 2020, les médecins pratiquant en Suisse ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 938 nouveaux cas d'hépatite B. Si le nombre de cas déclarés est resté globalement stable ces 30 dernières années, il a tendance à baisser depuis 2017. Le taux de déclarations, avec 10,8 pour 100 000 personnes en 2020, était ainsi inférieur à celui des années précédentes. L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces dix dernières années; elle était en 2020 inférieure à 0,4 pour 100 000 personnes, ce qui constitue l'incidence la plus basse depuis le début de la surveillance en 1988. Comme le programme consécutif au du Programme national VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (PNVI) actuellement en vigueur prendra davantage en compte les hépatites transmises par cette voie, le présent rapport contient pour la première fois un chapitre sur l'hépatite B. Bien que le vaccin contre l'hépatite B soit, depuis 2019, administré de préférence aux nourrissons, il est toujours expressément recommandé à tous les jeunes de 11 à 15 ans non vaccinés ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables. Il est également nécessaire d'intervenir auprès des acteurs cliniques: chaque dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible devrait s'accompagner d'un examen du statut relatif à la vaccination contre l'hépatite.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, l'évolution des cas d'hépatite B fait l'objet d'une surveillance continue depuis 1988 dans le cadre de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses. Les laboratoires suisses doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous les tests positifs (anticorps contre l'antigène de core [HBc] du virus de l'hépatite B [VHB], mise en évidence directe de l'antigène de surface [Ag HBs] ou de l'ADN du VHB) [1,2]. Si le cas en question n'a pas déjà été déclaré, le médecin cantonal demande au médecin traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques et d'indiquer les signes cliniques et l'évolution (aiguë ou chronique), la voie d'infection présumée, la nationalité et le pays d'origine.

Sont considérés comme cas d'hépatite B aiguë les cas qui comportent un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B, des transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe pouvant indiquer une infection chronique. La déclaration est

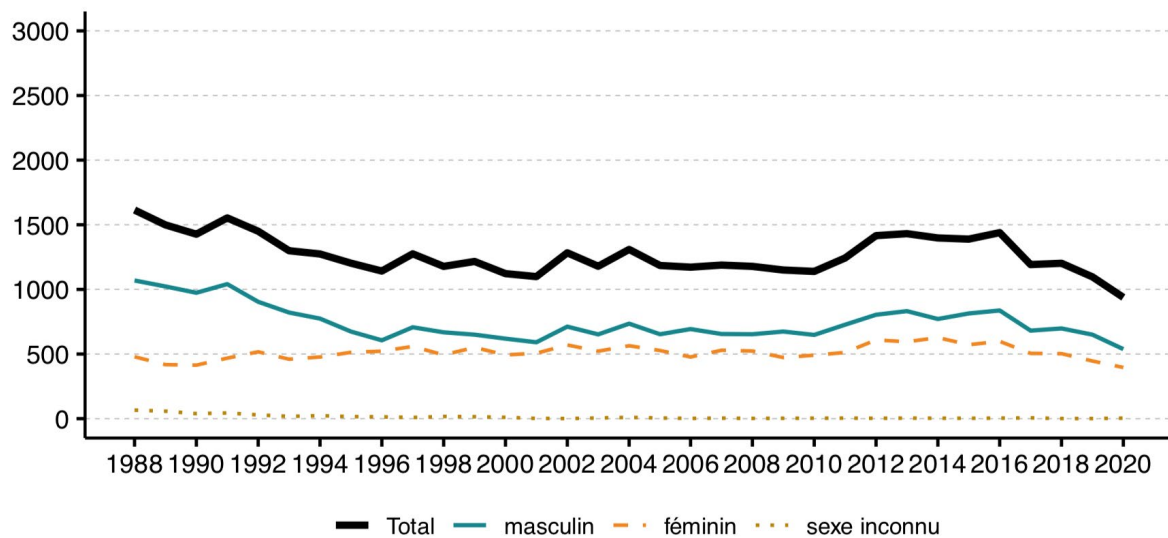
également considérée comme cas aigu lorsque la séroconversion a été documentée dans les deux années précédentes.

Tous les autres cas avec des transaminases élevées et/ou un ictère ainsi que les cas avec une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite B chronique. S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses séquelles, l'évolution est considérée comme asymptomatique. S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, l'évolution est inconnue (voir tableau 4). L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Les patients qui vivent à l'étranger ont été exclus des analyses. Le nombre de cas d'hépatite B déclarés chaque année en Suisse a d'abord été marqué par un pic de 1614 cas en 1988, puis a diminué dans la première moitié des années 1990 (surtout chez les hommes); il est ensuite resté stable pendant 20 ans au niveau d'environ 1200 cas par an. La tendance est à la

baisse pour les hommes comme pour les femmes depuis 2017 (figure 1). En 2020, l'OFSP a reçu au total 960 déclarations de laboratoire, parmi lesquelles 938 étaient évaluées comme nouveaux cas d'hépatite B, ce qui correspond à un recul de 42 % par rapport au pic de 1988 et de 16 % par rapport à l'année 2000. Les analyses qui suivent se fondent sur les données dont disposait l'OFSP sur ces 938 nouveaux cas. Les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 15 septembre 2021. Dans 657 cas seulement (70 %), il y avait au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques qui contenait des informations sur la personne plus détaillées que l'âge et le sexe et qui fournissait des indications importantes pour l'interprétation épidémiologique. En raison de la pandémie de COVID en 2020, le pourcentage de ces déclarations était inférieur à celui des années précédentes (93 %). L'incidence de l'hépatite B aiguë – ajustée pour les indications manquantes sur ces formulaires de déclaration – était de 0,4 pour 100 000 personnes (figure 4).

Figure 1

Diagnostiques de laboratoire de l'hépatite B par sexe et année de diagnostic depuis le début du relevé, 1988–2020



C'est l'incidence la plus basse depuis le début du relevé.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes confondus, le nombre de nouveaux diagnostics d'hépatite B s'élevait en 2020 à 10,8 pour 100 000 personnes ; il était donc plus bas que les années précédentes. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 5). Les chiffres les plus hauts se situaient dans la région lémanique et le Tessin. La tendance à la baisse est toutefois visible dans toutes les grandes régions. On ne dispose, pour comparaison, que de peu de don-

nées venant d'autres pays : d'après le dernier rapport du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), il n'existe pas, dans l'Espace économique européen (EEE), de données empiriques sur l'incidence des nouvelles hépatites [3], ni sur l'hépatite B aiguë, pour laquelle le calcul de l'incidence serait le plus facile à faire, ni sur les taux de diagnostic de l'hépatite B en général, comme il est d'usage par exemple pour le VIH (voir le chapitre correspondant dans le présent Bulletin).

SEXE ET RÉPARTITION PAR ÂGE

En 2020, la majorité des cas d'hépatite B concernait des hommes (57 %).

Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans.

Pour l'hépatite B, la répartition par âge est légèrement décalée vers la droite par rapport aux autres infections transmises principalement par voie sexuelle ; sur les cinq dernières années, la majorité des cas ont été diagnostiqués dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes (figure 2). L'âge médian pour le diagnostic était de 37 ans pour les femmes et de 41 ans pour les hommes. Chez les personnes qui se sont infectées par le biais de rapports sexuels, l'âge médian était plus bas (37 ans) que chez celles qui se sont infectées via la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale (40 ans) et que chez celles pour lesquelles la voie d'infection n'était pas clairement déterminée (40 ans). Le petit groupe de personnes qui avaient contracté l'hépatite B dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle médicale avait la médiane la plus élevée (47 ans).

VOIE D'INFECTION

Le virus de l'hépatite B est transmis par tous les liquides et toutes les sécrétions de l'organisme, mais le plus souvent par les rapports sexuels et le contact avec du sang. De manière générale, l'hépa-

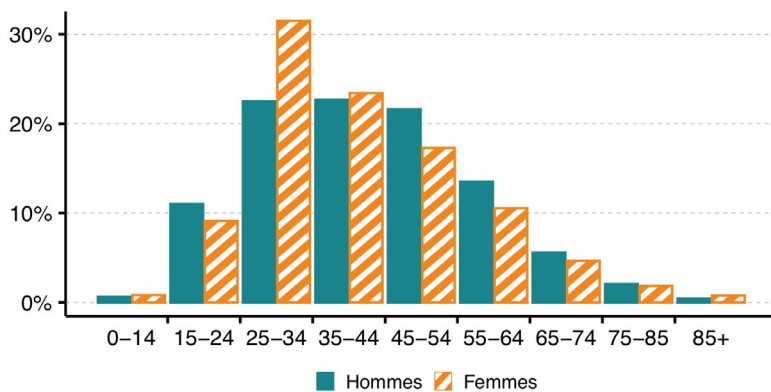
Tableau 1

Taux de déclaration des diagnostics d'hépatite B pour 100 000 habitants, par grandes régions de l'OFS¹ et année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	16,7	17,1	14,0	14,1	12,7	10,8
Région lémanique	28,1	26,0	20,4	19,2	14,7	15,5
Espace Mittelland	14,2	14,3	12,1	11,8	14,0	9,7
Suisse du Nord-Ouest	14,5	15,3	12,7	14,8	13,3	9,7
Zurich	14,0	17,3	14,3	14,3	12,9	11,1
Suisse orientale	11,4	10,1	10,1	10,7	8,4	8,1
Suisse centrale	11,3	13,8	9,2	9,1	9,3	7,4
Tessin	25,9	26,2	22,3	21,2	17,1	13,6

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

Figure 2
Répartition des personnes avec une nouvelle hépatite B, par sexe (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



tite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse, dix fois plus que le VIH. Cependant, étant donné que le moment de l'infection est rarement connu, il est souvent difficile d'identifier les voies de transmission : la voie de contamination était inconnue dans 94 % des cas. Le tableau 2 montre la variance selon les grandes régions. Le pourcentage des voies de transmission inconnues était de 83 %, aussi bien pour les cas chroniques que les cas aigus ; il était donc plus bas que celui des infections asymptomatiques, où il atteignait 92 % (voir le tableau 4 pour comparaison). Pour l'hépatite B, la voie d'infection présumée la plus souvent déclarée en 2020 était la voie sexuelle (4 % des cas). On trouve à la deuxième place les infections acquises dans le cadre médical (1 %). Ces cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomial (infection « hospitalière »), comprennent, outre la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, la transfusion de produits sanguins, mais aussi les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection pour sept des cas déclarés en 2020. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à l'arrivée de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHB, qui n'est généralement pas connu. On trouve à la troisième place les infections contractées lors de la consommation de drogues par injection, désignée

ci-après par l'abréviation IDU (injection drug use), qui représentaient 1 % des cas. Le tableau 2 montre la variance en fonction des grandes régions. Le pourcentage de femmes était de 28 % pour la transmission hétérosexuelle, 33 % pour la transmission nosocomiale et 33 % pour la transmission IDU. Étant donné le petit nombre de cas, nous ne représenterons pas dans les tableaux la répartition par sexe pour ces deux voies de transmission. L'usage systématique de préservatifs lors des rapports sexuels anaux et vaginaux protège efficacement contre le VIH, mais peu contre la plupart des autres infections sexuellement transmissibles, VHB compris. En revanche, il existe pour celui-ci, depuis le début des années 1980, un vaccin sûr et efficace, qui est utilisé dans le monde entier. Avant ce vaccin, l'hépatite B était très répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), avec une séroprévalence de plus de 50 % [4]. Aujourd'hui, la majorité des HSH sont vaccinés contre l'hépatite B dans la plupart des pays européens ; en Suisse, la couverture vaccinale est relativement élevée dans ce groupe [5]. Dans la campagne STAR-Trial, plus de 10 % des HSH participants présentaient des signes indiquant des antécédents d'hépatite B, alors que 32 % n'étaient pas immunisés. Il est donc surprenant de ne trouver en 2020 qu'une seule personne ayant contracté l'hépatite B par cette voie. D'autres types d'exposition, principalement des contacts non précisés avec des

personnes infectées (22 cas), des tatouages, des piercings et des visites chez un barbier dans des conditions d'hygiène douteuses, ont joué un rôle secondaire (15 cas). Par ailleurs, 43 cas d'hépatite B périnatale ont été déclarés. Il s'agissait en fait, pour la majorité, de personnes issues de pays à forte prévalence d'hépatite B. Tous ces cas sont désignés dans le tableau 2 par « autre », et rassemblés dans les autres tableaux dans la catégorie « inconnu/autre ».

TENDANCES PAR SEXE

Au cours des six dernières années, la tendance était nettement à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais des rapports sexuels. Ajusté pour les déclarations de résultats d'analyses cliniques manquantes (bord supérieur de la zone ombrée colorée), le nombre de cas chez les HSH est tombé de façon continue, passant de 17 en 2015 à 1 en 2020. Chez les autres hommes, il est passé, durant la même période, de 42 à 36, et chez les femmes de 25 à 15 (figure 3). Sur les six dernières années, on ne constatait aucune tendance nette pour les infections nosocomiales dans les deux sexes ; le nombre de cas ajusté était en moyenne de 9 (hommes) et de 15 (femmes) par an. On ne constatait pas non plus de tendance nette chez les personnes avec IDU ; le nombre de cas ajusté était en moyenne, par an, de 12 (hommes) et de 2 (femmes).

PAYS D'ORIGINE

Les régions de l'OMS Afrique et Pacifique occidental sont considérées comme celles ayant les prévalences du VHB les plus élevées. Mais certains pays de la région de l'OMS Europe sont particulièrement touchés par l'hépatite B [7], notamment l'Europe du Sud-Est et la Turquie, ainsi que les cinq pays de l'ex-Union soviétique situés en Asie centrale. Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine. Si l'indication manquait dans ce champ, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité ; il était inconnu pour 47 % des cas déclarés en 2020. Au moins 16 % des cas concernaient des personnes d'origine suisse. Plus de la moitié des

Tableau 2Nouveaux cas d'hépatite B par voie d'infection¹ et par grandes régions de l'OFS², 2020

Voie d'infection	IDU		nosocomiale		HSH		hétérosexuelle		autre		inconnue	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse	9	1,0%	12	1,3%	1	0,1%	36	3,8%	80	8,5%	800	85,3%
Région lémanique	4	1,5%	2	0,8%			15	5,8%	28	10,8%	210	81,1%
Espace Mittelland	1	0,5%	2	1,1%	1	0,5%	8	4,3%	10	5,4%	163	88,1%
Zurich	1	0,6%	2	1,2%			6	3,5%	13	7,5%	151	87,3%
Suisse orientale	3	3,1%	1	1,0%			1	1,0%	9	9,4%	82	85,4%
Suisse du Nord-Ouest			1	0,9%			2	1,7%	11	9,6%	101	87,8%
Suisse centrale			1	1,6%			1	1,6%	8	13,1%	51	83,6%
Tessin			3	6,2%			3	6,2%	1	2,1%	41	85,4%

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

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

patients étaient suisses également parmi les personnes relevant des catégories IDU et nosocomial.

10 % des personnes atteintes d'hépatite B ont immigré depuis un pays de l'EEE, du Royaume-Uni, des États-Unis ou du Canada; 9 % venaient d'un pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes), d'Europe du Sud-Est ou de Turquie; 12 % étaient issues d'un pays africain ou du Proche/Moyen-Orient et 4 % d'un pays de la région de l'OMS Asie du Sud-Est/Pacifique occidental. Le tableau

3 montre l'origine par voie de transmission présumée.

ÉVOLUTION CLINIQUE

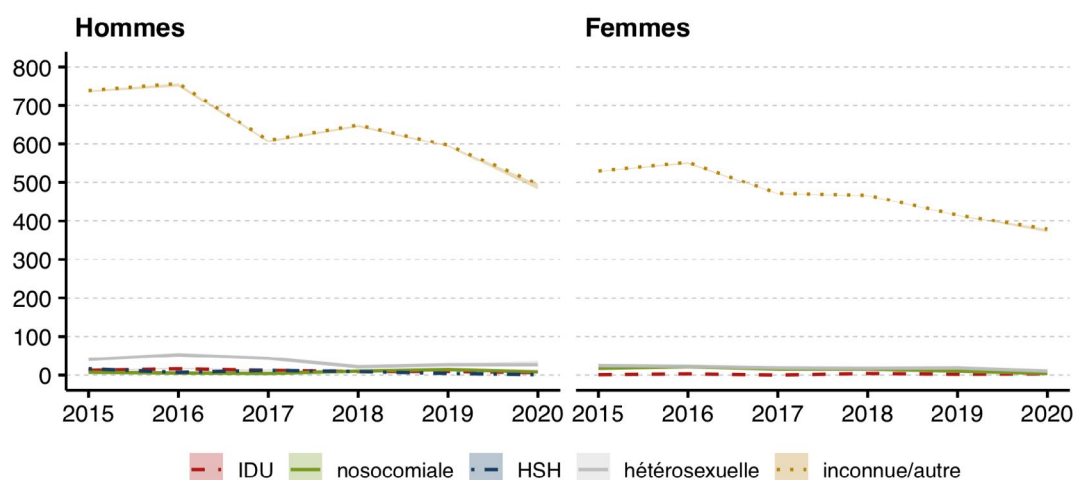
La majorité des personnes (60 %) chez qui une nouvelle hépatite B a été constatée en 2020 se trouvaient à un stade asymptomatique. 2 % des patients ont eu une évolution aiguë et 7 % des signes d'hépatite B chronique. L'évolution était inconnue dans 30 % des cas. L'évolution asymptomatique dominait toutes les voies de transmis-

sion (tableau 4). En 2020, il n'a même pas été possible de déterminer la voie de transmission dans la majorité des cas (20 sur 23) d'hépatite B aiguë.

Le tableau 4 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 17 cas d'hépatite chronique avec cirrhose et 9 cas d'hépatite chronique avec CHC ont été déclarés à l'OFSP en 2020.

Figure 3

Nouveaux cas d'hépatite B chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2015–2020



¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale: les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille. HSH: rapports sexuels entre hommes **Lignes**: expositions déclarées par les médecins. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante**: extrapolation du nombre de cas d'hépatite B pour tenir compte des rapports cliniques manquants

Si l'on réunit les deux (cirrhose, CHC) et que l'on procède à un ajustement pour les déclarations de résultats d'analyses cliniques manquantes, on obtient une incidence de 0,3 pour 100 000 personnes (35 cas de cirrhose et/ou de CHC dus au VHB).

L'ajustement du nombre de cas d'hépatite B pour les déclarations de résultats d'analyses cliniques manquantes donne l'évolution illustrée par la figure 4. L'incidence en Suisse des infections aiguës au VHB a diminué de 83 % depuis l'année

2000 et se situait à 0,4 pour 100 000 personnes en 2020.

En 2020, la mise en évidence de l'antigène ou de l'ADN du VHB manquait pour 35 cas d'hépatite B (4 %), autrement dit il n'y avait aucun signe d'infection active. Le taux de déclarations des cas d'hépatite B avec mise en évidence de l'antigène ou de l'ARN était en 2020 de 10,4 pour 100 000 personnes (903 cas); il a diminué de 33 % depuis l'année 2000.

VACCINATION

La stratégie actuelle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) consiste à vacciner 90 à 95 % des nourrissons avec trois doses de vaccin VHB. Dans les années 2017–2019, la Suisse n'avait pas encore atteints cet objectif, ni directement chez les jeunes enfants (couverture de 69 % à l'âge de 2 ans) ni indirectement (74 % à l'âge de 16 ans) [8]. La vaccination contre l'hépatite B ne fait partie des vaccinations de base dans la petite enfance que depuis 2019.

Tableau 3

Nouveaux cas d'hépatite B par pays d'origine, voie d'infection¹ et sexe, 2020

Voie d'infection	IDU		nosocomiale		HSH		hétérosexuelle		inconnue / autre			
	Sexe		Sexe		Sexe		Sexe		masculin		féminin	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pays d'origine												
Suisse	2	22,2%	4	33,3%			6	16,7%	69	13,8%	65	17,2%
EEE ² , Royaume-Uni, États-Unis, Canada	3	33,3%	1	8,3%			3	8,3%	49	9,8%	39	10,3%
Europe de l'Est/Asie centrale ³ [17], Europe du Sud-Est, Turquie			2	16,7%	1	100,0%	6	16,7%	51	10,2%	29	7,7%
Moyen-Orient, Afrique ⁴ [17]			3	25,0%			11	30,6%	65	13,0%	31	8,2%
Asie du Sud-Est/Pacifique Ouest			1	8,3%			3	8,3%	18	3,6%	14	3,7%
autre							2	5,6%	12	2,4%	7	1,8%
inconnue	4	44,4%	1	8,3%			5	13,9%	237	47,3%	194	51,2%
Total cas d'hépatite B	9	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	36	100,0%	501	100,0%	379	100,0%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille. HSH: rapports sexuels entre hommes; inconnue/autre: presque exclusivement voie de transmission inconnue, voir tableau 2

²EEE: Espace économique européen

³pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays baltes)

⁴correspond aux Régions de l'OMS AFR/EMR plus Israël

Tableau 4

Évolution clinique des nouveaux cas d'hépatite B par voie d'infection¹, 2020

Voie d'infection	IDU		nosocomiale		HSH		hétérosexuelle		inconnue / autre			
	Sexe		Sexe		Sexe		Sexe		masculin		féminin	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Évolution												
Hépatite B aiguë							3	8,3%	12	2,4%	8	2,1%
Hépatite B chronique	3	33,3%	2	16,7%			6	16,7%	38	7,6%	16	4,2%
Cirrhose	3		0		0		0		12		2	
Carcinome hépatocellulaire	1		0		0		0		6		2	
asymptomatique	6	66,7%	10	83,3%	1	100,0%	27	75,0%	299	59,7%	223	58,8%
inconnu									152	30,3%	132	34,8%
Total cas d'hépatite B	9	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	36	100,0%	501	100,0%	379	100,0%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). HSH: rapports sexuels entre hommes; inconnue/autre: presque exclusivement voie de contamination inconnue, voir tableau 2

Auparavant, de 1998 à 2018, elle était prioritairement recommandée aux jeunes de 11 à 15 ans [9]. La vaccination des nourrissons est davantage à même de prévenir l'hépatite B chronique, car l'âge de l'infection est inversement proportionnel au risque d'infection persistante (c'est chez les nouveau-nés, avec 90 %, que le risque est le plus élevé). En Suisse, on recommande systématiquement un examen de sang chez toutes les femmes enceintes afin de déterminer si elles sont porteuses du virus. Si c'est le cas, on vaccine les bébés rapidement après la naissance et on leur administre des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B, afin de les protéger jusqu'à ce que le vaccin agisse.

SYNTHÈSE

Les nouveaux cas d'infections par le virus de l'hépatite B déclarés en Suisse ont été majoritairement contractés dans des pays à forte prévalence de l'hépatite B chronique. La voie de transmission était inconnue dans la grande majorité des cas.

L'incidence des cas aigus a connu en Suisse une diminution continue ces dernières années; là non plus il n'était généralement pas possible de déterminer la voie de transmission.

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fonde déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien dans la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que dans les groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). De ce fait, une partie du principe directeur concerne la vaccination: «*lorsqu'il existe des vaccins et que ceux-ci sont recommandés*». Les seuls agents pathogènes sexuellement transmissibles pour lesquels il existe des vaccins sont les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, ainsi que le papillomavirus humain. Le taux de couverture de la vaccination contre l'hépatite B était de 74 % chez les jeunes de 16 ans [8], mais il est nettement plus bas chez les adultes sexuellement actifs [6,10]. On constate toujours un déficit

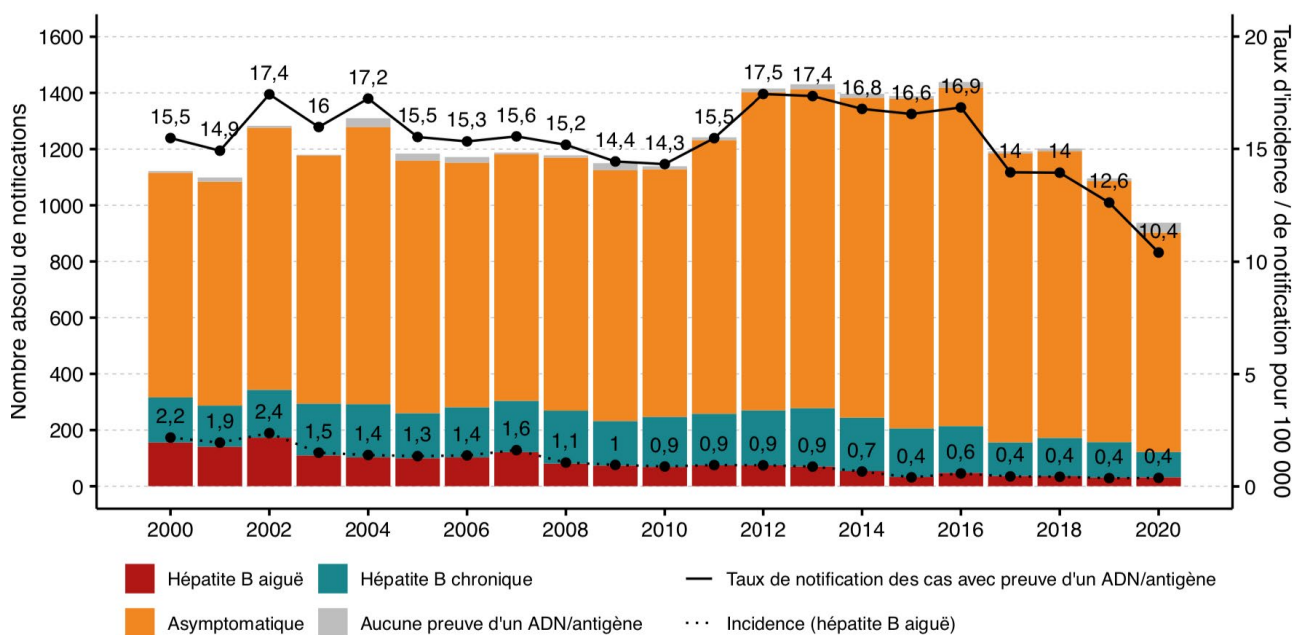
de vaccination en même temps qu'une charge de morbidité accrue chez les travailleuses du sexe actives en Suisse [10], qui viennent pour la plupart de pays où la couverture vaccinale est insuffisante. À l'heure actuelle, on ne sait pas si leurs clients se considèrent comme un groupe à risque élevé de VHB.

L'OFSP estime qu'il convient d'intervenir surtout auprès des acteurs cliniques dans l'idée que lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible, il conviendrait de déterminer le statut vaccinal par rapport à l'hépatite ou directement de commencer ou de compléter la vaccination.

CONTACT

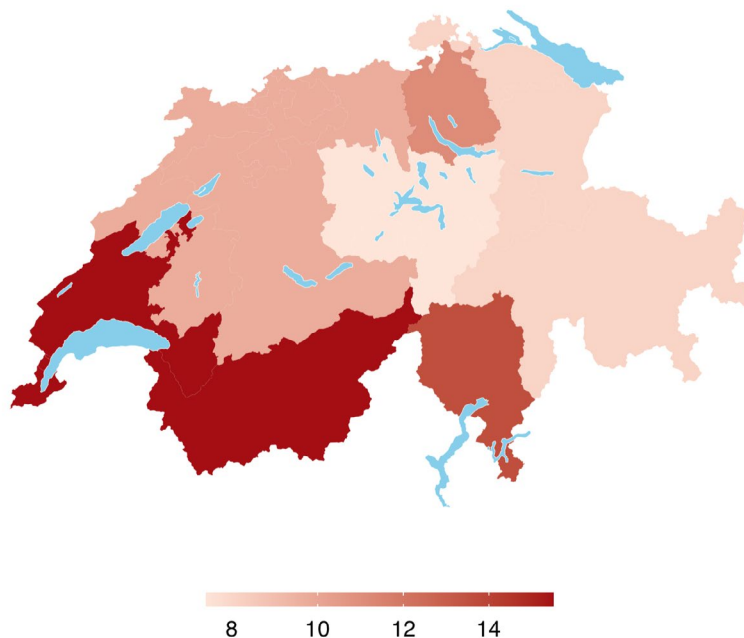
Office fédéral de la santé publique
Domaine de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Tél. 058 463 87 06

Figure 4
Évolution clinique des nouveaux cas d'hépatite B¹, 2000–2020



¹ ajusté pour les indications manquantes sur les formulaires de déclaration de résultats d'analyses cliniques

Figure 5
Taux de déclaration des diagnostics d'hépatite B pour 100 000 personnes, par grandes régions de l'OFS¹, 2020



¹ Définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OFS

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

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

Bibliographie

- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Office fédéral de la santé publique (2018). Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014-2017. Bulletin; 35:7-12
- Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in EU/EEA Member States, 2019. Stockholm: ECDC
- Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nylund T, Moore TN, Gardner P, Doto IL, Reynolds G (1982). Hepatitis B in Homosexual Men: Prevalence of Infection and Factors Related to Transmission. *J Infect Dis*; 146(1): 7-15.
- Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? Epidemiol Infect; 148(e27):1-10
- The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013. *Lancet*; 386(10003):1546-55. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61412-X. Epub 2015 Jul 28. PMID: 26231459.
- Office fédéral de la santé publique (2021). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 2017-2019. Bulletin; 16:12-19
- Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (2021). Plan de vaccination suisse 2021. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

L'hépatite C en Suisse en 2020

En 2020, les médecins pratiquant en Suisse ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 903 nouveaux cas d'hépatite C. Le nombre de cas déclarés est en baisse depuis 20 ans en Suisse. Le taux de déclarations pour 100 000 personnes, soit 10,4, était également plus bas en 2020 que les années précédentes; l'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les indications manquantes sur les formulaires de déclaration clinique – s'élevait à 0,2 pour 100 000 personnes. Contrairement aux autres maladies infectieuses traitées dans le présent rapport, l'hépatite C se transmet principalement par le sang et exceptionnellement par voie sexuelle. Comme le programme consécutif au Programme national VIH et autres maladies sexuellement transmissibles (PNVI) actuellement en vigueur prendra davantage en compte les hépatites transmises par cette voie, le présent rapport contient pour la première fois un chapitre sur cette maladie. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C, qui guérit spontanément dans environ un quart des cas; en revanche, l'hépatite C chronique peut être traitée dans plus de 90 % des cas par des substances ayant une action antivirale directe.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, l'évolution des cas d'hépatite C fait l'objet d'une surveillance continue depuis 1988 dans le cadre de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses. On estime que la première mise en évidence du virus de l'hépatite C (VHC) remonte à 1989 [1]. De ce fait, le nombre de cas constatés et déclarés pendant les premières années de la surveillance était faible, et les déclarations ne sont représentées par les analyses et les graphiques qui suivent que depuis 1990.

Les laboratoires suisses doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous les résultats de tests positifs (anticorps contre le VHC, ARN du VHC ou antigène du VHC) [2]. Si le cas en question n'a pas déjà été déclaré, le médecin cantonal demande au médecin traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques, et d'indiquer les signes cliniques et l'évolution (aiguë ou chronique), le mode de transmission présumé, la nationalité et le pays d'origine.

Sont considérés comme cas d'hépatite C aiguë les cas avec un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite C (anticorps positifs avec ou sans ARN/antigène), des

transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe pouvant indiquer une infection chronique. La déclaration est également considérée comme cas aigu lorsque la séroconversion a été documentée dans les deux années précédentes.

Tous les autres cas avec des transaminases élevées et/ou un ictère ainsi que les cas avec une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite chronique. S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou leurs séquelles, l'évolution est considérée comme asymptomatique. S'il manque la déclaration clinique du médecin, l'évolution est notée comme inconnue (voir tableau 4). L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Les patients qui vivent à l'étranger ont été exclus des analyses.

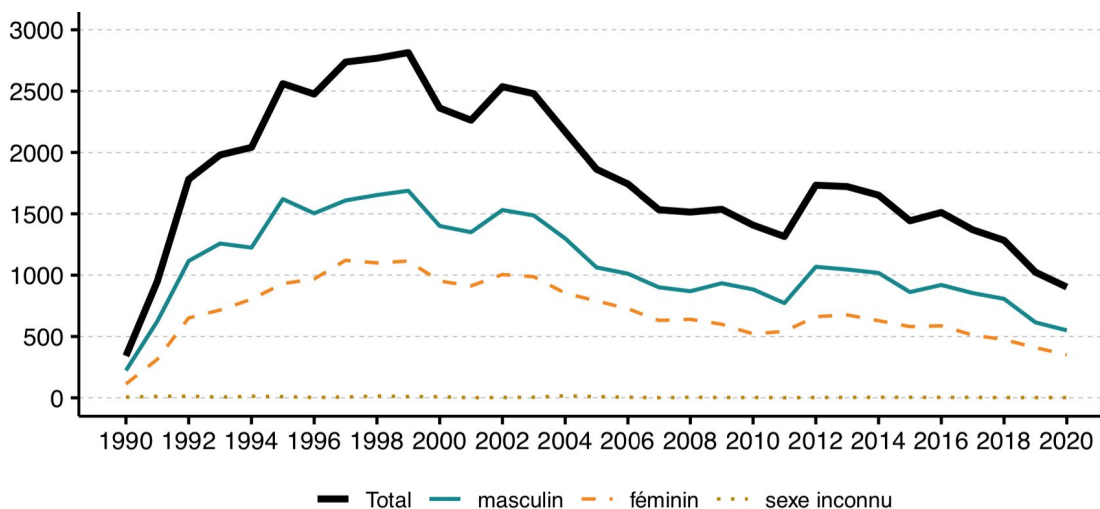
L'évolution du nombre de cas depuis le début de la surveillance de l'hépatite C montre d'abord une forte tendance à la hausse jusqu'à 1999, avec un pic de plus de 2800 cas, ce qui reflète entre autres le dépistage rapide des groupes de la population particulièrement exposés. Depuis, la tendance est à la baisse pour les deux sexes (figure 1). Depuis 2014 au

moins (autorisation du sofosbuvir en Suisse), il est possible, dans plus de 90 % des cas, d'éliminer le VHC de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux directs, mais à un coût très élevé [3]. En conséquence, l'éligibilité au remboursement des traitements en Suisse a été retardée jusqu'en 2017, pour les patients asymptomatiques.

Si la diminution du nombre de nouvelles infections a bien été accélérée par les traitements, elle avait débuté beaucoup plus tôt à la suite de mesures structurelles (telles que tests sur les produits sanguins, hygiène hospitalière, programmes d'échange de seringues et traitement de substitution à la méthadone). En 2020, l'OFSP a reçu au total 909 déclarations de laboratoire, parmi lesquelles 903 étaient évaluées comme nouveaux cas d'hépatite C, ce qui correspond à un recul de 68 % par rapport au pic de 1999. Les analyses qui suivent se fondent sur les données dont disposait l'OFSP concernant ces 903 nouveaux cas. Dans seulement 71 % des cas (les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 30 juin 2021), il y avait au moins une déclaration clinique du médecin qui contenait des informations sur la personne plus détaillées que l'âge

Figure 1

Diagnostics de laboratoire de l'hépatite C par sexe et année de diagnostic depuis le début du relevé, 1990–2020



et le sexe et qui fournissait des indications importantes pour l'interprétation épidémiologique.

En 2020, le pourcentage de déclarations cliniques des médecins était plus bas que d'habitude, probablement en raison de la pandémie de COVID.

Le taux de déclarations en 2020, soit 10,4 pour 100 000 personnes, était en conséquence inférieur à celui des années précédentes. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les indications manquantes sur les formulaires de déclaration des médecins – était de 0,2 pour 100 000 personnes (figure 4).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes confondus, le nombre de

nouveaux diagnostics d'hépatite C s'élevait en 2020 à 10,4 pour 100 000 habitants. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 5). Les chiffres les plus élevés se situaient dans la grande région du Tessin, ce qui n'est pas surprenant étant donné la proximité de l'Italie et l'immigration qui y est associée. L'Italie fait en effet partie des pays européens ayant historiquement la plus forte prévalence de l'hépatite C [4,5]. Une tendance à la baisse est toutefois visible dans toutes les grandes régions de Suisse. On ne dispose guère de données comparatives d'autres pays: d'après le dernier rapport du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), il n'existe pas, dans l'Espace économique

européen (EEE), de données empiriques sur l'incidence des nouvelles infections par le VHC [5], ni sur l'hépatite C aiguë, pour laquelle le calcul de l'incidence serait réalisable, ni sur les taux de diagnostic de l'hépatite C en général, comme il est d'usage par exemple pour le VIH (voir chapitre correspondant dans le même Bulletin).

SEXE ET RÉPARTITION PAR ÂGE

En 2020, la majorité des cas d'hépatite C concernait des hommes (61%). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans.

La répartition par âge pour l'hépatite C est nettement décalée vers la droite par rapport aux infections transmises principalement par voie sexuelle (telles que VIH, gonorrhée ou syphilis); sur les cinq dernières années, la majorité des cas ont été diagnostiqués, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans (figure 2). L'âge médian pour le diagnostic de l'hépatite C était de 52 ans pour les femmes et de 49 ans pour les hommes. Chez les personnes qui se sont infectées en consommant des drogues par voie intraveineuse (ou intranasale), l'âge médian était plus bas (46 ans) que chez celles qui se sont infectées dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle médicale (59 ans) ou encore que chez celles pour lesquelles la voie d'infection n'était pas clairement

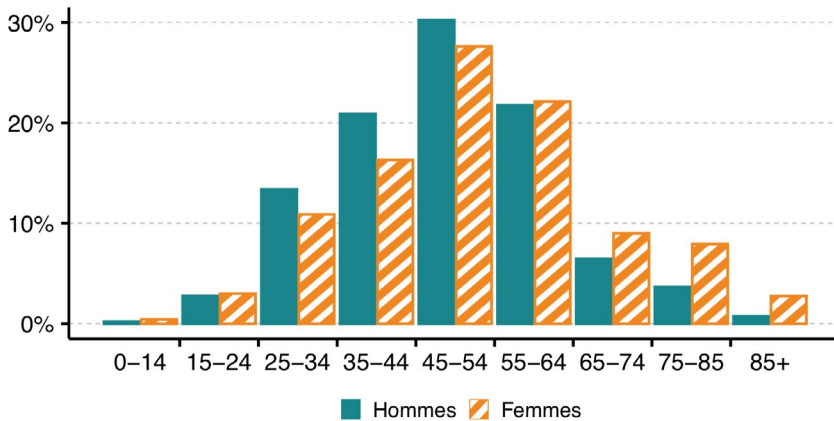
Tableau 1

Taux de déclaration pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2015–2020

Année du diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suisse	17,3	17,9	16,1	15,0	11,9	10,4
Région lémanique	21,9	23,2	22,0	20,8	17,6	14,5
Espace Mittelland	14,0	19,0	14,7	13,3	12,6	10,3
Suisse du Nord-Ouest	14,5	13,7	12,7	13,3	9,1	9,3
Zurich	15,9	15,3	13,8	12,0	9,4	8,9
Suisse orientale	16,0	15,4	15,1	13,4	8,6	8,1
Suisse centrale	12,5	10,8	11,8	11,6	6,5	6,8
Tessin	44,3	38,1	31,9	29,2	24,8	17,3

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

Figure 2
Répartition par âge des personnes avec une nouvelle hépatite C, par sexe (cas des cinq dernières années réunis pour des raisons statistiques)



déterminée (51 ans). L'âge médian le plus bas (43 ans) concernait le petit groupe des hommes qui ont contracté une hépatite C dans le cadre de relations sexuelles avec des hommes.

VOIE D'INFECTION

Pour l'hépatite C, il est souvent difficile d'identifier les voies de transmission étant donné que le moment de l'infection est rarement connu. De ce fait, la voie de contamination était inconnue dans 71 % des cas; le tableau 2 montre la variance selon les grandes régions. Le pourcentage de cas avec une voie de contamination inconnue était de 41 % pour les hépatites aiguës; il était inférieur à celui des hépatites C chroniques (65 %) et à celui des infections asymptomatiques (64 %, voir tableau 4). Dans la grande majorité des cas, la transmission du VHC se fait par pénétration de sang contenant le virus – de très petites quantités suffisent – dans la circulation sanguine ou dans les tissus du récepteur. La mise en évidence du virus de l'hépatite C dans le sang est fiable. Son matériel génétique peut aussi être détecté, par des méthodes ultrasensibles, dans d'autres fluides corporels (salive, sueur, larmes, sperme et lait maternel). Toutefois, la mise en évidence de l'ARN du VHC ne permet pas nécessairement de conclure à son infectiosité; une infection par l'intermédiaire de ces fluides est considérée comme extrêmement improbable.

La consommation de drogues par injection (ou la consommation intranasale, voir plus bas) est la voie d'infection présumée la plus souvent déclarée en 2020; elle est représentée ci-après et dans tous les tableaux et graphiques par l'abréviation IDU (*injection drug use*). Elle concernait 20 % de l'ensemble des cas et 68 % des cas avec des indications valables quant au mode de transmission. Le tableau 2 montre la variance en fonction des grandes régions.

On trouve à la deuxième place les infections acquises dans le contexte médical (5 % de l'ensemble des cas et 16 % des cas avec des indications valables quant à la voie de contamination). Ces cas, regroupés ci-après dans la catégorie *nosocomial*, comprennent, outre la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, la transfusion de produits sanguins (en Suisse et dans les pays comparables en particulier avant 1990), mais aussi les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection pour 31 des cas déclarés en 2020. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à l'arrivée de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHC, qui n'est généralement pas connu. Le pourcentage de femmes était de 31 % pour la catégorie IDU et de 56 % pour la catégorie *nosocomial*. Étant donné le faible nombre de cas, nous ne représen-

terons pas dans les tableaux la répartition par sexe pour ces deux voies d'infection. Depuis le début des années 2000, une augmentation du nombre de cas d'hépatite C a été constatée dans l'étude suisse de cohorte VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [6]. Les facteurs de risque pour l'augmentation du nombre d'infections dans ce groupe sont, outre le partage de seringues, la consommation de drogues intranasales (p. ex. utilisation du même billet pour sniffer la cocaïne [7]), mais aussi les pratiques sexuelles sanglantes ou l'utilisation commune de douches anales [8,9,10].

D'après les études suisses concernant les HSH sans VIH, mais avec un risque élevé d'autres infections sexuellement transmissibles, l'hépatite C n'était toutefois pas plus fréquente dans ce groupe que dans la population générale [11,12]. Rapporté au nombre estimé de HSH en Suisse, le taux annuel d'infections à VHC était, dans les années 2010 à 2013, de 28 pour 100 000 HSH [13]. Ce chiffre est nettement plus bas que celui des infections VIH déclarées chez les HSH (260 pour 100 000) et à peine plus élevé que dans la population générale durant la même période (19 pour 100 000, voir les taux de déclarations ajustés à la figure 4). Étant donné la grande attention portée à ce thème et pour des raisons de détection précoce d'une épidémie susceptible d'évoluer à l'avenir, les rapports sexuels entre hommes sont présentés dans le présent rapport comme un facteur de risque en soi. En 2020, ils ont été déclarés comme voie d'infection pour 9 hommes (1 % de l'ensemble des cas ou 3 % des cas avec des indications valables quant à la voie de contamination). Une transmission hétérosexuelle était indiquée dans 16 cas, mais cette hypothèse est extrêmement sujette à caution [14,15,16]. D'autres types d'exposition – tels que tatouage, piercings, passage chez le barbier dans des conditions d'hygiène douteuses – ont joué, avec 8 cas au total, un rôle marginal. Enfin, 5 cas d'hépatite C périnatale ont été déclarés, mais ce mode de transmission présumé ne concernait pas des enfants de moins de 14 ans. Tous ces cas sont désignés dans le tableau 2 par « autre », et rassemblés dans tous les autres tableaux dans la catégorie « inconnu/autre ».

Tableau 2Nouveaux cas d'hépatite C par voie d'infection¹ et par grandes régions de l'OFS², 2020

Voie d'infection	IDU		nosocomiale		HSH		autre		inconnue	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse	179	19,8%	43	4,8%	9	1,0%	29	3,2%	643	71,2%
Région lémanique	52	21,4%	10	4,1%	4	1,6%	14	5,8%	163	67,1%
Espace Mittelland	30	15,4%	8	4,1%			3	1,5%	154	79,0%
Suisse du Nord-Ouest	28	25,5%	3	2,7%			3	2,7%	76	69,1%
Zurich	22	15,8%	4	2,9%	3	2,2%	2	1,4%	108	77,7%
Suisse orientale	30	30,9%	6	6,2%			5	5,2%	56	57,7%
Suisse centrale	11	19,6%	7	12,5%			1	1,8%	37	66,1%
Tessin	6	9,8%	5	8,2%	2	3,3%	1	1,6%	47	77,0%

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

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

TENDANCE PAR SEXE

Au cours des six dernières années, la tendance était nettement à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais de la consommation de drogues. Ajusté pour les déclarations cliniques des médecins manquantes (bord supérieur de la zone ombrée colorée), le nombre de cas est tombé de 328 chez les hommes et de 116 chez les femmes en 2015 à respectivement 175 et 78 en 2020 (figure 3).

Pour les infections nosocomiales, on ne constatait aucune tendance nette sur les six dernières années pour les deux sexes; le nombre de cas ajusté était en moyenne de 21 (hommes) et de 31 (femmes) par an.

On ne constatait pas non plus de tendance nette chez les HSH pour ces six dernières années; le nombre ajusté était en moyenne de 17 cas par an.

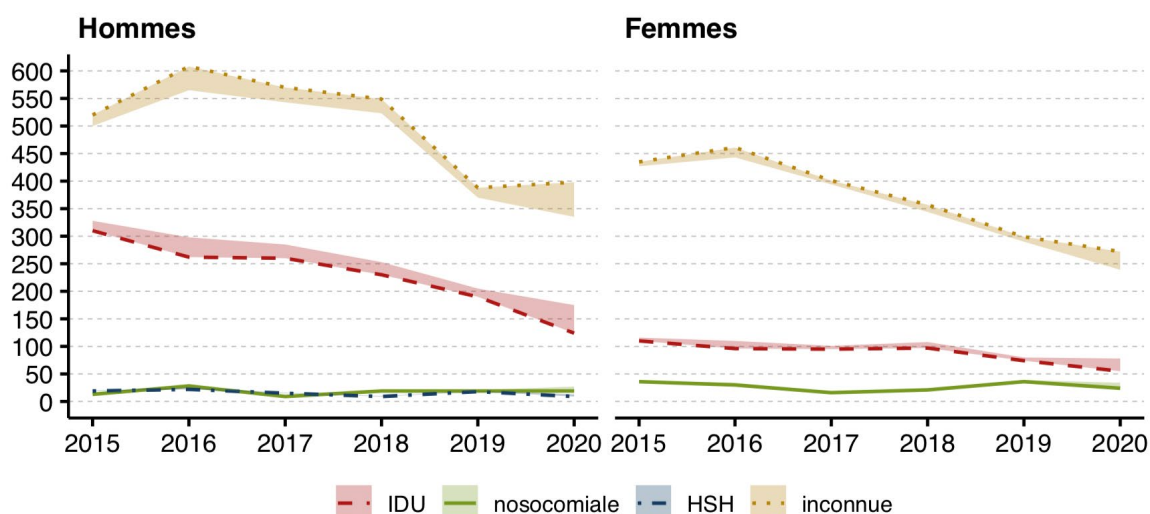
PAYS D'ORIGINE

Les pays considérés comme étant à haut risque de prévalence du VHC sont l'Égypte, l'Ouzbékistan, la Géorgie, la Mongolie, le Pakistan, le Gabon, le Cameroun et le Nigéria [17].

Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine. Si l'indication manquait dans ce champ, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité. Le pays d'origine était inconnu pour

Figure 3

Nouveaux cas d'hépatite C chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2015–2020



¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; HSH : rapports sexuels entre hommes. **Lignes** : expositions déclarées par les médecins. **Bord de la zone ombrée correspondante** : Extrapolation du nombre de cas d'hépatite C pour tenir compte des rapports cliniques manquants

39 % des cas déclarés en 2020. Au moins 34 % des cas concernaient des personnes d'origine suisse. Ce pourcentage était le plus élevé chez les HSH; dans les catégories IDU et nosocomial également, plus de la moitié des patients étaient suisses.

4 % des cas concernaient des personnes d'origine italienne; 9 % des patients avaient migré depuis un pays de l'Espace économique Européen (EEE), le Royaume-Uni, les États-Unis ou le Canada; 8 % venaient d'un pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays baltes), d'Europe du Sud-Est ou de Turquie; 4 % étaient

issus d'un pays africain ou du Proche/Moyen-Orient (régions de l'OMS Afrique et Méditerranée orientale, plus Israël). Le tableau 3 montre l'origine par voie de transmission présumée.

ÉVOLUTION CLINIQUE

La majorité des personnes chez qui une nouvelle hépatite C a été constatée en 2020 se trouvaient à un stade asymptomatique (54 %). 2 % des patients ont eu une évolution aiguë et 14 % des signes d'hépatite C chronique. L'évolution était inconnue dans 30 % des cas. L'évolution asymptomatique était prédominante

pour toutes les voies de contamination; l'évolution aiguë était la plus fréquente (66,7 %) uniquement chez les HSH (actuellement dépistage deux fois par an dans l'étude suisse de cohorte VIH) (tableau 4). Dans le cadre du système suisse de déclaration, il n'est pas possible de recenser d'éventuelles co-infections par le VIH. Le nombre annuel de nouvelles infections à VHC chez les HSH correspond toutefois largement au nombre d'infections à VHC détectées chez des HSH dans l'étude suisse de cohorte VIH; il semble donc s'agir essentiellement de HSH avec une infection VIH préexistante.

Tableau 3

Nouveaux cas d'hépatite C par pays d'origine, voie d'infection¹ et sexe, 2020

Voie d'infection Sexe	IDU		nosocomiale		HSH		inconnue / autre			
	N	%	N	%	N	%	masculin		féminin	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pays d'origine										
Suisse	99	55,3 %	26	60,5 %	8	88,9 %	95	23,8 %	75	27,6 %
Italie [4,5]	11	6,1 %	3	7,0 %			18	4,5 %	8	2,9 %
EEE ² , Royaume-Uni, États-Unis, Canada	21	11,7 %	4	9,3 %	1	11,1 %	32	8,0 %	20	7,4 %
Europe de l'Est/Asie centrale ³ [17], Europe du Sud-Est, Turquie	22	12,3 %	5	11,6 %			31	7,8 %	13	4,8 %
Moyen-Orient, Afrique ⁴ [17]	1	0,6 %	2	4,7 %			15	3,8 %	19	7,0 %
autre	3	1,7 %					4	1,0 %	13	4,8 %
inconnue	22	12,3 %	3	7,0 %			205	51,2 %	124	45,6 %
Total cas d'hépatite C	179	100,0 %	43	100,0 %	9	100,0 %	400	100,0 %	272	100,0 %

¹ IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale: les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; HSH: rapports sexuels entre hommes; inconnue/autre: presque exclusivement voie de contamination inconnue, voir tableau 2

² EEE: Espace économique européen

³ pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays baltes)

⁴ correspond aux Régions de l'OMS AFR/EMR plus Israël

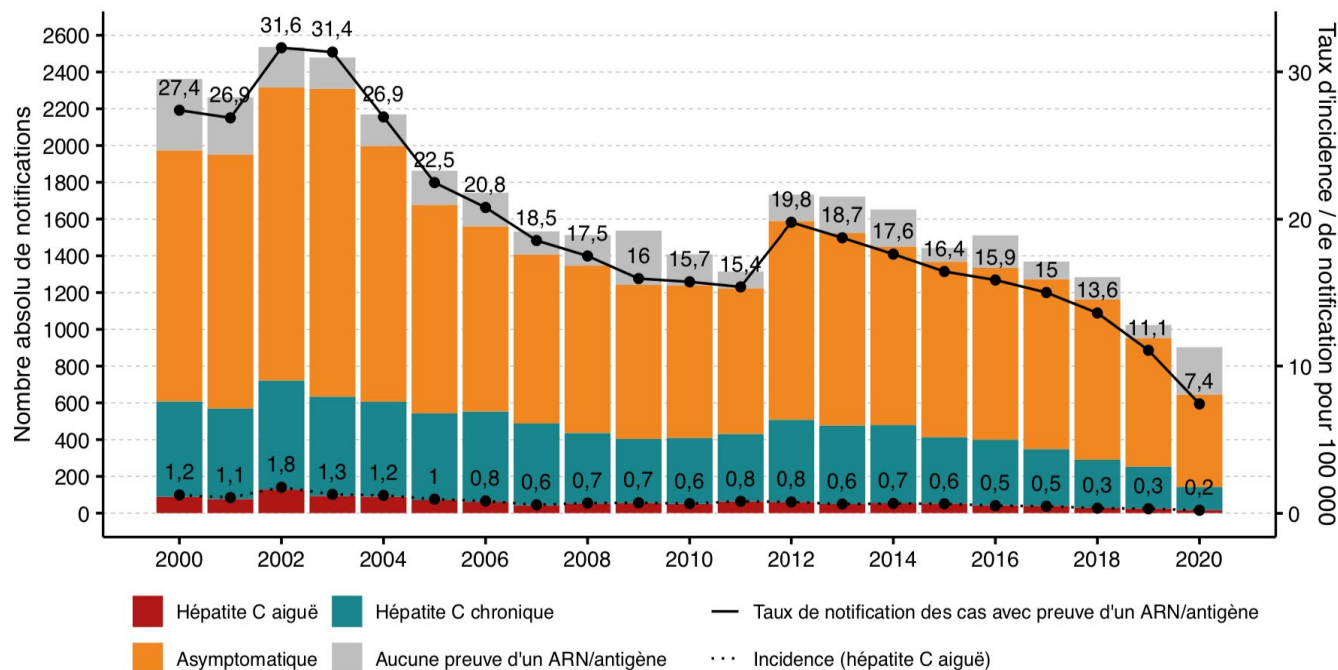
Tableau 4

Évolution clinique des nouveaux cas d'hépatite C par voie d'infection¹, 2020

Voie d'infection Sexe	IDU		nosocomiale		HSH		inconnue / autre			
	N	%	N	%	N	%	masculin		féminin	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Évolution										
Hépatite C aiguë	4	2,2 %			6	66,7 %	6	1,5 %	1	0,4 %
Hépatite C chronique	34	19,0 %	7	16,3 %	2	22,2 %	57	14,2 %	22	8,1 %
Cirrhose	8		3		0		21		5	
Carcinome hépatocellulaire	1		1		0		10		3	
asymptomatique	141	78,8 %	36	83,7 %	1	11,1 %	170	42,5 %	145	53,3 %
inconnu							167	41,8 %	104	38,2 %
Total cas d'hépatite C	179	100,0 %	43	100,0 %	9	100,0 %	400	100,0 %	272	100,0 %

¹ IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse (ou intranasale); nosocomiale: les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); HSH: rapports sexuels entre hommes; inconnue/autre: presque exclusivement voie de contamination inconnue, voir tableau 2

Figure 4
Évolution clinique des nouveaux cas d'hépatite C¹, 1990–2020



¹ ajusté pour les indications manquantes sur les formulaires de déclaration clinique

Le tableau présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 37 cas d'hépatite chronique avec cirrhose et 15 cas d'hépatite chronique avec CHC ont été déclarés à l'OFSP en 2020.

Si l'on réunit les deux (cirrhose, CHC) et que l'on procède à un ajustement pour les déclarations des médecins manquantes, on obtient une incidence de 0,5 pour 100 000 personnes (53 cas de cirrhose et/ou CHC causés par le VHC). L'ajustement du nombre de cas d'hépatite C pour les déclarations cliniques des médecins manquantes donne l'évolution temporelle illustrée par la figure 4. L'incidence des infections à VHC aiguës a diminué de 84 % depuis l'année 2000 et se situait à 0,2 en 2020.

Globalement, on constate que pour 258 cas d'hépatite C (29 %) en 2020, on ne disposait d'aucune indication en fa-

veur d'une infection active, autrement dit il manquait la mise en évidence de l'antigène ou de l'ARN du VHC. Le taux de déclarations des cas d'hépatite C avec mise en évidence de l'antigène ou de l'ARN était de 7,4 pour 100 000 personnes (645 cas); il a diminué de 73 % depuis l'année 2000.

SYNTHÈSE

Les principaux éléments de la stratégie visant à éliminer l'hépatite C sont avant tout des mesures préventives telles que l'utilisation de matériel à usage unique stérile, la sécurité du don de sang et d'organes, la sensibilisation et la réduction des dommages chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, qui contribuent notablement, en Suisse, à la transmission du virus de l'hépatite C. Des mesures préventives ont été mises en place dans le domaine des drogues il y a déjà plusieurs années (voir p. ex. www.hep.ch). La réduction des dommages constitue une partie

importante de la stratégie nationale Addictions (www.bag.admin.ch/addictions). Avec Infodrog et d'autres professionnels, l'OFSP a publié des directives nationales portant sur la prévention, le conseil, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues [18].

Depuis octobre 2017, toutes les personnes infectées peuvent être traitées sans restriction par des médicaments antiviraux directs pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ces personnes ont des taux de guérison supérieurs à 90 % (env. 25 % de guérison spontanée de l'hépatite C aiguë sans traitement [19,20,21]).

Déjà avant l'introduction de ces nouveaux médicaments en 2014, les mesures prises avaient permis de stabiliser la charge de morbidité, et même de la diminuer [22]. Pour ces raisons et compte tenu d'une modélisation des différents scénarios de dépistage [23], l'OFSP considère qu'il n'est pas nécessaire de prendre

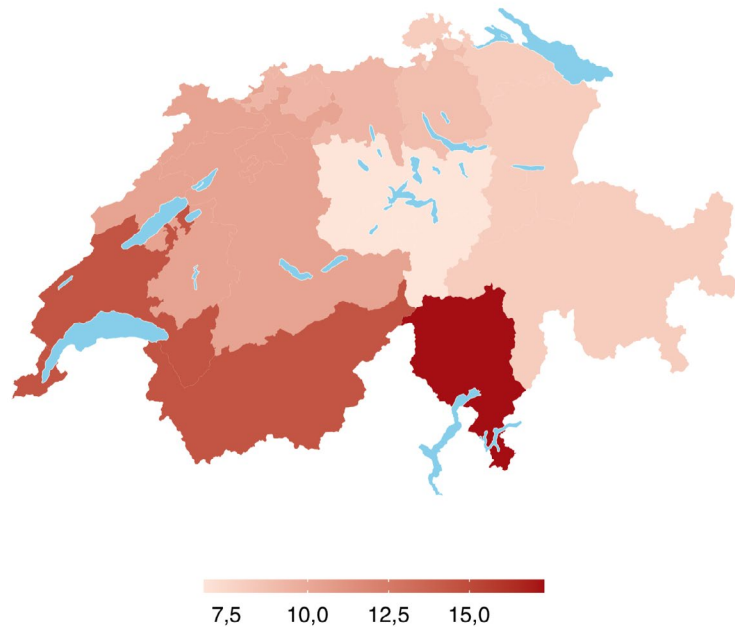
des mesures supplémentaires telles que le dépistage du VHC dans de grands groupes de personnes, et encore moins dans la population générale. C'est aussi la position défendue par le Conseil fédéral [24]. L'orientation prise est plutôt de continuer à se concentrer sur la mise en œuvre, recommandée depuis 1993, de dépistages ciblés sur la base des facteurs de risque individuels actuels ou anciens, ainsi que de la situation clinique [25]. Il convient en outre de conseiller, tester et traiter systématiquement les groupes présentant un risque élevé de transmission, autrement dit les consommateurs de drogues et les HSH co-infectés par le VIH. Les interventions sur la sensibilisation à la question du sang (*Blood Awareness*) lors des rapports sexuels [26] menées dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH constitue de ce point de vue une approche prometteuse.

CONTACT

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

Figure 5

Taux de déclaration pour 100 000 personnes, par grande région¹ de l'OFS, 2020



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

ANNEXE

Définition des grandes régions de l'OFS

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

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

Bibliographie

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