Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 10 juin 2025

OFSP-Bulletin

Semaine 24/2025

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

La participation doit devenir la norme dans les soins, p. 8

La légionellose en Suisse, facteurs de risque et sources d'infection : étude cas-témoins nationale *(SwissLEGIO)*, p. 10

Impressum

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

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION
Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81

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

ISSN 1420-4266

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses 4
Statistique Sentinella 6
Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires 7
Rapport mensuel sur les maladies transmises par les tiques 7
La participation doit devenir la norme dans les soins 8
La légionellose en Suisse, facteurs de risque et sources d'infection : étude cas-témoins nationale *(SwissLEGIO)* 10
Vol d'ordonnances 19

Déclarations des maladies infectieuses
Situation à la fin de la 22e semaine (02.06.2025)a

a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.
b N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.
c Femmes enceintes et nouveau-nés.
d Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.
e Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses :
Situation à la fin de la 22e semaine (02.06.2025)a

	Semaine 22			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae : maladie invasive	4 2.3	5 2.9	4 2.3	6 0.9	11 1.6	14 2	155 1.7	159 1.8	142 1.6	74 1.9	85 2.2	62 1.6
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers					https://idd.bag.admin.ch							
Légionellose	12 6.9	15 8.7	11 6.4	50 7.2	38 5.5	37 5.3	597 6.6	643 7.1	660 7.3	193 5.1	173 4.5	171 4.5
Méningocoques : maladie invasive	2 1.2	1 0.6	1 0.6	3 0.4	3 0.4	1 0.1	37 0.4	37 0.4	29 0.3	23 0.6	20 0.5	17 0.4
Pneumocoques : maladie invasive	13 7.5	21 12.1	15 8.7	64 9.2	80 11.6	51 7.4	1116 12.4	1015 11.3	960 10.7	659 17.3	611 16	518 13.6
Rougeole	1 0.6	3 1.7		3 0.4	13 1.9	16 2.3	47 0.5	102 1.1	25 0.3	34 0.9	84 2.2	24 0.6
Rubéoleb												
Rubéole, materno-fœtalec												
Tuberculose	3 1.7	26 15	7 4	32 4.6	56 8.1	27 3.9	431 4.8	453 5	360 4	195 5.1	194 5.1	158 4.2
Transmission féco-orale												
Campylobactériose					https://idd.bag.admin.ch							
Hépatite A					https://idd.bag.admin.ch							
Hépatite E					https://idd.bag.admin.ch							
Infection à E. coli entérohémorragique					https://idd.bag.admin.ch							
Listériose		2 1.2	2 1.2	2 0.3	3 0.4	5 0.7	54 0.6	57 0.6	86 1	18 0.5	14 0.4	31 0.8
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.6			2 0.3	3 0.4	1 0.1	34 0.4	29 0.3	15 0.2	11 0.3	18 0.5	8 0.2
Salmonellose, autres					https://idd.bag.admin.ch							
Shigellose					https://idd.bag.admin.ch							

	Semaine 22			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023	2025	2024	2023
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydiose	105 60.6	317 183.1	240 138.6	849 122.6	950 137.2	996 143.8	12366 137.4	12877 143	13107 145.6	4970 130.5	5504 144.5	5336 140.1
Gonorrhée	119 68.7	173 99.9	137 79.1	550 79.4	508 73.4	435 62.8	6884 76.5	6632 73.7	5290 58.8	2738 71.9	2764 72.6	2231 58.6
Hépatite B, aiguë					1 0.1	1 0.1	11 0.1	17 0.2	14 0.2	2 0.05	8 0.2	8 0.2
Hépatite B, total déclarations	22	38	15	103	104	81	1229	1166	1106	539	530	494
Hépatite C, aiguë			1 0.6		1 0.1	1 0.1	22 0.2	22 0.2	13 0.1	7 0.2	13 0.3	5 0.1
Hépatite C, total déclarations	16	28	10	79	71	80	1065	1065	1052	455	448	424
Infection à VIH	12 6.9	10 5.8	5 2.9	53 7.6	31 4.5	23 3.3	386 4.3	380 4.2	325 3.6	199 5.2	154 4	123 3.2
Sida		2 1.2	2 1.2	2 0.3	4 0.6	6 0.9	43 0.5	42 0.5	43 0.5	14 0.4	19 0.5	17 0.4
Syphilis, stades précoces[d]	1 0.6	21 12.1	14 8.1	26 3.8	64 9.2	55 7.9	740 8.2	857 9.5	818 9.1	274 7.2	374 9.8	319 8.4
Syphilis, total	1 0.6	32 18.5	18 10.4	36 5.2	87 12.6	70 10.1	998 11.1	1150 12.8	1076 12	364 9.6	487 12.8	445 11.7
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							4 0.04	6 0.07	9 0.1	1 0.03	2 0.05	3 0.08
Chikungunya				8 1.2	3 0.4	1 0.1	26 0.3	35 0.4	14 0.2	18 0.5	14 0.4	10 0.3
Dengue	1 0.6	13 7.5	4 2.3	16 2.3	49 7.1	16 2.3	249 2.8	498 5.5	161 1.8	79 2.1	273 7.2	76 2
Encéphalite à tiques					https://idd.bag.admin.ch							
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01				
Fièvre jaune												
Fièvre Q	2 1.2	6 3.5	1 0.6	10 1.4	18 2.6	10 1.4	147 1.6	126 1.4	137 1.5	71 1.9	71 1.9	74 1.9
Infection à Hantavirus												
Infection à virus Zika							5 0.06	8 0.09	2 0.02	1 0.03	6 0.2	2 0.05
Paludisme	6 3.5	7 4	9 5.2	24 3.5	27 3.9	38 5.5	274 3	339 3.8	322 3.6	97 2.6	131 3.4	139 3.6
Trichinellose									2 0.02			1 0.03
Tularémie					https://idd.bag.admin.ch							
Autres déclarations												
Botulisme									1 0.01			1 0.03
Diphtérie[e]					1 0.1	1 0.1	5 0.06	23 0.3	101 1.1	3 0.08	3 0.08	8 0.2
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	2 1.2	2 1.2	2 1.2	5 0.7	3 0.4	5 0.7	21 0.2	21 0.2	26 0.3	13 0.3	8 0.2	16 0.4
Tétanos												
Mpox	1 0.6			7 1	1 0.1		59 0.7	26 0.3	543 6	41 1.1	16 0.4	3 0.08

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :
Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 1.6.2025 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	19		20		21		22		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³	N	N/10³
Oreillons	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	9	0.7	20	1.7	19	1.7	13	1.6	15.3	1.4
Herpès zoster	10	0.8	10	0.8	10	0.9	8	1	9.5	0.9
Névralgies post-zostériennes	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1.5	0.2
Médecins déclarants	**164**		**162**		**160**		**139**		**156.3**	

Borréliose de Lyme : https://idd.bag.admin.ch

Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires

Le portail d'information de l'OFSP sur les maladies transmissibles donne régulièrement des informations sur les cas d'infection et de maladie dû à différents agents pathogènes respiratoires, en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein. https://idd.bag.admin.ch/

La mise à jour a lieu le mercredi à 12h00.

Rapport mensuel sur les maladies transmises par les tiques

Le portail d'information de l'OFSP sur les maladies transmissibles donne régulièrement des informations sur les maladies transmises par les tiques. Dès le début de la saison des tiques – en avril –, les données et le rapport de situation seront disponibles sur le nouveau portail d'information sur les maladies transmissibles (https://idd.bag.admin.ch/).
Le portail offre des possibilités interactives pour l'affichage, est mis à jour régulièrement et est disponible toute l'année.

La mise à jour des données se fait mensuellement, un mercredi à 12h00.

La participation doit devenir la norme dans les soins

Les personnes atteintes d'une maladie chronique doivent recevoir des soins plus participatifs et davantage axés sur leur contexte de vie global. À cette fin, il est primordial que tous les acteurs communiquent d'égal à égal. La déclaration des acteurs de la plateforme SELF (soutien à l'autogestion) formule douze mesures essentielles pour atteindre cet objectif.

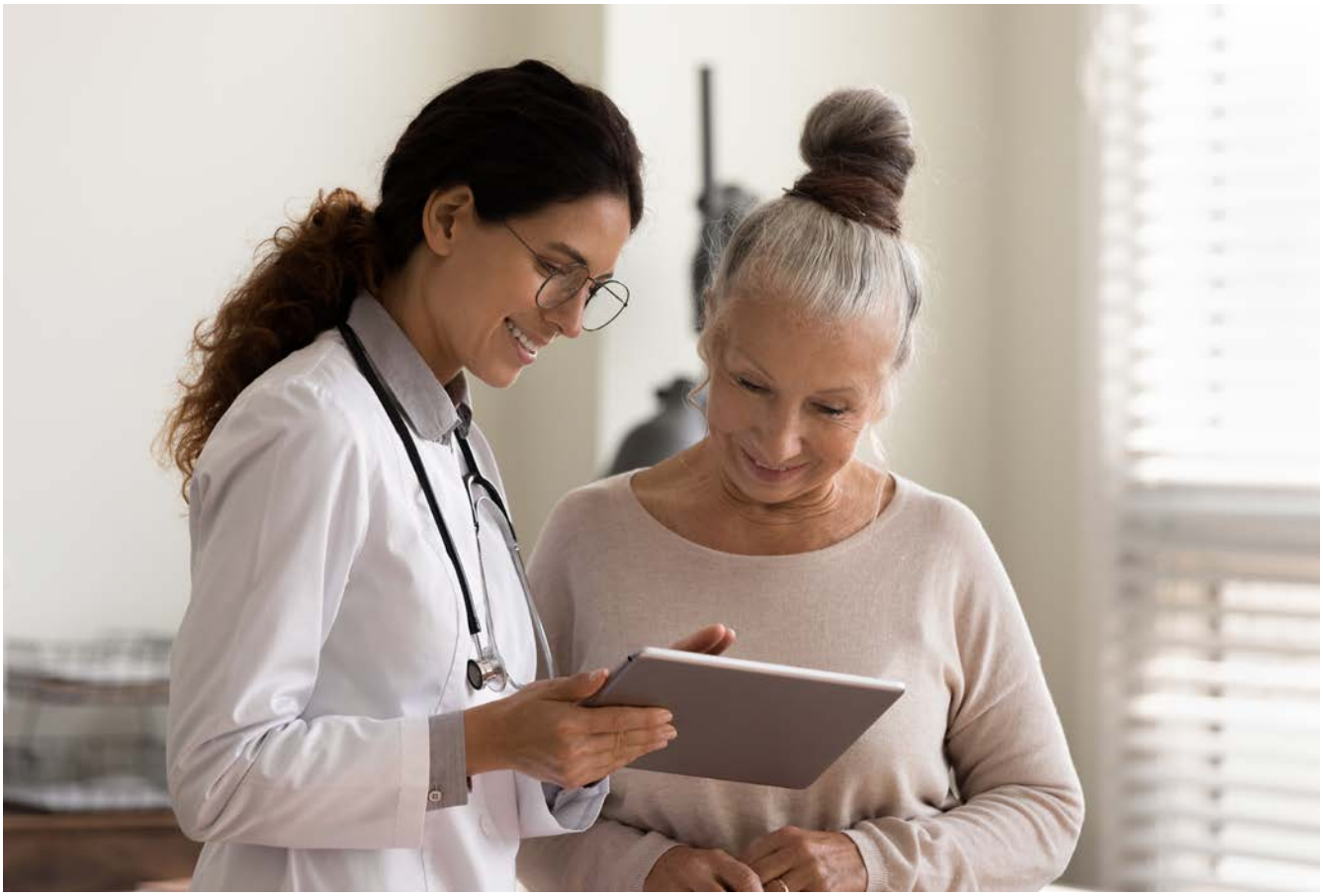
La participation des personnes atteintes d'une maladie non transmissible, d'une addiction ou d'une maladie psychique est un critère de qualité central pour un système de santé tourné vers l'avenir. Il existe différentes bonnes raisons d'impliquer davantage les personnes concernées dans la prise en charge. Par exemple, pour améliorer l'efficacité des traitements et la qualité des soins.

Les patients doivent pouvoir jouer un rôle autodéterminé et d'égal à égal dans leur relation avec les professionnels de la santé. En apprenant à prendre leurs responsabilités pour leur propre santé, à mieux gérer leur maladie ou en évitant les cas de maladie, ils renforcent leurs compétences d'autogestion. Des études ont montré que les échanges entre les professionnels et les personnes concernées produisent les meilleurs résultats lorsqu'ils ont lieu d'égal à égal, comme le montre l'objectif principal du modèle de Montréal.

DÉCLARATION COMPRENANT DOUZE MESURES

Les acteurs de la plateforme SELF ont établi une déclaration pour que la participation devienne la norme dans la prise en charge. Ils ont fixé douze mesures qui contribuent à ancrer durablement la participation dans le système de santé. Les personnes à l'origine de cette déclaration reconnaissent que la volonté d'impliquer davantage les personnes concernées est déjà grande. Cependant, une compréhension différenciée de la participation selon le modèle de Montréal fait encore souvent défaut. De même, il n'est pas toujours simple de mettre en pratique les connaissances au quotidien ou d'appliquer systématiquement les principes de la participation dans les processus de travail. Les douze mesures ont pour but d'aider à fixer les priorités de façon ciblée.

Les efforts individuels visant à renforcer l'implication des personnes concernées doivent déboucher sur une initiative conjointe, largement soutenue et bénéficiant d'une bonne visibilité. Une vision commune guide les acteurs, qui unissent leurs forces et leurs ressources pour s'engager dans des actions qui relèvent de leur sphère d'influence et qui sont réalisables à court ou moyen terme. Selon cette vision, l'implication des personnes directement concernées et de leurs proches dans le système de soins en Suisse est devenue la norme à tous les niveaux en 2035.



Plateforme SELF

Dans le cadre de la plateforme SELF de soutien à l'autogestion, les acteurs mènent des échanges, créent des réseaux et développent des bases communes. Tous partagent la vision selon laquelle l'implication des personnes concernées et de leurs proches dans le système de prise en charge doit devenir la norme en Suisse, et ce, à tous les niveaux. Cette participation doit s'appuyer sur le modèle de Montréal. À cette fin, les acteurs ont formulé dans une déclaration douze mesures nécessaires pour lesquelles ils s'engagent. Le document peut être téléchargé ici.

À travers la déclaration, les parties concernées s'engagent à s'investir activement dans la mise en place de la participation. À l'heure actuelle, 19 institutions ont apposé leur logo sur la déclaration. Les autres organisations intéressées sont les bienvenues. Elles peuvent faire part de leur intérêt aux personnes de contact.

Contact
Nadine Stoffel-Kurt
Section Prévention dans la thérapie et le conseil
Division Maladies non transmissibles (NCD)
nadine.stoffel-kurt@bag.admin.ch

Liens
Plateforme de soutien à l'autogestion lors de maladies non transmissibles, d'addictions ou de maladies psychiques (SELF)

La légionellose en Suisse, facteurs de risque et sources d'infection : étude cas-témoins nationale *(SwissLEGIO)*

SwissLEGIO est une étude cas-témoins nationale visant à analyser les facteurs de risque et les sources d'infection pour la légionellose en Suisse. Elle a été menée par Swiss TPH en collaboration avec 20 hôpitaux, le Centre de référence pour Legionella, l'Université de Zurich et le groupe de recherche du projet « Maîtrise des légionelles dans les bâtiments » (LeCo). Le présent rapport expose la structure de l'étude et les premiers résultats.

INTRODUCTION

La maladie du légionnaire est une forme grave d'infection pulmonaire due à des bactéries du genre *Legionella* spp. Les légionelles sont des germes environnementaux naturels que l'on trouve dans le milieu aquatique et les biotopes humides. Elles se transmettent à l'homme par l'inhalation d'aérosols (fines gouttelettes d'eau) contaminés [1]. La transmission interhumaine est extrêmement rare [2]. L'infection doit impérativement être traitée par des antibiotiques à action intracellulaire (macrolides, quinolones ou tétracyclines). Malgré un traitement antibiotique, 5 à 10 % des personnes atteintes meurent des suites de la maladie [3, 4]. Le tabagisme, un système immunitaire affaibli et un âge supérieur à 50 ans comptent parmi les facteurs de risque individuels connus [1]. Les hommes sont plus touchés que les femmes.

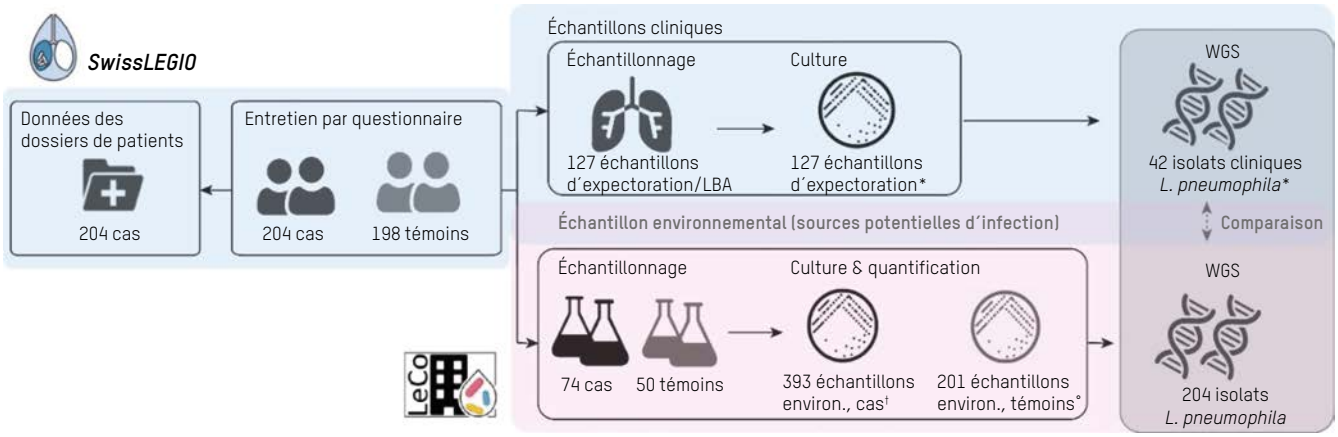
La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire en Suisse [5]. À l'instar des tendances observées dans d'autres pays de l'UE/EEE, le nombre de cas déclarés n'a cessé d'augmenter au cours des dix dernières années, la Suisse affichant l'un des taux de déclaration les plus élevés d'Europe [6–8]. Les raisons de cette augmentation, probablement multifactorielles, sont encore très mal connues. Les principales explications possibles sont les changements climatiques (périodes plus chaudes et plus humides), une population de plus en plus vulnérable (notamment davantage de personnes âgées ou immunodéprimées), ainsi que des changements dans la construction, l'entretien et le fonctionnement des systèmes techniques d'eau [7, 9].

Pour prévenir la légionellose et prendre les mesures de lutte appropriées, il est important de connaître les principaux facteurs de risque et les sources d'infection. De nombreuses sources potentielles ont déjà été décrites, notamment l'eau des douches, les tours de refroidissement, les instruments dentaires, les bains thermaux, le terreau ou encore les stations d'épuration [10, 11]. Dans la pratique, il est toutefois difficile, mais essentiel pour la prévention, d'évaluer la pertinence de ces différentes sources d'infection : d'une part parce qu'elles sont nombreuses en raison de la présence très fréquente des légionelles dans l'environnement et que les malades ont généralement été en contact avec plusieurs d'entre elles pendant la période de contamination et, d'autre part, parce que 80 à 90 % des cas sont sporadiques et ne surviennent pas dans le cadre d'épidémies de grande ampleur [12].

L'ÉTUDE *SWISSLEGIO*

L'étude *SwissLEGIO* a été lancée pour mieux décrire la maladie du légionnaire et les sources d'exposition possibles en Suisse. Elle a pour objectif d'examiner systématiquement et dans tous les cantons les facteurs de risque et les sources d'infection possibles pour les cas de légionellose non nosocomiaux, principalement sporadiques. Elle a permis en outre d'évaluer l'utilisation du séquençage du génome entier *(Whole Genome Sequencing,* WGS) pour l'investigation de cas individuels [12], en étroite collaboration avec le projet LeCo [13].

Figure 1
Conception de l'étude *SwissLEGIO*
Les participants ont été inclus entre août 2022 et mars 2024. Des témoins issus de la population générale ont été appariés avec les cas de légionellose pour l'âge (+/– 5 ans), le sexe et le lieu de résidence.



* Une culture/isolat par échantillons d'expectoration.
† Quatre à cinq échantillons standard par ménage, plus des échantillons environnementaux provenant de 51 réservoirs de légionelles supplémentaires.
° Quatre à cinq échantillons standard par ménage.

Conception de l'étude

L'étude *SwissLEGIO,* conçue comme une étude cas-témoins nationale, a été soutenue par un réseau de 20 hôpitaux. Entre août 2022 et mars 2024, nous y avons inclus 204 personnes atteintes de la maladie du légionnaire, provenant de 15 hôpitaux cantonaux et de 5 hôpitaux universitaires. Nous avons recruté et apparié avec les cas de légionellose, pour l'âge (+/–5 ans), le sexe et le lieu de résidence 198 autres personnes témoins issues de la population générale. Pour tous les cas, nous avons extrait les données des dossiers des patients et tenté d'isoler les légionelles à partir de lavages broncho-alvéolaires (LBA) ou d'échantillons d'expectoration. Nous avons également mené des entretiens standardisés avec tous les cas et tous les témoins. Enfin, nous avons recueilli des échantillons environnementaux au domicile et dans l'environnement de 124 participants (figure 1).

L'étude a été réalisée par Swiss TPH en collaboration avec de nombreux partenaires de recherche dans les domaines de la clinique, de la microbiologie et de la bio-informatique, ainsi qu'avec des spécialistes de la technique du bâtiment et des ingénieurs. Les partenaires impliqués étaient le réseau d'hôpitaux *SwissLEGIO,* le laboratoire national de référence pour Legionella (CNRL, Bellinzone), la Swiss Pathogen Surveillance Platform, l'Institut de microbiologie médicale de l'Université de Zurich, l'Eawag (EPF Zurich), le laboratoire cantonal de Zurich, la Haute école de Lucerne, certains offices fédéraux (OFSP, OFAG et OFEN), ainsi que des services médicaux et des laboratoires cantonaux.

Questionnaire : recherche des sources d'infection possibles

Nous avons élaboré le questionnaire de l'enquête sur les sources potentielles d'infection par les légionelles sur la base d'une recherche bibliographique. Pour ce faire, nous avons examiné et évalué les instruments déjà existants afin d'investiguer les sources de contamination de la légionellose. Parmi ceux-ci figuraient des questionnaires issus d'études cas-témoins antérieures (dont l'étude allemande LeTriWa) [14, 15] et de la surveillance systématique, ainsi que des rapports techniques sur le prélèvement d'échantillons et la surveillance d'installations dans des bâtiments [16–18]. Nous avons également recherché dans la littérature scientifique des études faisant état de facteurs de risque et de sources d'infection. Enfin, nous avons consulté tous les partenaires suisses impliqués dans l'étude afin d'obtenir leur avis final sur le contenu et le concept de celle-ci.

Pour la légionellose, le délai entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes varie entre 2 et 14 jours. Dans notre questionnaire, nous nous référons donc aux 14 jours précédant l'apparition des premiers symptômes de la maladie chez les cas et à la même période pour les témoins correspondants. Nous y recherchons le plus largement possible les sources potentielles d'infection dans l'environnement (p. ex. les installations d'eau dans les habitations, et les sources d'eau artificielles et naturelles publiques) (tableau 1). Nous posons également aux participants des questions sur les maladies préexistantes et les facteurs de risque comportementaux (habitudes de douche, séjours et travaux dans le jardin, p. ex.), ainsi que sur l'infrastructure résidentielle et domestique à leur domicile et dans les résidences secondaires.

Tableau 1
Récapitulatif des expositions prises en compte dans le questionnaire *SwissLEGIO* dans l'espace public et dans les espaces privés (liste alphabétique)

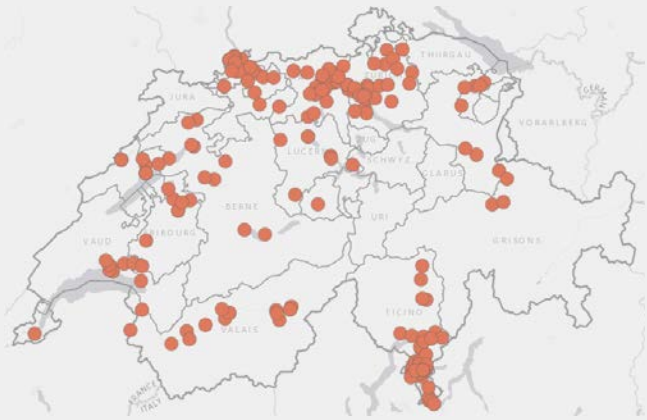
Expositions dans l'espace public	Expositions dans le logement / les espaces privés
• Bain thermal / centre de bien-être / piscine • Centres commerciaux • Climatisation • Coiffeur/esthéticienne • Dentiste • Fontaines / systèmes d'arrosage • Humidificateurs publics / installations de pulvérisation • Lieu de travail / contact avec l'eau sur le lieu de travail • Logement de vacances / hôtel • Magasin de jardinage / serre • Natation dans des eaux naturelles / proximité avec de l'eau et des cours d'eau • Physiothérapie / centre de fitness • Station de lavage de voitures	• Appareils pour inhalation / appareils CPAP • Arrosoirs / vaporisateurs d'eau • Brosses à dents électriques / jet dentaire • Climatisation • Dentier / gouttière dentaire • Douche/baignoire • Lac /piscine privée • Fontaine décorative • Humidificateur d'air • Lave-vaisselle • Machine à café / bouilloire • Robinets dans la cuisine, la cave, etc. • Soda Stream / filtre à eau • Système d'arrosage • Terreau • Tuyau d'arrosage

Échantillons environnementaux et séquençage du génome entier

Le séquençage du génome entier (WGS) gagne en importance dans la surveillance des maladies infectieuses. Il est déjà utilisé pour surveiller la propagation d'agents pathogènes, comme celle des nouveaux variants du SARS-CoV-2, ainsi que pour surveiller la résistance aux antibiotiques et identifier les sources d'infection dans les enquêtes épidémiologiques [19, 20]. Dans le cadre de la surveillance de la légionellose, le WGS a jusqu'à présent été utilisé principalement pour les enquêtes relatives à des flambées [21–23]. Son utilité pour la surveillance des cas sporadiques n'a pas encore été étudiée de manière approfondie.

En collaboration avec le projet LeCo, l'étude *SwissLEGIO* élabore des bases destinées à l'utilisation future du WGS pour la surveillance des cas sporadiques. À cet effet, nous avons prélevé des isolats de légionelles chez des patients et analysé des échantillons environnementaux. Chez 74 cas de légionellose et 50 personnes témoins en bonne santé, nous avons prélevé 4 à 5 échantillons d'eau sur des pommeaux de douche et des robinets de cuisine selon une procédure standardisée. Tous les échantillons ont été traités selon un protocole de laboratoire également standardisé [12]. Cette standardisation du prélèvement et du traitement des échantillons est essentielle, car elle permet de comparer les résultats des prélèvements effectués dans les ménages dans l'ensemble de la Suisse. Pour les cas de légionellose, nous avons recueilli 51 échantillons supplémentaires à partir d'autres sources d'infection potentielles : des tuyaux d'arrosage, des eaux naturelles, un bain thermal, deux EMS et une station de lavage de voitures.

Figure 2
***SwissLEGIO* : données de référence et répartition des cas de légionellose**

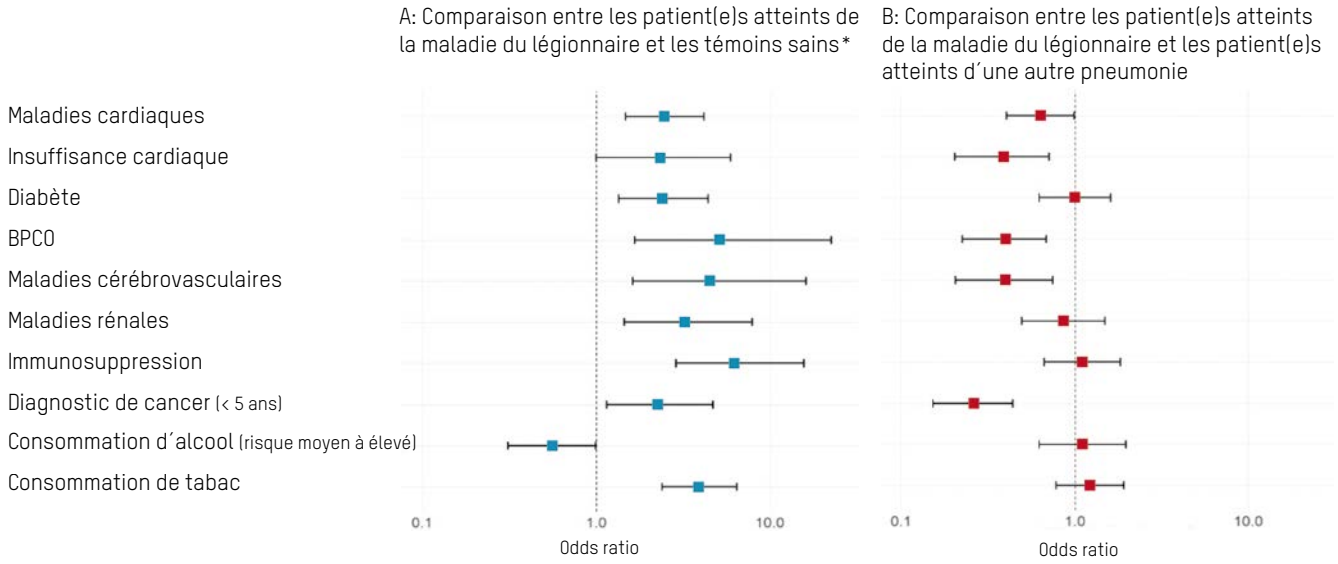


***SwissLEGIO:* quelques données clés**

- recrutement : d'août 2022 à mars 2024
- 443 cas de légionellose déclarés
  → env. 45% de tous les cas déclarés durant cette période
- 204 cas de légionellose inclus dans *SwissLEGIO*
  → correspond à 70% de tous les cas éligibles (n=290)
  → de 18 cantons
- 43 isolats cliniques de légionelles et 204 isolats environnementaux ont été séquencés par WGS
- en moyenne *1 jour entre le diagnostic et la déclaration d'un cas de légionellose à l'équipe de l'étude
- en moyenne *8 jours entre la déclaration d'un cas et l'inclusion d'un patient dans l'étude *SwissLEGIO*
- en moyenne *13 jours entre la déclaration d'un cas et le prélèvement d'échantillons dans le ménage

*médiane

Figure 3
Groupes à risque pour la légionellose
(A) comparaison des patients atteints de légionellose avec des témoins sains et (B) comparaison avec des patients atteints de pneumonie non nosocomiale qui ont été testés négatifs pour la légionellose. Globalement, les groupes à risque pour la légionellose et ceux à risque pour les autres pneumonies sont relativement similaires. Les patients atteints de légionellose ont des antécédents médicaux moins graves que les autres patients atteints de pneumonie.



* corrigé de l´âge et du sexe

Premiers résultats

Données clés sur l'étude et les participants

Entre août 2022 et mars 2024, les hôpitaux participants ont signalé à l'équipe de l'étude 443 cas de légionellose. Parmi eux, 290 cas étaient éligibles. Les quatre critères d'exclusion les plus fréquents étaient la suspicion d'infection associée au voyage (n = 48), les troubles cognitifs préexistants (n = 18), le décès (n = 11) et la suspicion d'infection contractée à l'hôpital (n = 11). Il y avait potentiellement une réinfection dans deux cas. Au total, nous avons pu inclure dans *SwissLEGIO* 70 % des cas de légionellose éligibles (n = 204) provenant de 18 cantons. Le délai médian entre le diagnostic et l'inclusion dans l'étude a été de 9 jours (figure 2). Nous avons recruté dans le même laps de temps des témoins appariés pour l'âge, le sexe et l'adresse de résidence (n = 198). Le délai médian était de 14 jours entre l'inclusion d'un cas de légionellose et l'inclusion d'un témoin.

L'âge moyen des participants inclus était de 68 ans (fourchette de 24 à 94). Un tiers (32,2 %) étaient des femmes. Grâce à l'appariement, l'âge et le sexe des cas et des témoins sont identiques. La plupart des cas de légionellose ont été diagnostiqués par un test antigénique urinaire (92,2 %, n = 188). Nous avons obtenu un test PCR positif pour 20,6 % (n = 42) des cas et un isolat clinique de légionelles pour 21,1 % (n = 43) d'entre eux.

La plupart des patients ont été hospitalisés (96,6 %, n = 197), dont 18,1 % (n = 37) en soins intensifs. La moitié (49,5 %, n = 101) avaient consulté un médecin généraliste avant de se présenter à l'hôpital. Environ un quart (24,5 %, n = 50) s'étaient vu prescrire des antibiotiques avant leur visite à l'hôpital, principalement des bêta-lactames inefficaces contre les légionelles. Seuls trois patients avaient reçu avant l'hospitalisation des macrolides ou des quinolones efficaces.

Groupes à risque pour la légionellose

Pour étudier les groupes à risque, nous avons comparé les cas de légionellose à des personnes témoins en bonne santé (figure 3A). Dans le cadre d'un projet satellite, une comparaison a également été effectuée avec des patients atteints d'une pneumonie non nosocomiale pas due à des légionelles (figure 3B). Par rapport aux témoins en bonne santé, les patients atteints de légionellose sont plus souvent fumeurs et porteurs d'une maladie chronique préexistante. La comparaison avec d'autres pneumonies non nosocomiales montre toutefois que les facteurs de risque sont très similaires. Globalement, les patients atteints de légionellose présentaient moins souvent une maladie grave préexistante telle que cancer, maladie vasculaire cérébrale, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou insuffisance cardiaque. Les groupes de patients atteints de légionellose et ceux atteints d'une autre pneumonie non nosocomiale étaient très similaires pour ce qui est de l'âge et de la répartition par sexe.

Échantillons environnementaux et séquençage du génome entier

Nous avons mené cette partie du projet en étroite collaboration avec le projet LeCo. *Legionella* spp. a été détectée dans 21,6 % (n = 16) des ménages échantillonnés de personnes atteintes de légionellose et dans 14,0 % (n = 7) des ménages témoins sains, ainsi que dans 9 autres réservoirs échantillonnés (dans un centre thermal, une station de lavage de voitures, un club sportif et deux EMS). La plupart des isolats de légionelles détectés étaient des *L. pneumophila* (97 %) ; seuls 3 % étaient des *L. anisa*. *L. pneumophila* est responsable de 95 à 97 % des cas de légionellose déclarés en Suisse [6]. Dans l'étude *SwissLEGIO*, seuls des isolats de *L. pneumophila* ont été séquencés.

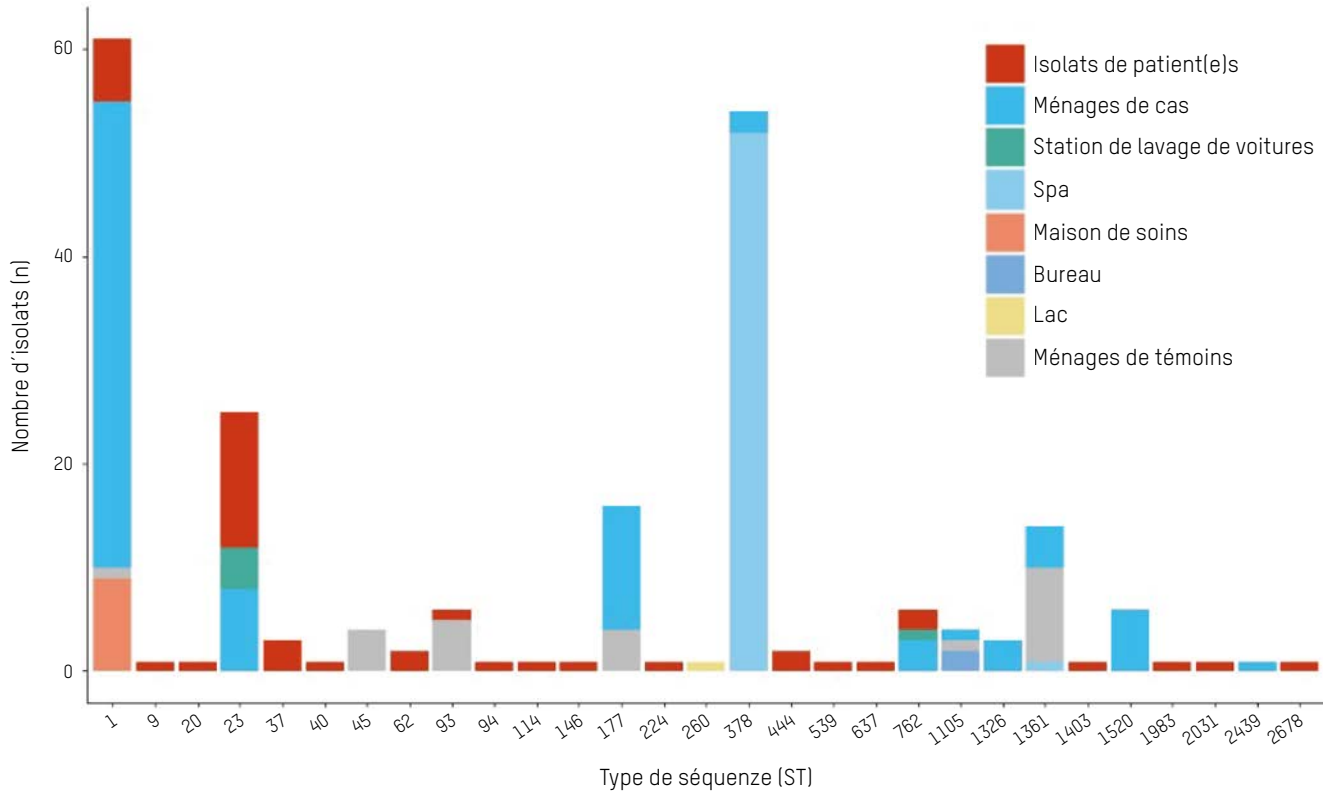
Au total, 204 isolats environnementaux de *L. pneumophila* provenant de 15 ménages de patients atteints de légionellose, de 5 ménages témoins et de 8 autres réservoirs échantillonnés ont été séquencés, ainsi que 42 isolats cliniques de *L. pneumophila*. Pour tous les isolats séquencés, nous avons identifié le type de séquence[1] [24] et comparé les isolats à l'aide d'un schéma de séquençage multilocus du core-genome (cgMLST)[2] [25]. Nous avons en outre analysé des variations dans des paires de bases d'ADN individuelles appelées SNP *(single nucleotide polymorphisms)* pour les isolats de *L. pneumophila* qui étaient très similaires dans l'analyse cgMLST. Sur la base de ces analyses, nous avons étudié la diversité totale de *L. pneumophila* dans les isolats cliniques et les isolats environnementaux, ainsi que les similitudes entre ces deux types d'isolats (appelées clusters) (figure 4).

Nous avons identifié deux clusters cgMLST contenant à la fois des isolats cliniques et des isolats environnementaux. Un cluster était composé d'isolats cliniques provenant de deux personnes vivant dans la même maison et d'isolats provenant de la salle de bain de l'une des deux personnes. Tous les isolats présentaient le type de séquence ST1 et, dans l'analyse cgMLST, étaient identiques ou se différenciaient tout au plus par un seul gène. Dans l'analyse SNP, les isolats ne différaient que par trois paires de bases. Nous avons pu attribuer ici les deux cas, avec une grande certitude, à une contamination de l'eau des douches ou des bains du bâtiment par des légionelles.

1 Gold standard pour la comparaison d'isolats de *L. pneumophila* basé sur sept gènes.

2 Sur la base de 1521 gènes (non identiques aux sept gènes du type de séquence).

Figure 4
Aperçu des types de séquences (ST) détectés
La diversité et la fréquence des ST dans les isolats cliniques et les isolats environnementaux sont différentes. Ces deux types d'isolats se regroupent souvent en ST1 et ST23. Des analyses sur le clustering basées sur le cgMLST sont encore en cours.



Dans un deuxième cluster plus grand, l'attribution des cas aux sources d'infection a été plus difficile. Des isolats de type ST23 et ST762 [3] provenant de sept cas, de deux ménages privés et d'une station de lavage de voitures étaient identiques dans l'analyse cgMLST. Cette similitude semblait se confirmer dans l'analyse SNP, où cinq de ces isolats cliniques, ainsi que les isolats provenant d'un ménage et ceux provenant d'une station de lavage de voitures, ne différaient que par une seule paire de bases. Cependant, ce cluster ne contenait à la fois un isolat clinique et un isolat environnemental que pour un seul cas[4]. Pour tous les autres cas, soit aucun isolat environnemental provenant de sources d'exposition similaires aux isolats cliniques n'a été trouvé, soit aucun isolat clinique n'était présent. Il est toutefois intéressant de noter que tous les patients de ce groupe vivaient dans le même quartier, d'où provenaient également tous les isolats environnementaux. Globalement, nous avons détecté un nombre relativement élevé de cas de légionellose dans ce quartier pendant la phase de recrutement de *SwissLEGIO*.

Afin de mieux comprendre la similitude observée dans ce grand cluster, nous avons, dans une étape ultérieure, comparé les isolats ST23/ST762 avec des isolats ST23 provenant du nord de l'Italie. Le résultat est intéressant : ces isolats italiens, qui ne sont liés ni géographiquement ni temporellement, étaient également très similaires aux isolats obtenus dans *SwissLEGIO* (données non présentées ici) [26]. On peut tirer de ce grand cluster et des analyses effectuées deux observations importantes : premièrement, plusieurs réservoirs de légionelles comportant une souche virulente de *L. pneumophila* pratiquement identique ont très probablement contribué aux cas de légionellose dans ce quartier ; deuxièmement, des souches de légionelles (pathogènes) qui ne sont pas apparentées dans le temps ou l'espace semblent être très proches génétiquement.

Résumé et perspectives

L'étude *SwissLEGIO* est une étude nationale, supra-cantonale, sur la maladie du légionnaire en Suisse. Elle a permis pour la première fois d'interroger de manière standardisée des cas de légionellose et des témoins sains dans toute la Suisse, ainsi que de prélever des échantillons de manière standardisée dans les ménages. Grâce à l'étroite collaboration avec le réseau des hôpitaux nous avons pu, premièrement, inclure les personnes dans l'étude *SwissLEGIO* peu de temps après le diagnostic d'une légionellose, et, deuxièmement, obtenir des isolats cliniques à partir du plus grand nombre possible de cas. On obtient habituellement des isolats cliniques à partir de 5 à 10 % des cas, tandis que, dans *SwissLEGIO,* nous en avons obtenu dans 20 % des cas.

Les facteurs de risque et les sources d'infection feront l'objet d'une analyse scientifique plus approfondie et d'une publication continue. Prenant appui sur les résultats, nous adapterons le questionnaire *SwissLEGIO* de sorte qu'il puisse servir de base à un questionnaire sur les cas individuels et les épidémies dans le cadre de la surveillance systématique en santé publique.

En collaboration avec le projet LeCo, nous avons entre autres étudié l'utilité du WGS pour la recherche des sources d'infection dans les cas sporadiques de légionellose. Les résultats intermédiaires montrent qu'un appariement exact des isolats cliniques et des isolats environnementaux au moyen du WGS est difficile dans ce contexte. Les raisons en sont multifactorielles :

- L'isolement de légionelles à partir d'échantillons cliniques est souvent difficile, car il n'est pas rare que les patients atteints aient une toux sèche ou soient déjà sous traitement antibiotique au moment où l'on prélève des crachats ou pratique un LBA en vue d'une culture. Il n'est donc pas toujours possible d'isoler les légionelles à partir des crachats/du LBA. La disponibilité d'isolats cliniques reste donc une limitation inhérente à la recherche de sources d'infection par WGS.
- Les légionelles sont ubiquitaires dans l'environnement : les patients sont souvent exposés à plusieurs réservoirs potentiels pendant la période de contagion. Or il n'est pas possible d'échantillonner (systématiquement) tous les réservoirs potentiels pour chaque cas de légionellose. C'est pourquoi l'étude *SwissLEGIO* a mis l'accent sur l'eau des douches et des bains lors des analyses environnementales. C'est également sur ce domaine que se concentrent actuellement les mesures nationales de lutte contre les légionelles. De ce fait, le contrôle des légionelles dans les bâtiments est également le point fort du projet LeCo Partner.
- Les isolats de légionelles sont génétiquement très semblables. Les résultats de l'étude *SwissLEGIO* confirment les connaissances les plus récentes : ces isolats ne se distinguent parfois que par un seul gène ou même par quelques paires de bases. L'analyse a également montré que les isolats trouvés sont très similaires sur le plan génétique, même s'ils ne sont pas forcément apparentés géographiquement ou temporellement. Il convient de prendre en compte de toute urgence cette parenté pour interpréter les données WGS, et donc de définir les valeurs limites optimales permettant d'évaluer les similitudes en fonction du contexte, c'est-à-dire en intégrant les métadonnées épidémiologiques.

Les échantillonnages environnementaux et les données WGS amènent à formuler quelques hypothèses importantes. Premièrement, même si les douches peuvent être une source de contagion de la légionellose, les résultats laissent penser qu'elles ne constituent pas une source majeure de contamination. Deuxièmement, l'observation selon laquelle les isolats cliniques et les isolats environnementaux sont parfois très différents confirme que les souches ne sont pas toutes également pathogènes. Troisièmement, au vu du grand cluster identifié, il semblerait que des souches pathogènes peuvent circuler dans une région et se développer simultanément dans

3 ST762 est un type de séquence récent, très semblable à ST23.
4 Provenant de douches privées.

différentes niches environnementales. Des observations similaires ont déjà été faites dans d'autres pays européens. Ainsi, lors de l'importante épidémie de légionellose à Warstein (Allemagne), une souche pathogène de *L. pneumophila* a été mise en évidence à la fois dans une rivière, des installations de traitement des eaux usées et une tour de refroidissement [27]. En Écosse, entre 2000 et 2013, 30 % des cas de légionellose pour lesquels des isolats cliniques étaient disponibles étaient dus à une souche ST37 très durable [28]. Par conséquent, il n'existe probablement pas de source principale de contamination pour la légionellose en Suisse. Il est donc d'autant plus important d'être conscient de la complexité que présente l'épidémiologie de cette maladie. D'autres analyses sont prévues pour comparer les isolats *SwissLEGIO* avec des isolats provenant de pays voisins, ainsi qu'avec des isolats cliniques historiques de la Suisse.

REMERCIEMENTS

Les responsables de l'étude remercient les nombreux participants pour leur soutien et le temps qu'ils y ont consacré. Ils remercient également les médecins, le personnel de laboratoire, le personnel soignant et les collaborateurs de recherche du réseau d'hôpitaux *SwissLEGIO*, qui font preuve d'un engagement exceptionnel. Ils remercient aussi toute l'équipe du Centre national de référence pour Legionella et l'équipe de microbiologie médicale de l'Université de Zurich. Le projet *SwissLEGIO* a travaillé en étroite collaboration avec l'étude LeCo sur la lutte contre les légionelles dans les bâtiments, sous la direction de l'Eawag (Frederik Hammes), à l'interface de l'identification moléculaire des sources environnementales ; nous remercions toute l'équipe LeCo pour leur engagement. Enfin, nous remercions avec plaisir l'engagement infatigable de toute l'équipe d'étude *SwissLEGIO* avec Fabienne Fischer, Manuel Wiederkehr, Gabriel Escher, Natascha Roser, et bien d'autres.

Financement

Le projet *SwissLEGIO* a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (numéro de projet : 142004673). Pour l'attribution des causes moléculaires dans le cadre des analyses environnementales, nous remercions l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV), l'OFSP et l'Office fédéral de l'énergie (OFEN) pour leur soutien financier à travers le projet LeCo *(Legionella Control in Buildings ;* numéro Aramis : 4.20.01).

Le réseau d'hôpitaux *SwissLEGIO*

Isabel Akers (Hôpital de Limmattal), Werner C. Albrich (Hôpital cantonal de Saint-Gall), Diane Bandeira (Hôpitaux fribourgeois), Livia Berlinger (Hôpital cantonal de Lucerne), Delphine Berthod (Hôpital du Valais), Olivier Clerc (Réseau hospitalier Neuchâtelois), Antony Croxatto (Analyses et diagnostics médicaux, ADMED), Sarah Dräger (Hôpital universitaire de Bâle), Andrée Friedl (Hôpital cantonal de Baden), Urs Führer (Centre hospitalier Bienne/Biel), Christian Garzoni (Clinica Luganese Moncucco), Gilbert Greub (Centre hospitalier universitaire vaudois), Eva Hitz (Hôpital universitaire d'Aarau), Jörg Leuppi (Hôpital universitaire de Bâle-Campagne), Roberta Petrino (Ente Ospedaliero Cantonale), Benjamin Preiswerk (Stadtspital Zurich), Franziska Suter-Riniker (Institut des maladies infectieuses Berne), Martin Risch (Hôpital cantonal des Grisons), Jacques Schrenzel (Hôpitaux universitaires de Genève), Maria C. Thurnheer (Hôpital de l'Île), Miriam Vazquez (Hôpital universitaire de Zurich), Alexander Wepf (Hôpital cantonal de Winterthur)

Auteurs

M. Bigler[5], D. Mäusezahl[5], V. Gaia[6], T. Roloff[7], Tim Julian[8] et le réseau d'hôpitaux *SwissLEGIO*

Contact

Daniel Mäusezahl
Department of Epidemiology & Public Health
Institut tropical et de santé publique suisse
Kreuzstrasse 2, 4123 Allschwil
daniel.maeusezahl@unibas.ch

5 Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Allschwil, Université de Bâle, Suisse
6 Département de microbiologie, Institut de recherche en biomédecine, Centre national de référence pour Legionella, EOC, Bellinzone, Suisse
7 Institut de microbiologie médicale, Université de Zurich, Suisse
8 Eawag, ETH, Dübendorf, Suisse

Bibliographie

1 Cunha BA, Burillo A, Bouza E. Legionnaires' disease. Lancet. 2016;387: 376–85.

2 Correia AM, Ferreira JS, Borges V, Nunes A, Gomes B, Capucho R, et al. Probable Person-to-Person Transmission of Legionnaires' Disease. N Engl J Med. 2016; 374(5): 497–8.

3 Viasus D, Gaia V, Manzur-Barbur C, Carratala J. Legionnaires' Disease: Update on Diagnosis and Treatment. Infect Dis Ther. 2022.

4 Falcone M, Russo A, Tiseo G, Cesaretti M, Guarracino F, Menichetti F. Predictors of intensive care unit admission in patients with Legionella pneumonia: role of the time to appropriate antibiotic therapy. Infection. 2021; 49(2): 321–5.

5 Office fédéral de la santé publique. Chiffres Maladies infectieuses: Légionellose: https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html/ (Acessed 1.10.2024).

6 Fischer FB, Mäusezahl D, Wymann MN. Temporal trends in legionellosis national notification data and the effect of COVID-19, Switzerland, 2000–2020. Int J Hyg Environ Health. 2022: 113970.

7 Samuelsson J, Payne Hallstrom L, Marrone G, Gomes Dias J. Legionnaires' disease in the EU/EEA*: increasing trend from 2017 to 2019. Euro Surveill. 2023; 28(11).

8 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Legionnaires' disease – Annual Epidemiological Report for 2021. 2023.

9 Fischer FB, Saucy A, Vienneau D, Hattendorf J, Fanderl J, de Hoogh K, Mäusezahl D. Impacts of weather and air pollution on Legionnaires' disease in Switzerland: A national case-crossover study. Environ Res. 2023; 233: 116327.

10 Van Heijnsbergen E, Schalk JA, Euser SM, Brandsema PS, den Boer JW, de Roda Husman AM. Confirmed and Potential Sources of Legionella Reviewed. Environ Sci Technol. 2015; 49(8): 4797–815.

11 Orkis LT, Harrison LH, Mertz KJ, Brooks MM, Bibby KJ, Stout JE. Environmental sources of community-acquired legionnaires' disease: A review. Int J Hyg Environ Health. 2018; 221(5): 764–74.

12 Fischer FB, Bigler M, Mäusezahl D, Hattendorf J, Egli A, Julian TR, et al. Legionnaires' disease in Switzerland: rationale and study protocol of a prospective national case-control and molecular source attribution study (SwissLEGIO). Infection. 2023.

13 Consortium LeCo. Projekt LeCo – lutter contre les légionelles dans les bâtiments: https://www.eawag.ch/fr/departement/umik/projets/leco/ (Acessed 1.10.2024)

14 Kenagy E, Priest PC, Cameron CM, Smith D, Scott P, Cho V, et al. Risk Factors for Legionella longbeachae Legionnaires' Disease, New Zealand. Emerg Infect Dis. 2017; 23(7): 1148–54.

15 Buchholz U, Jahn HJ, Brodhun B, Lehfeld AS, Lewandowsky MM, Reber F, et al. Source attribution of community-acquired cases of Legionnaires' disease–results from the German LeTriWa study; Berlin, 2016–2019. PLoS One. 2020; 15(11):e0241724.

16 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Trawling interview questionnaire for a Legionnaires' Disease outbreak: https://legionnaires.ecdc.europa.eu/?pid=215 (Acessed 1.10.2024).

17 Center for Disease Control and Prevention (CDC). Legionnaires' Disease Hypothesis-generating Questionnaire Template: https://www.cdc.gov/legionella/health-depts/epi-resources/patient-interview-tools.html (Acessed 1.10.2024).

18 Lehfeld A-S, Buchholz U, Jahn H, Brodhun B, Lewandowsky M, Reber F, et al. Infektionsquellensuche bei ambulant erworbenen Fällen von Legionärskrankheit – Ergebnisse der LeTriWa-Studie; Berlin, 2016–2020 – Teil 2 (Ergebnisse und Diskussion). Epidemiologisches Bulletin. 2022(28): 3.

19 Armstrong GL, MacCannell DR, Taylor J, Carleton HA, Neuhaus EB, Bradbury RS, et al. Pathogen Genomics in Public Health. N Engl J Med. 2019; 381(26): 2569–80.

20 Jahn K, Dreifuss D, Topolsky I, Kull A, Ganesanandamoorthy P, Fernandez-Cassi X, et al. Early detection and surveillance of SARS-CoV-2 genomic variants in wastewater using COJAC. Nat Microbiol. 2022; 7(8): 1151–60.

21 Wüthrich D, Gautsch S, Spieler-Denz R, Dubuis O, Gaia V, Moran-Gilad J, et al. Air-conditioner cooling towers as complex reservoirs and continuous source of Legionella pneumophila infection evidenced by a genomic analysis study in 2017, Switzerland. Euro Surveill. 2019; 24(4).

22 Mentula S, Kääriäinen S, Jaakola S, Niittynen M, Airaksinen P, Koivula I, et al. Tap water as the source of a Legionnaires' disease outbreak spread to several residential buildings and one hospital, Finland, 2020 to 2021. Euro Surveill. 2023; 28(11).

23 Pijnacker R, Brandsema P, Euser S, Vahidnia A, Kuiter A, Limaheluw J, et al. An outbreak of Legionnaires' disease linked to a municipal and industrial wastewater treatment plant, The Netherlands, September–October 2022. Euro Surveill. 2024; 29(20).

24 David S, Mentasti M, Tewolde R, Aslett M, Harris SR, Afshar B, et al. Evaluation of an Optimal Epidemiological Typing Scheme for Legionella pneumophila with Whole-Genome Sequence Data Using Validation Guidelines. J Clin Microbiol. 2016; 54(8): 2135–48.

25 Moran-Gilad J, Prior K, Yakunin E, Harrison TG, Underwood A, Lazarovitch T, et al. Design and application of a core genome multilocus sequence typing scheme for investigation of Legionnaires' disease incidents. Euro Surveill. 2015; 20(28).

26 Ricci ML, Fillo S, Ciammaruconi A, Lista F, Ginevra C, Jarraud S, et al. Genome analysis of Legionella pneumophila ST23 from various countries reveals highly similar strains. Life Sci Alliance. 2022; 5(6).

27 Petzold M, Prior K, Moran-Gilad J, Harmsen D, Lück C. Epidemiological information is key when interpreting whole genome sequence data – lessons learned from a large Legionella pneumophila outbreak in Warstein, Germany, 2013. Euro Surveill. 2017; 22(45).

28 Gorzynski J, Wee B, Llano M, Alves J, Cameron R, McMenamin J, et al. Epidemiological analysis of Legionnaires' disease in Scotland: a genomic study. Lancet Microbe. 2022; 3(11): E835–E45.

40 ANS AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA POUR VOUS

L'année 2025 marquera les **quarante ans** de l'Aide Suisse contre le Sida. Des milliers de personnes sont mortes du sida en Suisse, et le VIH continue d'impacter la vie de nombreuses autres. L'Aide Suisse contre le Sida, c'est quarante ans d'engagement pour l'humanité, le soin, la lutte pour un **accès équitable à la santé et l'autodétermination sexuelle**, en particulier pour les personnes qui en sont encore privées aujourd'hui. Nous remercions nos nombreux partenaires dans la politique et l'administration, et tout particulièrement l'Office fédéral de la santé publique : ensemble, nous avons accompli beaucoup de choses. Notre objectif commun est clair : zéro nouvelle infection par le VIH en Suisse d'ici 2030. **Nous vous invitons à venir commémorer et faire la fête avec nous, et à garder confiance en l'avenir !**

JOURNÉE DE CÉLÉBRATION vendredi 13 juin 2025

10h15

COLLOQUE

Cet événement est co-organisé avec le **Musée national de Zurich**. Il met en lumière les défis actuels et les perspectives historiques liés au VIH et au sida.

à partir de 17h30

FÊTE D'ANNIVERSAIRE

Dans la **cour intérieure** du **Musée national de Zurich**, de la musique, de la danse, des performances, des discours du conseiller fédéral Beat Jans et de la directrice de l'OFSP Anne Lévy, un food-court et un bar vous attendent.

à partir de 23h00

AFTERPARTY

Des beats, des rencontres et une atmosphère ouverte : l'Afterparty au **Provitreff Zurich** en coopération avec le Heldenbar invite à danser jusqu'au petit matin.

BIENVENUE À TOUXTES !
AVEC INSCRIPTION !
aids.ch/40

40 ANS 40 ANNI 40 JAHRE 40 AN
40 JAHRE 40 ANS 40 YEARS 40 JAHR

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances
Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Ville		12177251
Berne		11531019
		11724566
Saint-Gall		8540376–8540400
		9378501–9378525
Valais		10588824
		11972715
Zurich		6075243
		11300714
		11815743
		12376427

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.
CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
24/2025