

VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydiae en Suisse en 2017 : survol épidémiologique

L'année 2017 a été marquée par un net recul du nombre de diagnostics de VIH déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cette inversion de tendance est probablement due à la multiplication des tests dans les groupes de personnes particulièrement exposées et à la précocité de plus en plus grande des traitements. Un tiers des diagnostics de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ont été posés dans l'un des cinq « Checkpoints » suisses. Par contre, les cas de syphilis et de chlamydiae ont été un peu plus nombreux qu'en 2016. Pour ce qui est de la syphilis, cette augmentation n'est certainement que minime, car l'OFSP a des indications selon lesquelles davantage de tests de dépistage auraient été réalisés dans l'année ; quant à la gonorrhée, la façon de compter les cas ayant changé en 2017, les chiffres ne peuvent pas faire l'objet d'une comparaison directe avec ceux qui figurent dans le dernier rapport annuel. Il est toutefois certain que beaucoup plus de HSH ont bénéficié du dépistage de la gonorrhée et de la chlamydiae dans le cadre de STARMAN, la campagne de dépistage des IST. Aucun cas de gonocoques multirésistants n'a été déclaré à l'OFSP.

ÉVOLUTION DES DIAGNOSTICS

En 2017, 445 diagnostics de VIH ont été déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soit 16 % de moins qu'en 2016. Ce chiffre, le plus bas jamais atteint, constitue un record historique. Le nombre relatif de nouveaux diagnostics de VIH, pour sa part, est passé de 6 à 5 pour 100 000 habitants. Cette inversion de tendance est probablement due à la multiplication des tests chez les personnes particulièrement exposées et à la précocité de plus en plus grande des traitements. Un tiers des diagnostics de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ont été posés dans l'un des cinq « Checkpoints » suisses, des centres de santé destinés aux homosexuels que l'on trouve à Zurich, Lausanne, Genève, Bâle et Berne.

Les cas de syphilis et de chlamydiae ont été un peu plus nombreux en 2017 qu'en 2016, mais le nombre de nouveaux diagnostics déclarés est resté relativement constant (9 et 130 pour 100 000 habitants). Pour ce qui est de la syphilis, cette augmentation n'est certainement que minime, car l'OFSP a des indications selon lesquelles davantage de tests de dépistage auraient été réalisés dans l'année (19 % de plus au total et 13 % de plus chez les HSH). Contrairement à celui de 2016, le présent rapport tient compte également des déclarations anonymes de syphilis provenant des centres de *Voluntary Counselling and Testing* (VCT). Quant à la gonorrhée, la façon

de compter les cas ayant changé en 2017, les chiffres ne peuvent pas faire l'objet d'une comparaison directe avec ceux qui figurent dans le dernier rapport annuel. L'augmentation du nombre de cas par rapport à l'année précédente est globalement minime et ne s'observe que dans le groupe des HSH. Il est toutefois certain que, parmi ces derniers, beaucoup ont bénéficié du dépistage de la gonorrhée et de la chlamydiae dans le cadre de STARMAN, la campagne de dépistage des IST organisée par l'Aide Suisse contre le Sida. Cette campagne explique l'augmentation du nombre de cas dans ce groupe.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Les chiffres les plus élevés pour toutes les infections sexuellement transmissibles (IST), VIH compris, ont été enregistrés dans la grande région de Zurich et dans la région lémanique. Dans les centres urbains de ces deux régions vivent de nombreuses personnes appartenant à des groupes à risque élevé d'exposition au VIH et aux autres IST : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleuses du sexe. Les chiffres ont été nettement inférieurs dans les régions rurales.

DÉPISTAGE ET CONSEIL CIBLÉ

Le dépistage du VIH et de la syphilis s'est beaucoup développé, du moins dans les centres VCT : le nombre de tests VIH a augmenté de 11 % au total, et même de 20 % chez les HSH ; celui des tests de la syphilis de 19 % au total et de 13 % chez

les HSH. Rien que dans le cadre de STARMAN, la campagne de dépistage des IST, 1200 tests VIH et plus de 1600 tests de la syphilis ont été réalisés chez les HSH pendant le mois de mai 2017 [1]. Durant la campagne 2017, le nombre de dépistages a été particulièrement élevé, car les personnes avaient accès gratuitement à un ensemble de tests comprenant le VIH, la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie. STARMAN a donc été répété en 2018, sous une forme légèrement modifiée.

SEXE ET VOIE D'INFECTION

La chlamydie, dont 65 % des cas concernaient des femmes, se distingue nettement des autres IST et du VIH, qui ont touché majoritairement des hommes. Le plus fort pourcentage d'hommes a été constaté pour la syphilis (91 %), suivi de la gonorrhée (82 %) et du VIH, resté à 78 %. En 2017 comme les années précédentes, le pourcentage des hommes infectés lors de rapports sexuels avec d'autres hommes a été plus élevé que celui des hommes infectés par voie hétérosexuelle, et cela aussi bien pour la syphilis (80 %) que pour le VIH (71 %). Pour la gonorrhée par contre, le pourcentage de HSH n'augmente fortement que depuis 2010; il s'élevait en 2017 à 60 % des hommes infectés.

LIEU D'INFECTION

La majorité des personnes atteintes de syphilis, mais surtout de celles atteintes de gonorrhée, semble s'être contaminée en Suisse, quelles que soient la voie d'infection et la nationalité, alors que les ressortissants étrangers ayant contracté le VIH par voie hétérosexuelle ont été infectés majoritairement à l'étranger (en général le pays d'origine).

Pour l'évaluation, il faut toutefois tenir compte du fait que plus le moment de l'infection est lointain, plus il est difficile pour le médecin et le patient de savoir où exactement la contamination a eu lieu. Les symptômes de la gonorrhée urétrale apparaissent déjà quelques jours après l'infection, et la syphilis est elle aussi généralement diagnostiquée à un stade précoce. Mais pour les diagnostics de VIH, l'hypothèse relative au lieu de l'infection n'est pas toujours pertinente: des publications récentes montrent que le pourcentage de migrants venant de pays à haute prévalence du VIH qui se sont infectés après la migration est plus élevé que ce que l'on supposait jusqu'à présent [2]. Les réseaux sexuels, non seulement de personnes issues de la migration, restent très marqués par leur origine [3].

SEXE TARIFÉ

Chez les hommes hétérosexuels et les femmes, les relations sexuelles tarifées jouent un rôle important dans la transmission de la syphilis, constat qui ne vaut pas pour le VIH. En ce qui concerne la syphilis, 15 % des hommes hétérosexuels disent avoir été infectés par une travailleuse du sexe, tandis que parmi les femmes hétérosexuelles, le pourcentage de celles infectées suite à une relation sexuelle tarifée est de 12 %; toutefois, on suppose pour 2017 une sous-estimation due à une erreur de traduction dans le formulaire de déclaration en allemand (erreur corrigée depuis).

Alors que les travailleuses du sexe en Suisse semblent rester peu touchées par le VIH [4], les hommes hétérosexuels disent plus souvent avoir contracté le virus à l'occasion de relations sexuelles tarifées. Les médecins devraient intervenir 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, notamment en Asie du Sud-Est, sur la chimioprophylaxie médicamenteuse par voie orale (prophylaxie préexpositionnelle, « PrEP »), désormais possible en Suisse [5].

SYNTHÈSE

La nette diminution du nombre de nouveaux diagnostics de VIH témoigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse depuis quelques années: multiplication des tests, surtout chez les 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 la cohorte VIH suisse, notamment aux médecins qui y sont associés; ceux-ci 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* [6], qui a été confirmée récemment à la Conférence internationale sur le sida 2018: *undetectable = untransmittable* / indétectable = intransmissible. Les patients VIH qui connaissent cette règle se sentent moins stigmatisés et sont incités à prendre régulièrement leurs médicaments, ce qui se reflète dans la baisse des chiffres. Par ailleurs, la prescription d'une PrEP aux personnes à risque élevé d'exposition permet elle aussi de se rapprocher de l'objectif national, l'élimination du VIH.

Malheureusement, on ne constate pas la même diminution des cas déclarés pour la syphilis et les autres IST bactériennes. Il faut ici continuer à expliquer, à tester et à traiter. Cependant, le coût élevé des tests IST reste un obstacle majeur, qui limite leur usage, surtout pour les personnes à faible revenu.

Contact

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

Bibliographie

1. Lehner A & Schmidt AJ (2018): *Umsetzung der Kampagne «Starman»*. Vortrag am Schweizer HIV&STI Forum, Bern.
2. Alvarez-Del Arco et al. (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*, 31(14):1979–1988
3. Aral S O (2002). Understanding racial-ethnic and societal differentials in STI. *Sexually Transmitted Infections*, 78: 2–4
4. Aebi-Popp K, Schmidt AJ, et al. (2017): *Rationale for prioritizing STI-screening among asymptomatic female sex workers in Switzerland*. Poster session presented at IUSTI-2017 in Helsinki
5. Office fédéral de la santé publique (2016): *Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse*. *Bulletin*, 4:77–79
6. Vernazza P & Bernard EJ (2018): *HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later*. *Swiss Medical Weekly*, 146:w14246

VIH et sida en Suisse, situation en 2017

En 2017, les laboratoires habilités selon le concept de test VIH à diagnostiquer et à déclarer le VIH ont déclaré 445 nouveaux cas, soit 16 % de moins que l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

La surveillance du VIH a débuté en Suisse en 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 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. Un formulaire spécial a été créé à cet effet (remarque 1).

En 2017, 445 cas confirmés de VIH ont été déclarés, ce qui représente une diminution de 16 % par rapport à l'année

précédente (déclarations jusqu'au 31 juillet 2018). La tendance à la baisse observée depuis 2008 s'est donc poursuivie (figure 1).

SEXE

La majorité des déclarations de VIH concernait des hommes: ceux-ci, en 2017 comme en 2016, représentaient 78 % des cas. L'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, était plus basse, avec 2,3 pour les femmes (contre 2,7 en 2016) et 8,2 pour les hommes (contre 10,1 en 2016).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

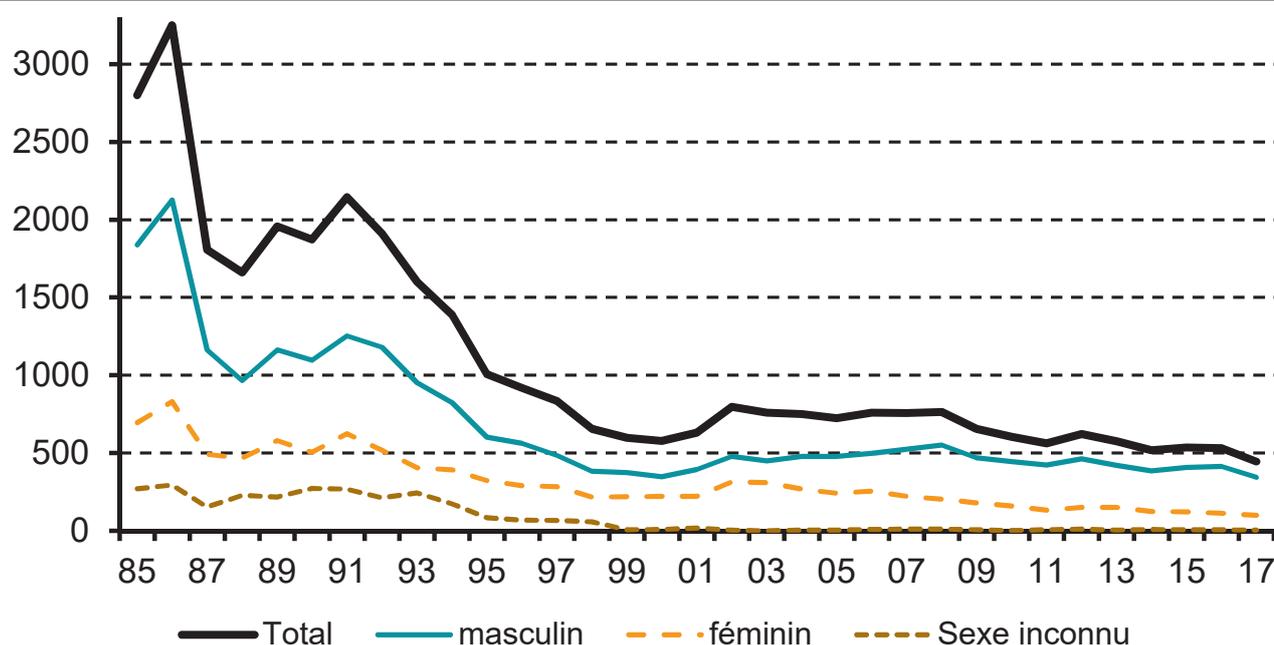
Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes réunis, l'incidence s'élevait

en 2017 à 5,2 pour 100 000 habitants. Toutefois, avec une fourchette allant de 3,0 à 8,4 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient marquées (tableau 1): 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, tandis que les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic de VIH, l'âge médian, établi pour les cinq dernières années, était de 38 ans pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient

Figure 1
Déclarations VIH de laboratoire, par sexe et par année du test, depuis le début des tests, 1985–2017



moins de 38 ans et l'autre moitié plus de 38 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés: chez eux, l'âge médian était de 43 ans, contre 36 ans dans les cas d'infection par voie homosexuelle (HSH). La répartition par âge (figure 2) montre que parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, la tranche des 35 à 44 ans a été la plus touchée (32 %), suivie de celle des 25 à 34 ans (29 %). La fourchette des âges était plus large chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, avec le maximum de cas entre 35 et 44 ans (26 %). Au moment du diagnostic, les HSH étaient plus jeunes que les deux autres groupes, avec le maximum chez les 25 à 34 ans (34 %) et nettement plus de cas chez les 15 à 24 ans (11 %); les HSH étaient donc les plus jeunes et les hommes hétérosexuels, les plus âgés.

VOIE D'INFECTION

Chez les hommes avec un diagnostic de VIH, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2017, comme les années précédentes, a été celle des relations sexuelles avec d'autres hommes (53,6 %), suivie des relations hétérosexuelles (22,0 %). Dans les cas de consommation de drogues intraveineuses (IDU), l'utilisation de matériel d'injection contaminé a été citée dans 1,7 % des diagnostics de VIH. Enfin, trois garçons originaires de pays d'Afrique à haute prévalence ont été infectés à la naissance par leur mère séropositive. La voie d'infection est inconnue pour 20,0 % des diagnostics de VIH chez les hommes.

En 2017, comme durant les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (69,0 %). Pour les autres, les voies d'infection étaient les mêmes que chez les hommes: IDU (6,0 %), une transfusion de sang à l'étranger et une fille infectée à la naissance par sa mère (originaire d'un pays d'Afrique à haute prévalence). La voie d'infection n'a pas pu être déterminée dans 25,0 % des cas.

La fréquence des cas de transmission de la mère à l'enfant correspondait, en 2017, à celle des années précédentes. Aucune tendance n'est décelable.

Tableau 1

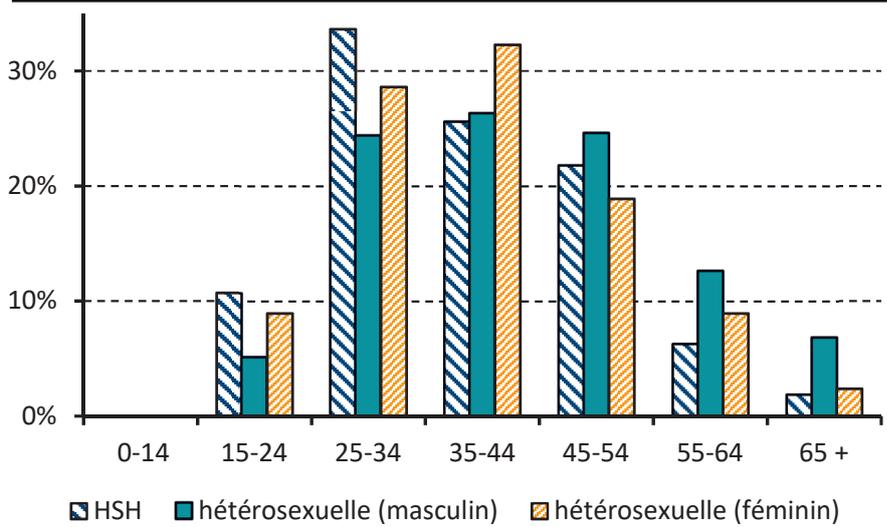
Incidence du VIH pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2012–2017

Année du diagnostic	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Suisse	7,7	7,1	6,3	6,4	6,3	5,2
Région lémanique	12,0	10,2	8,4	9,7	9,4	8,4
Espace Mittelland	5,4	5,9	5,5	6,1	3,8	3,9
Suisse du Nord-Ouest	5,4	5,8	5,5	4,3	5,6	3,6
Zurich	11,7	10,9	9,1	9,8	10,8	7,3
Suisse orientale	4,7	3,3	3,1	2,9	2,5	3,3
Suisse centrale	3,3	4,0	3,7	2,7	3,4	3,0
Tessin	8,2	6,6	5,4	4,8	8,2	4,5

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

Figure 2

Distribution par classe d'âge des personnes avec un diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe (diagnostics des années 2013 à 2017 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

La figure 3A montre l'évolution des déclarations de VIH chez les hommes selon la voie d'infection. Le nombre de cas était nettement en recul en 2017 par rapport à 2016, tant chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle: il a diminué de 73 chez les HSH et de 27 dans le groupe hétérosexuel, mais il a augmenté de 22 dans le groupe des cas pour lesquels il n'a pas été possible de déterminer la voie d'infection.

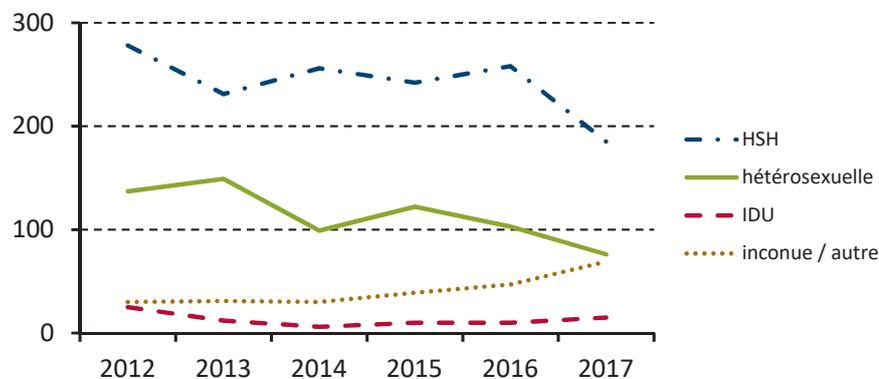
Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a diminué quasi régulièrement entre 2012 et 2017,

passant de 131 à 69 (figure 3B). C'est surtout dans ce groupe que l'évolution visible à la figure 3 pourrait être en rapport avec l'immigration et l'émigration de personnes de nationalité étrangère (voir paragraphe sur la nationalité).

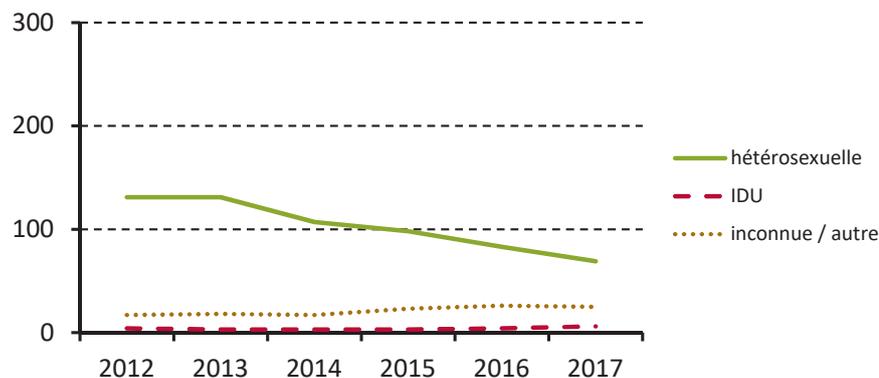
L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande région de Zurich, 57 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, soit 15 % de plus que la moyenne nationale, qui s'établissait à 42 % (tableau 2). La comparaison des voies d'infection entre les cantons et les régions donne le même résultat depuis déjà plusieurs années.

Figure 3
Diagnostics de VIH chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2012–2017

A: Hommes



B: Femmes



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

Tableau 2
Déclarations de VIH par les médecins, par voie d'infection¹ et par grande région² de l'OFSP, 2017

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH		inconnue/autre*	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	129	32,5%	166	41,8%	102	25,7%
Région lémanique	43	39,8%	38	35,2%	27	25,0%
Espace Mittelland	25	37,3%	22	32,8%	20	29,9%
Suisse du Nord-Ouest	10	23,8%	22	52,4%	10	23,8%
Zurich	24	23,3%	59	57,3%	20	19,4%
Suisse orientale	10	26,3%	9	23,7%	19	50,0%
Suisse centrale	11	45,8%	10	41,7%	3	12,5%
Tessin	6	23,8%	6	40,0%	3	20,0%

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

NATIONALITÉ

En 2017, un peu plus de la moitié des diagnostics de VIH pour lesquels la nationalité des personnes infectées était connue concernait des ressortissants suisses (52 %), avec toutefois des variations selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, 34 % étaient de nationalité suisse, contre 61 % des hommes (calcul de pourcentages excluant les cas de nationalité inconnue); parmi ces femmes, 32 % étaient des ressortissantes d'un pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque 2), alors que chez les hommes, ce n'était le cas que pour moins de la moitié de ce pourcentage (13 %).

En 2017, 60 % des HSH ayant un diagnostic de VIH étaient des Suisses, tandis que 24 % venaient de pays européens (calcul excluant la catégorie « inconnue »). Aucun HSH dont la nationalité était connue ne venait d'un PHP. Mais il est probable que ces chiffres donnent une image faussée de la situation, parce que les rapports sexuels entre hommes sont très stigmatisés, voire interdits, dans les pays africains et que les HSH qui en sont issus n'indiquent pas toujours leur orientation sexuelle au moment des tests [2].

LIEU D'INFECTION

D'après les indications des médecins, on note que, comme les années précédentes, les Suisses et les Suissesses infectés par voie hétérosexuelle ont plus souvent contracté le VIH en Suisse qu'à l'étranger et les ressortissants étrangers nettement plus souvent à l'étranger (tableau 4). Dans trois quarts des cas où les deux indications figuraient sur la déclaration, la nationalité des étrangers correspondait au lieu d'infection présumé. On retrouve le même tableau pour les HSH, bien que moins marqué: si les Suisses ont été plus souvent infectés en Suisse que les étrangers, les deux groupes l'ont été plus fréquemment en Suisse qu'à l'étranger.

À noter que l'indication du lieu de l'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un tiers des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

Tableau 3

Déclarations de VIH par les médecins, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2017

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Suisse	20	32,8%	39	56,5%	94	56,3%
Europe	5	8,2%	8	11,6%	37	22,2%
Pays à haute prévalence du VIH	19	31,1%	8	11,6%	0	0,0%
Autres pays	15	24,6%	9	13,0%	25	15,0%
Nationalité inconnue	2	3,3%	5	7,2%	11	6,6%
Total déclarations par les médecins	61	100,0%	69	100,0%	167	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection à VIH, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2017

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
Nombre de déclarations par les médecins	59	100,0%	71	100,0%	94	100,0%	73	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	31	52,5%	15	21,1%	48	51,1%	30	41,1%
étranger	17	28,8%	39	54,9%	19	20,2%	18	24,7%
aucune indication	11	18,6%	17	23,9%	27	28,7%	25	34,2%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 5

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec un diagnostic de VIH, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2017

Voie d'infection :	hétérosexuelle				HSH	
	féminin		masculin		N	%
Nombre de déclarations par les médecins	61	100,0%	69	100,0%		
Partenaire connu	21	34,4%	15	21,7%	47	28,1%
Partenaire anonyme	8	13,1%	11	15,9%	50	29,9%
Relations sexuelles tarifées	3	4,9%	8	11,6%	3	1,8%
Pas identifiable	11	18,0%	15	21,7%	30	18,0%
Pas d'indication	18	29,5%	20	29,0%	37	22,2%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

SOURCE D'INFECTION

Près de deux tiers des femmes infectées par voie hétérosexuelle pour lesquelles la source d'infection était indiquée l'avaient été par un partenaire connu, un tiers par un partenaire anonyme et 10 % lors de relations sexuelles tarifées (tableau 5). Parmi les hommes infectés par cette voie, les sources d'infection étaient pour 45 % une partenaire

connue, pour un tiers une partenaire anonyme et pour un quart des relations sexuelles tarifées. En ce qui concerne les HSH dont la source d'infection est connue, environ la moitié a été infectée par un partenaire connu et l'autre moitié par un partenaire anonyme, les relations sexuelles tarifées constituant l'exception. À noter que l'indication de la source d'infection n'était pas identifiable ou

manquait dans certains groupes (jusqu'à la moitié des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

MOMENT DE L'INFECTION

Le moment où la personne a été infectée par le VIH n'est généralement pas connu. En Suisse, les infections qui remontent à moins d'une année avant le diagnostic peuvent être établies à l'aide

Tableau 6

Indicateurs pour le moment de l'infection dans les déclarations du VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2017

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle		HSH			
	féminin	masculin				
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Nombre de déclarations par les médecins	61	*	69	*	167	*
Infection VIH récente ²	11	18,0%	33	47,8%	87	52,1%
Infection VIH aiguë ³	5	8,2%	15	21,7%	45	26,9%
Test VIH tardif ⁴	10	16,4%	19	27,5%	23	13,8%

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'une technique spéciale de laboratoire (« Infection récente », remarque 3). En outre, 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). Les diagnostics tardifs 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 2017, une infection récente a été constatée chez 18 % des femmes et 48 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Le pourcentage était plus élevé que l'année précédente dans les deux sexes, ce que l'on ne peut toutefois pas considérer comme une augmentation certaine car, pour des raisons statistiques, ce chiffre n'est pas suffisamment précis. Chez les HSH, un peu plus de la moitié des infections étaient considérées comme récentes. Dans ce groupe, le pourcentage d'infections récentes est, depuis des années, supérieur à celui constaté chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, ce qui s'explique principalement par le fait que les HSH pratiquent plus souvent des tests VIH que les autres groupes; par conséquent, la probabilité

est plus grande pour qu'une infection soit détectée précocement et donc considérée comme récente (voir le commentaire de la figure 4 et l'article sur la surveillance des tests).

La fréquence avec laquelle les infections VIH aiguës 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 un sixième des personnes infectées par voie hétérosexuelle (pour les deux sexes) et chez un quart des HSH, ce qui, s'ajoutant au pourcentage d'infections récentes, constitue un argument supplémentaire en faveur de la précocité du diagnostic de VIH dans ce groupe.

L'analyse des raisons indiquées ces trois dernières années sur les formulaires de déclaration pour justifier la réalisation d'un test VIH montre que les symptômes constituent le motif le plus fréquent (un tiers des cas). Dans 38 % des cas, il s'est avéré que ces symptômes étaient dus à une infection VIH aiguë. Lorsqu'un test avait été pratiqué pour une autre raison (exposition au risque ou dépistage, autres raisons), aucune infection aiguë n'était généralement constatée. Les symptômes liés à l'infection aiguë étaient donc dans de nombreux cas le motif pour lequel le test VIH avait été effectué, comme proposé dans les recommandations de l'OFSP re-

latives au dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins (PICT [3]). Si l'on tient compte de la voie d'infection, on constate que les symptômes d'une infection VIH aiguë conduisent plus fréquemment à un test de dépistage du VIH chez les HSH que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ce constat corrobore le résultat mentionné au paragraphe précédent, à savoir que les infections VIH aiguës sont plus fréquemment diagnostiquées chez les HSH 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 (14 %) que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes réunis : 22 %).

L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection qui figurent au tableau 6 amènent à penser que le diagnostic de 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 se soumettent plus fréquemment à des tests de dépistage. Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le fait qu'elles proviennent à 31 %, donc plus fréquemment que dans les autres groupes, de pays à haute prévalence du

VIH (voir paragraphe sur la nationalité, tableau 3) et que beaucoup étaient vraisemblablement déjà infectées au moment de leur arrivée en Suisse joue certainement aussi un rôle. On peut en conclure que, même en l'absence de suspicion d'infection par le VIH, les médecins devraient plus souvent proposer un test de dépistage à leurs patients afin d'augmenter les chances de diagnostiquer le VIH le plus rapidement possible (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins « PICT » [3]).

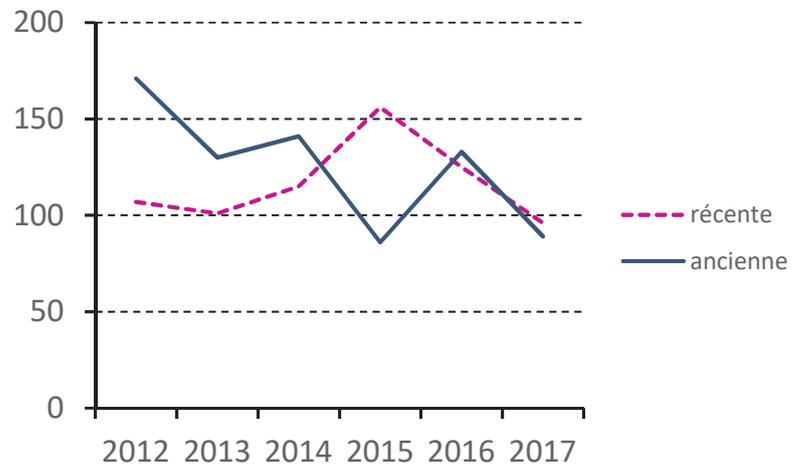
Durant la période 2012–2017, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes : il était d'une petite moitié chez les HSH, de 29 % pour les hommes infectés par voie hétérosexuelle et de 12 % pour les femmes.

Il a toutefois évolué avec les années : chez les HSH, il est passé de 39 % à 64 %, pour redescendre à 52 % en 2017 (figure 4, A). Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre d'infections remontant à plus d'un an a diminué dans les deux sexes, tandis qu'on ne distingue pas de tendance nette pour les infections récentes (figure 4, B et C). De ce fait, durant la période considérée, le pourcentage des infections récentes est passé de 19 % à 48 % chez les hommes et de 11 % à 19 % chez les femmes. Chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle, la diminution du nombre de diagnostics de VIH entre 2012 et 2017, visible à la figure 3, était donc principalement due à la diminution du nombre d'infections anciennes. Elle s'explique entre autres par la diminution, supérieure à la moyenne, des diagnostics de VIH chez les personnes issues de pays à haute prévalence (figure 5), car le pourcentage des infections anciennes est relativement élevé dans ce groupe.

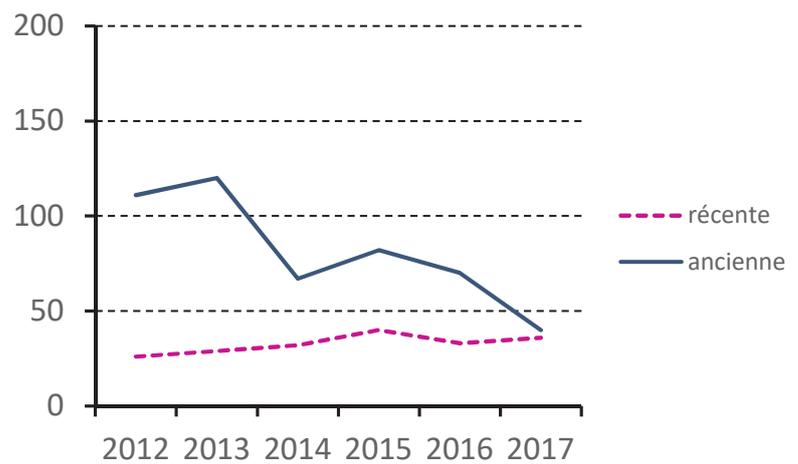
Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre d'infections VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Les données fournies par les centres de conseil et de tests en Suisse (centres VCT), qui, selon les années, établissent jusqu'à un quart des diagnostics du VIH, montrent que dans ces centres, le nombre de tests effectués

Figure 4
Infections à VIH récentes et anciennes, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2012–2017

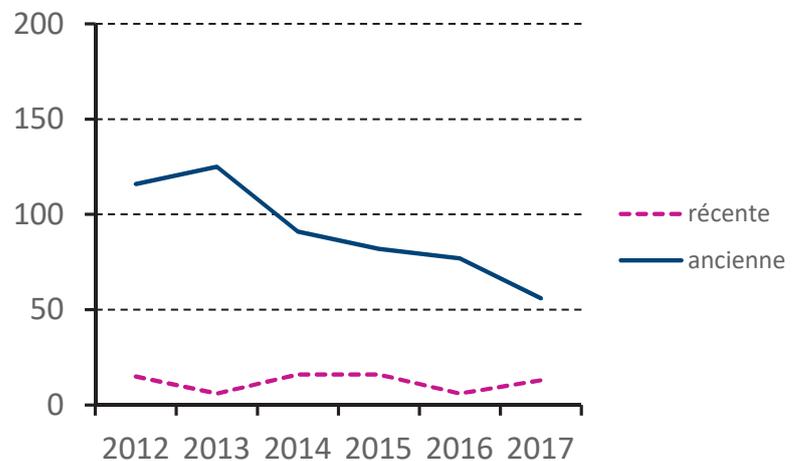
A : HSH¹



B : Hétérosexuelle (hommes)

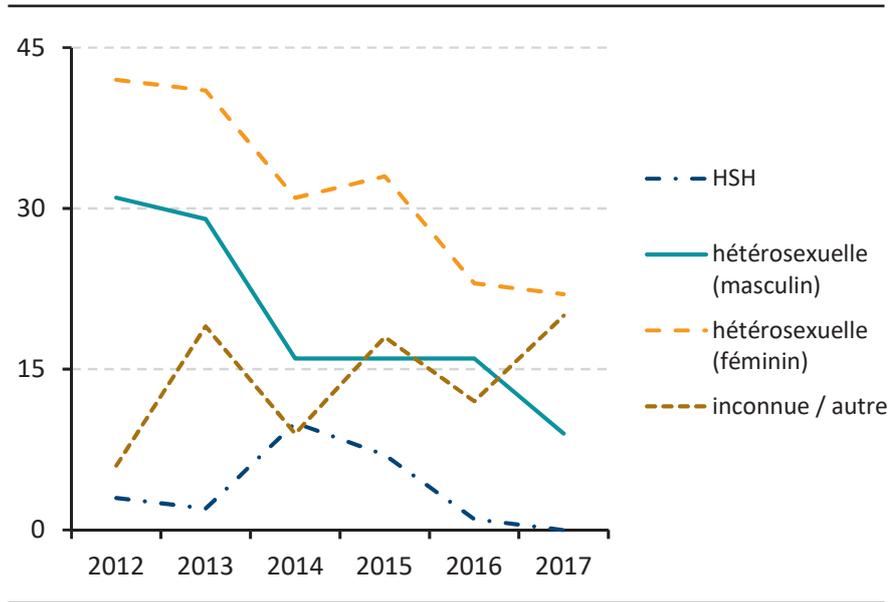


C : Hétérosexuelle (femmes)



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

Figure 5

Diagnostiques de VIH chez les personnes venant d'un pays à haute prévalence du VIH, par voie d'infection¹ et par sexe, 2012–2017


¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

a augmenté dans le groupe des HSH (voir article « Surveillance des tests » dans le même cahier). Cette augmentation explique probablement, au moins en partie, l'augmentation des infections récentes observée chez les HSH en 2013 et 2014; le nombre d'infections récentes est toutefois redescendu en 2016 et 2017 (figure 4), contrairement au nombre de tests effectués dans les centres VCT, ce qui pourrait signifier que le nombre de nouvelles contaminations s'est stabilisé.

Contrairement aux infections récentes, les infections anciennes sont davantage fonction de la prévalence dans le groupe considéré: plus la prévalence est élevée, plus la probabilité est grande pour que l'infection remonte à plus d'un an avant le diagnostic. Dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de celles issues de la migration est nettement plus élevé que parmi les HSH (tableau 3); le nombre de diagnostics de VIH pourrait par conséquent être aussi influencé par l'immigration, et ce d'autant plus que la prévalence du VIH est élevée dans les pays d'origine. Les personnes établies en Suisse et originaires de pays à haute prévalence du VIH re-

présentent donc un groupe cible important pour les consultations VIH, notamment si l'on veut que les personnes infectées dans ce groupe de population puissent commencer un traitement le plus rapidement possible.

CAS DE SIDA

Le nombre de nouveaux cas de sida s'est stabilisé autour de 60 à 80 cas par an (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). Pour 2017, cette extrapolation aboutit à un total de 104 cas, dont 50 déjà déclarés. L'estimation pour 2017 donne des chiffres bien plus élevés que pour l'année précédente (71). Mais, en raison de l'incertitude statistique liée aux estimations, cette augmentation ne doit pas être considérée comme une hausse effective.

En 2017, les cas de sida dont la voie d'infection était connue (88 %) se répartissaient comme suit: 43 % parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 42 % parmi les HSH et 15 % parmi les IDU. Cette répartition diffère de celle observée pour les voies d'infection par le VIH: 42 % pour les infections

par voie hétérosexuelle, 53 % pour les HSH et 6 % pour les IDU. Pour les cas de sida, le pourcentage moins élevé de HSH s'explique peut-être par le fait que, dans ce groupe, les infections à VIH sont diagnostiquées relativement tôt et traitées avec succès (voir paragraphe « Moment de l'infection »), parce qu'ils se soumettent beaucoup plus souvent à des tests VIH que les autres groupes.

Parmi les IDU, le pourcentage de cas de sida était supérieur à celui des cas de VIH, signe que les interruptions de traitement sont plus fréquentes dans ce groupe que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle et les HSH.

SYNTHÈSE

Le nombre total de diagnostics de VIH et, partant, son incidence, ont diminué en 2017 par rapport à l'année précédente. Plus de trois quarts des diagnostics concernaient des hommes, chez lesquels l'incidence était plus de trois fois supérieure à celle des femmes. La voie d'infection de loin la plus fréquente chez les hommes était toujours celle des relations sexuelles entre hommes et, chez les femmes, celle des relations hétérosexuelles. Depuis quelques années, les infections en lien avec la consommation de drogues par injection n'occupent plus qu'une petite place dans le tableau général.

Parmi les HSH, le VIH a principalement été diagnostiqué chez des Suisses et des ressortissants de pays européens. Quelle que soit la nationalité, les infections ont été plus souvent contractées en Suisse qu'à l'étranger. Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le pourcentage de celles d'origine étrangère était plus élevé que chez les hommes (HSH compris). Chez les femmes, le pourcentage de celles issues d'un pays à haute prévalence du VIH était presque aussi élevé que celui des Suissesses. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été contaminées à l'étranger; dans un quart des cas, le lieu de l'infection correspondait à leur nationalité.

Les infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées chez des HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le nombre de ces cas, qui avait augmenté en 2014 et 2015,

Tableau 7

**Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2012-2017
(corrégés des retards de déclaration)**

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hétérosexuel	masculin	27	29	19	25	11	19
	féminin	23	24	13	11	17	19
HSH	masculin	33	32	24	24	27	37
IDU	masculin	3	5	4	2	4	7
	féminin	3	5	0	0	1	6
Autres	masculin	3	4	15	1	7	14
	féminin	3	3	3	2	4	2
Total		95	102	78	65	71	104
dont déjà déclarés:		95	102	77	61	60	50

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

est redescendu. Il reste à voir si cette inversion de la courbe se confirme ou si elle s'explique par des incertitudes statistiques liées à la technique d'estimation. De manière générale, l'évolution du nombre d'infections récentes peut s'expliquer par l'évolution de l'incidence, mais aussi par un changement dans le taux de tests. Compte tenu de l'augmentation du taux de tests chez les HSH (voir l'article « Surveillance des tests »), on peut supposer une diminution de l'incidence chez les HSH en Suisse avec un nombre décroissant de diagnostics.

Contact

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

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, 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 par des graphiques, les données basées sur les déclarations de résultats d'analyses cliniques ont été extrapolées 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. Dans les pays en voie de développement, les données sont souvent tirées d'études effectuées auprès de femmes enceintes. Pour la Suisse, les pays à prendre en considération sont principalement les pays de l'Afrique subsaharienne, ainsi que certains pays des Caraïbes.
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 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, seule la moitié des cas de sida déclarés par le passé pour une année concernait celle au cours de laquelle le diagnostic avait été établi; 30 % des diagnostics se rapportaient à l'année précédente et 20 % 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, puisque les cas n'ont pas encore été tous déclarés. 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 [4].

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. GT Laboratoire et diagnostic de la CFSS: Concept de test VIH 2013. Bulletin OFSP 2013; 47: 852-854.
2. Sokari, E. Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. <https://www.boell.de/de/navigation/afrika-Afrika-LGBTI-9040.html>
3. Dépistage du VIH sur l'initiative des médecins/But de la directive (PICT). Bulletin OFSP 2015; 21: 375-379.
4. Rosenberg PS. A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. J Acquir Immune Defic Syndr 1990; 3(1): 49-54.

La syphilis en Suisse, situation en 2017

En 2017, 754 cas confirmés de syphilis ont été déclarés à l'OFSP, ce qui constitue une augmentation minime par rapport à l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

En Suisse, la syphilis fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. En 2015, l'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 (nouvelle infection ou réinfection). Le formulaire de déclaration doit être entièrement rempli uniquement s'il s'agit d'une nouvelle in-

fection ou d'une réinfection. Les critères de déclaration de la syphilis et la définition de cas ont été révisés avec effet au 1^{er} janvier 2018. Le présent rapport se fonde toutefois sur l'ancien système.

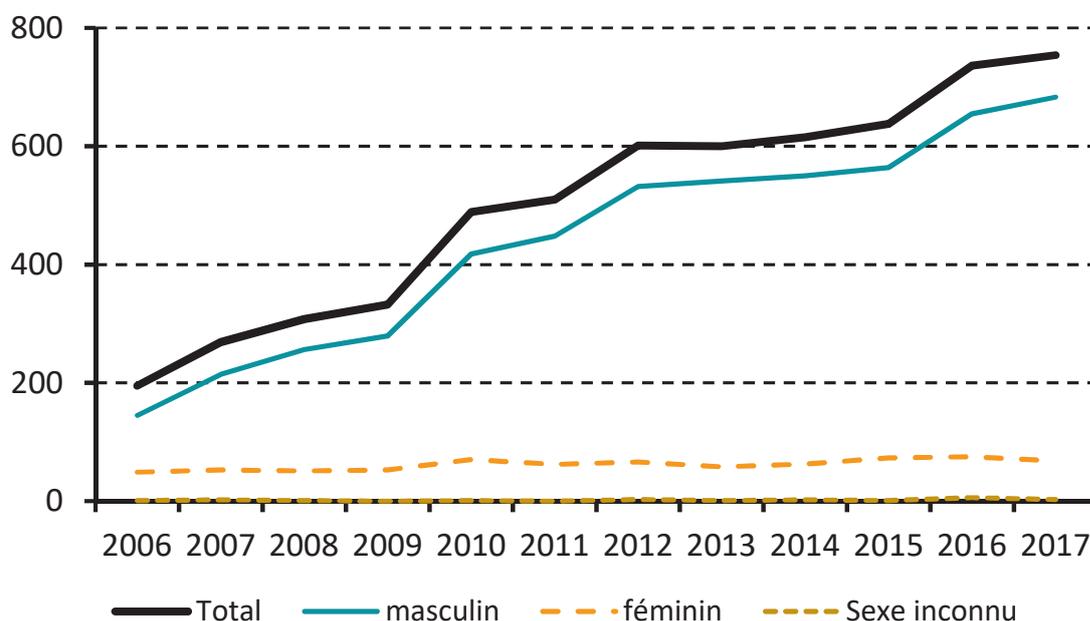
En 2017, 1688 cas de syphilis ont été déclarés, chiffre pratiquement identique à celui de l'année précédente (1696). 402 déclarations concernaient des contrôles de l'évolution d'une maladie ou des cicatrices sérologiques; 312 n'ont pas pu être classées parce qu'il manquait une déclaration; pour 220 autres cas, il manquait trop d'indications relatives soit au diagnostic du laboratoire, soit aux résultats d'analyses cliniques, pour qu'il soit possible d'éta-

blir une classification définitive. Les 754 cas restants répondaient à la définition de cas et ont donc été classés comme cas certains (déclarations jusqu'au 31 juillet 2017). Les analyses qui suivent se fondent sur les données dont disposait l'OFSP sur les cas certains.

SEXE

La majorité des cas confirmés de syphilis concernait des hommes (91 %); ce pourcentage n'a cessé d'augmenter d'année en année (figure 1). Depuis 2006, le nombre de cas a été multiplié par 3,8 pour les deux sexes réunis. Mais alors qu'il n'a augmenté que d'un facteur 1,5 chez les femmes, il a été multi-

Figure 1
Cas de syphilis confirmés, par sexe et par année de diagnostic, 2006-2017



plié par plus de quatre pour les hommes au cours des onze dernières années. En 2017, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 1,5 pour les femmes et à 16 pour les hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes ensemble, l'incidence s'élevait en 2017 à 8,9 pour 100 000 habitants. Toutefois, on observait d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 4 à 16 cas pour 100 000 habitants (tableau 1) : 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, tandis que les incidences étaient nettement plus basses dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic de syphilis, l'âge médian des femmes, établi sur les cinq dernières années, se situait à 38 ans (comme pour la période 2011–2016) ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 38 ans et l'autre moitié de plus de 38 ans. La plupart des cas ont été diagnostiqués dans le groupe des 25–34 ans (figure 2). Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes : leur âge médian était de 42 ans, et le groupe d'âge le plus touché était celui des 45 à 54 ans. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), l'âge médian était de 39 ans, et la plupart des cas avaient été diagnostiqués dans le groupe des 35 à 44 ans.

VOIE D'INFECTION

Sur les 754 personnes avec un diagnostic de syphilis en 2017, 60 % s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 23 % lors de relations hétérosexuelles et un cas lors de relations sexuelles entre femmes (comme en 2016) ; la voie d'infection n'était pas connue pour les 17 % restants (figure 3, tableau 2). Les femmes représentaient 31 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle (comme l'année précédente) ; autrement dit, les hommes

Tableau 1

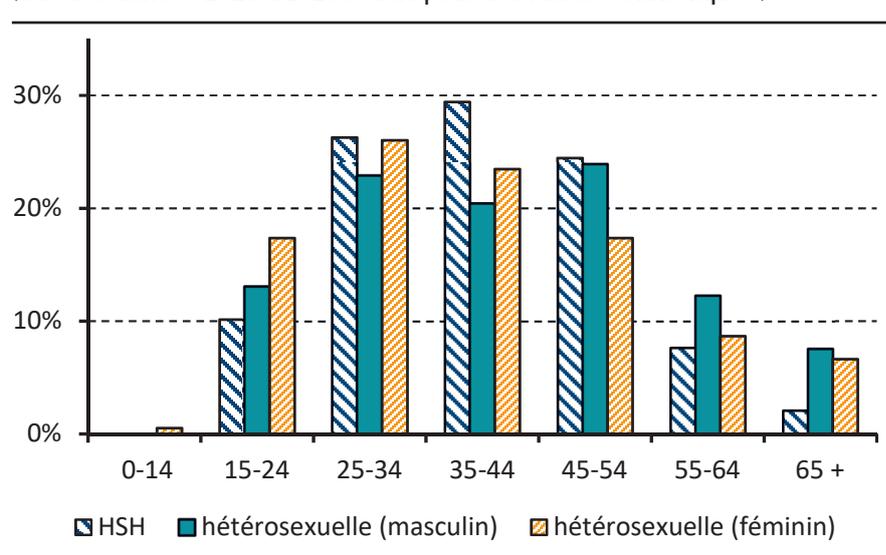
Incidence de la syphilis pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFSP et par année de diagnostic, 2012–2017

Année du diagnostic	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Suisse	7,5	7,4	7,5	7,7	8,7	8,9
Région lémanique	11,3	12,2	10,1	10,2	12,1	11,2
Espace Mittelland	4,9	3,6	3,8	3,8	6,0	5,5
Suisse du Nord-Ouest	6,4	5,3	8,5	7,4	8,9	9,1
Zurich	13,1	12,9	14,2	14,3	14,8	15,6
Suisse orientale	2,8	4,2	3,0	4,1	4,1	4,7
Suisse centrale	5,4	4,7	3,8	5,2	4,6	4,3
Tessin	4,4	5,5	6,3	7,1	6,5	6,4

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

Figure 2

Répartition des personnes présentant une syphilis confirmée, par voie d'infection¹ et par sexe (cas des années 2013 à 2017 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH : rapports sexuels entre hommes

étaient deux fois plus touchés que les femmes. Dans le groupe des hommes pour lesquels la voie d'infection était connue, 80 % des infections étaient dues à des rapports sexuels entre hommes. Les HSH qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs [1], sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Avec 84 %, le pourcentage de HSH était élevé surtout dans la grande région de Zurich. Deux cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) ont été rapportés en 2017. Le nouveau formulaire de déclai-

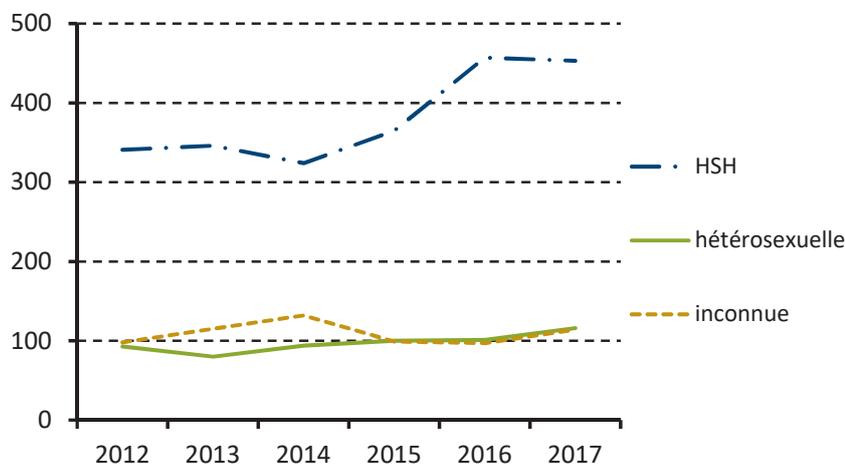
ration, qui devra être utilisé à partir de 2019, prévoit à ce propos un champ intitulé « Avortement en raison d'une infection syphilitique ».

NATIONALITÉ

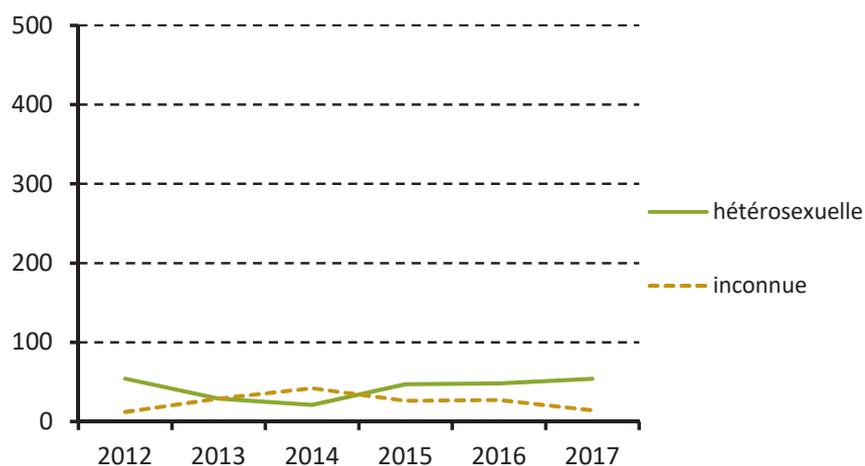
Parmi les personnes atteintes de syphilis dont la nationalité est connue, 64 % étaient suisses. Le pourcentage de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3) : il s'élevait à 50 % pour les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle ; il était plus élevé de 15 à 19 % pour les HSH.

Figure 3
Cas confirmés de syphilis chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2012–2017

A: Hommes



B: Femmes



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2
Cas confirmés de syphilis, par voie d'infection et par grande région¹ de l'OFS, 2017

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH ²		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	170	22,5 %	453	60,1 %	131	17,4 %
Région lémanique	46	24,5 %	103	53,3 %	41	22,3 %
Espace Mittelland	30	29,1 %	54	51,5 %	20	19,4 %
Suisse du Nord-Ouest	27	25,7 %	58	52,4 %	23	21,9 %
Zurich	33	14,0 %	176	74,9 %	26	11,1 %
Suisse orientale	15	21,8 %	33	58,2 %	11	20,0 %
Suisse centrale	12	34,3 %	19	54,3 %	4	11,4 %
Tessin	7	30,4 %	10	43,5 %	6	26,1 %

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

² HSH: rapports sexuels entre hommes

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage de personnes de nationalité suisse infectées en Suisse était de 86 % pour les HSH (comme l'année précédente) et de 77 % dans les groupes infectés par voie hétérosexuelle. Les personnes de nationalité étrangère ont davantage été infectées à l'étranger que celles de nationalité suisse, même si la plupart d'entre elles ont aussi été infectées en Suisse: 76 % pour les HSH et 61 % (comme en 2016) pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. À noter que l'information sur le lieu de l'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un tiers des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

SOURCE D'INFECTION

Dans leur grande majorité, les femmes ont été infectées par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus poussée de la nature de la relation avec le partenaire infectieux montre que 83 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu, 5 % par un partenaire anonyme et 12 % lors de relations sexuelles tarifées. Les rapports sexuels anonymes (32 %) et les relations sexuelles tarifées (15 %) étaient plus fortement représentés chez les hommes hétérosexuels. Chez les HSH, le partenaire était connu à peu près aussi souvent que chez les autres hommes, mais les relations sexuelles tarifées (0,6 %) étaient négligeables. Les données tirées de l'étude de cohorte VIH suisse montrent que la syphilis est principalement transmise dans les réseaux sexuels de HSH séropositifs (communication personnelle). Les données existantes soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle. Il est probable que les indications figurant sur les formulaires de déclaration ne constituent que la pointe de l'iceberg. Les travailleuses sexuelles viennent souvent d'Europe de l'Est, région où la syphilis a pris des dimensions épidémiques après l'effondrement de l'Union soviétique [2,3]. À noter que l'information sur la source d'infection manquait dans certains groupes (jusqu'à un tiers des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

Tableau 3

Cas confirmés de syphilis, par nationalité, voie d'infection et sexe, 2017

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Suisse	25	46,3%	68	58,6%	267	58,9%
Europe	11	20,4%	17	14,7%	87	19,2%
Afrique	5	9,3%	6	5,2%	4	0,9%
Autres pays	9	16,7%	7	6,0%	55	12,1%
Nationalité inconnue	4	7,4%	18	15,5%	40	8,8%
Total cas de syphilis	54	100,0%	116	100,0%	453	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection pour les cas de syphilis confirmés, selon la voie d'infection et la nationalité, 2017

Voie d'infection : Nationalité :	hétérosexuelle				HSH ¹			
	Suisse		étranger		Suisse		étranger	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de cas	93	100,0%	77	100,0%	269	100,0%	184	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	57	61,5%	33	44,0%	174	65,0%	110	59,4%
étranger	17	18,7%	21	28,0%	29	11,0%	35	19,4%
aucune indication disponible	19	19,8%	23	28,0%	66	24,0%	39	21,1%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 5

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec diagnostic de syphilis confirmée, selon la voie d'infection et le sexe, 2017

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle				HSH ¹	
	féminin		masculin		N	%
	N	%	N	%		
Nombre de cas confirmés	54	100,0%	116	100,0%	453	100,0%
Partenaire connu	35	64,8%	45	38,8%	165	36,4%
Partenaire anonyme	2	3,7%	27	23,3%	150	33,1%
Relations sexuelles tarifées	5	9,3%	13	11,2%	2	0,4%
Pas identifiable	6	11,1%	14	12,1%	85	18,8%
Pas d'indication	6	11,1%	17	14,7%	51	11,3%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes**DIAGNOSTICS ANTÉRIEURS DE SYPHILIS**

Une infection antérieure n'empêche pas une nouvelle infection. 29 % des HSH ont déclaré qu'ils avaient déjà contracté une syphilis par le passé, contre 8 % chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle.

STADES CLINIQUES

Un peu plus de la moitié des cas de syphilis (avec stade connu) a été diagnostiquée au stade primaire (tableau 6). Si l'on considère la voie d'infection, 96 % des HSH et 84 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle présentaient, au moment du diagnostic, une

syphilis active, autrement dit un stade primaire, secondaire ou un stade de latence précoce; tous étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les cas confirmés de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (6 au total, soit <1 %).

Table 6

Stades cliniques des cas confirmés de syphilis, par voie d'infection, 2017

	hétérosexuelle		HSH ¹	
Nombre de cas confirmés	166	100,0%	443	100,0%
primaire	82	49,4%	219	48,5%
secondaire	41	24,7%	144	32,1%
latence précoce (< 1 an)	9	5,4%	51	10,8%
latence tardive (≥ 1 an)	22	11,4%	16	3,4%
temps de latence inconnu	0	1,4%	0	0,0%
tertiaire	3	1,8%	3	0,7%
inconnu/pas d'indication	13	7,2%	20	4,5%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Le fait que la syphilis ait été diagnostiquée plus souvent à un stade précoce chez les HSH – bien que l'infection primaire soit plus souvent asymptomatique chez eux (manifestations rectales ou buccales) – renvoie à une plus grande fréquence des tests dans ce groupe, tout comme le rapport entre latence précoce et latence tardive. 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.

SYNTHÈSE

Le nombre de cas de syphilis confirmés et, partant, l'incidence de la maladie, sont restés quasiment identiques en 2017 par comparaison avec l'année précédente. L'augmentation marquée du nombre de cas observée depuis 2006 s'est donc stabilisée pour la première fois.

La répartition par âge et par voie d'infection était comparable à celle des années précédentes: la majorité avait entre 25 et 54 ans et les relations sexuelles entre hommes constituaient la principale voie d'infection. Plus de 90 % des cas se trouvaient à un stade infectieux, ce qui laisse penser que les éventuels partenaires sexuels avaient très vraisemblablement aussi contracté la syphilis. Il est extrêmement important d'informer et de traiter simultanément les partenaires afin d'éviter une réinfection après traitement. Il est recommandé de faire un test de dépistage de la syphilis tous les six mois chez les travailleuses du sexe et six semaines après le rapport sexuel tarifé chez les hommes qui les fréquentent [4].

Contact

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

Bibliographie

1. Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. In: BMC Public Health 13, S. 919
2. Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E (1998): Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. In: Lancet. 351(9102), S. 572
3. Herbert, Liam J.; Middleton, Stephen I. (2012): An estimate of syphilis incidence in Eastern Europe. In: Journal of Global Health 2 (1), S. 10402
4. Recommandations de la CFSS dans le Bulletin 21/2015: « le VDRL/RPR peut être encore négatif 4 à 6 semaines après l'infection » ; www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-zu-syphilis-aktualisiert-mai-2015.pdf.download.pdf/

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 2017

En 2017, 2809 cas de gonorrhée classifiables ont été déclarés à l'OFSP. Comme la définition de cas a été précisée en 2018, ce nombre est plus élevé que les précédents et ne peut pas faire l'objet d'une comparaison directe avec les chiffres qui figurent dans les rapports annuels antérieurs. Le nombre de cas a augmenté de 4 % par rapport à 2016.

ÉTAT DES DONNÉES

En Suisse, la gonorrhée fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 1988. L'OFSP a introduit en janvier 2015 de nouveaux formulaires pour la déclaration des résultats d'analyses de laboratoire et la déclaration des résultats d'analyses cliniques. En 2017, 2809 cas de gonorrhée classés comme certains ou probables ont été déclarés. Dans la nouvelle définition de cas de la gonorrhée, une infection ne dure pas plus de quatre semaines; par conséquent, si l'on reçoit pour un même patient deux déclarations pour lesquelles les dates des tests sont séparées de plus

de quatre semaines, on considère qu'il s'agit d'une réinfection et on compte un nouveau cas. Comme il n'y avait aucune limite de temps à respecter jusqu'ici, cette nouvelle définition a entraîné une augmentation du nombre de cas. Elle a été appliquée rétroactivement pour le présent rapport. On obtient ainsi une légère augmentation, soit 4 %, par comparaison avec l'année précédente (déclarations jusqu'au 31 juillet 2018).

SEXE

La majorité des cas confirmés de gonorrhée concernait des hommes (82 %), ce qui traduit une répartition pratiquement inchangée entre les sexes par rapport

aux dernières années (figure 1). Chez les hommes comme chez les femmes, on observe depuis 2000 une augmentation marquée du nombre de cas, qui a été multiplié par 7,3. En 2017, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 12 pour les femmes et à 54 pour les hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et pour les deux sexes réunis, l'incidence s'élevait en 2017 à 33 pour 100 000 habitants. Toutefois, avec une fourchette allant de 13 à 48 cas pour 100 000 habitants, les disparités régionales étaient marquées

Figure 1
Cas confirmés de gonorrhée, par sexe et par année de diagnostic, depuis le début du relevé, 1988–2017

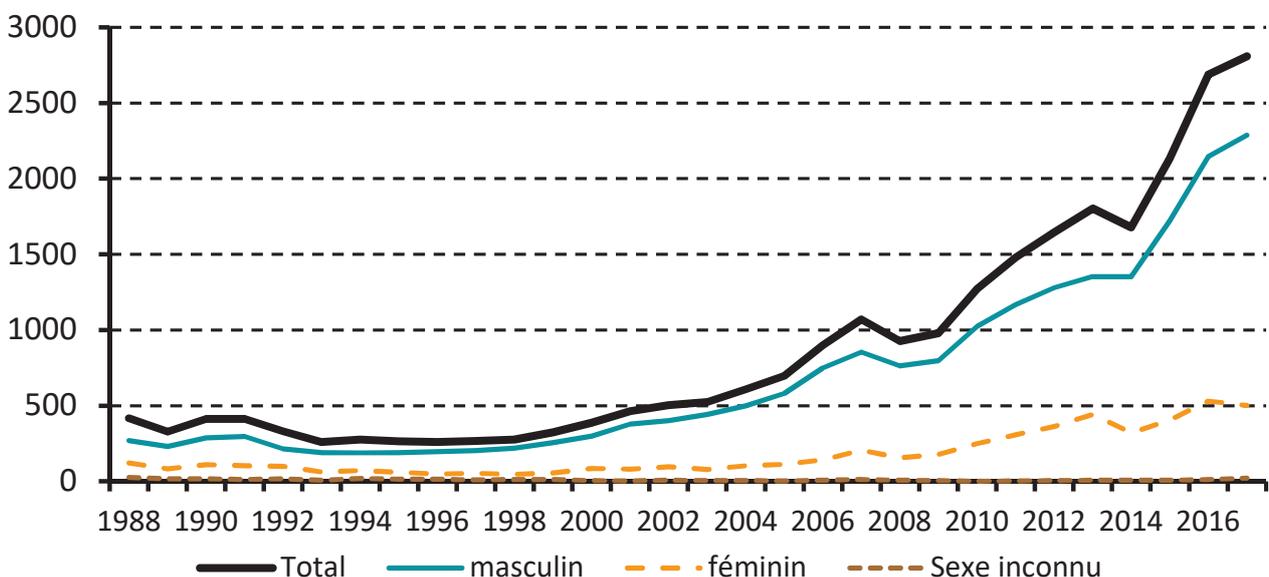
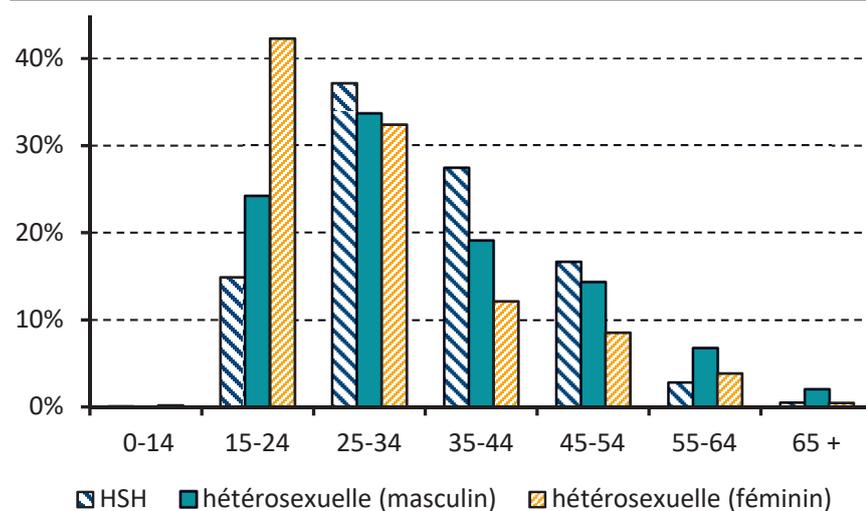


Tableau 1
Incidence de la gonorrhée pour 100 000 habitants, par grande région¹ de l'OFS et par année de diagnostic, 2012–2017

Année du diagnostic	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Suisse	20,5	22,2	20,4	25,6	31,9	33,0
Région lémanique	16,9	22,3	17,2	21,7	28,7	35,2
Espace Mittelland	9,2	9,6	10,7	10,7	17,0	15,2
Suisse du Nord-Ouest	17,2	13,9	16,3	26,0	23,9	20,2
Zurich	27,4	28,3	25,2	34,9	47,4	48,2
Suisse orientale	8,5	8,5	7,8	11,5	14,4	13,3
Suisse centrale	16,1	17,8	17,8	18,2	21,4	19,3
Tessin	16,4	9,8	13,4	9,1	14,1	19,3

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

Figure 2
Répartition des personnes présentant une gonorrhée confirmée, par voie d'infection¹ et par sexe (cas des années 2013 à 2017 réunis pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

(tableau 1): 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, tandis que les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de l'Espace Mittelland, ainsi qu'au Tessin.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Au moment du diagnostic de gonorrhée, l'âge médian des femmes, établi pour les cinq dernières années, se situait

à 26 ans; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 26 ans et l'autre moitié de plus de 26 ans. La majorité des femmes se situait dans le groupe des 15 à 24 ans (figure 2). Chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, la tranche des 25 à 34 ans était la plus fortement représentée, et l'âge médian était de 32 ans. Ceux de hommes infectés lors de relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) était de 34 ans et la plupart des cas avaient été diagnostiqués dans le groupe des 25–34 ans. Pour

toutes les voies d'infection, l'âge médian des hommes au moment du diagnostic de gonorrhée était donc supérieur de 6 à 8 ans à celui des femmes.

VOIE D'INFECTION

En 2017, 39 % des cas déclarés concernaient des rapports sexuels entre hommes, 40 % des relations hétérosexuelles et 0,4 % des relations sexuelles entre femmes; la voie d'infection des 20 % restants n'était pas connue (figure 3, tableau 2). Si l'on considère uniquement les cas dont la voie d'infection est connue, le pourcentage de HSH atteignait même 49 %, contre 33 % pour les diagnostics d'infection par voie hétérosexuelle. Les HSH qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % des hommes sexuellement actifs [1], sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée; avec 59 %, leur pourcentage (rapporté aux cas pour lesquels la voie d'infection était connue) était élevé surtout dans la grande région de Zurich (tableau 2). Les femmes représentaient 32 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le pourcentage de HSH parmi les hommes a considérablement augmenté au cours des dernières années, passant de 29 % en 2012 à 48 % en 2017 (figure 3). Cette évolution s'explique par le nombre croissant de cas dans ce groupe, qui a été multiplié par 2,9 depuis 2012, alors que le nombre d'hommes infectés par voie hétérosexuelle n'a augmenté que d'un facteur 1,2 durant la même période et était même à la baisse en 2017.

NATIONALITÉ

Parmi les personnes avec un diagnostic de gonorrhée dont la nationalité était connue figuraient 69 % de Suisses (tableau 3). Le sexe et la voie d'infection n'ont pratiquement pas influé sur le pourcentage de personnes de nationalité suisse.

LIEU D'INFECTION

La majorité des infections a été contractée en Suisse (tableau 4). Le pourcentage de personnes de nationalité suisse infectées en Suisse était de 88 %, toutes voies d'infection confondues. Les personnes de nationalité étrangère infectées par voie hétérosexuelle ont été un peu plus souvent infectées à l'étranger

(16 %) que celles de nationalité suisse (11 %). Chez les HSH, la nationalité n'a pas influé sur le lieu de l'infection. Ces pourcentages se rapportent aux cas où le lieu d'infection est indiqué; cette indication manquait dans certains sous-groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

SOURCE D'INFECTION

La grande majorité des femmes a été infectée par un partenaire connu (tableau 5). Une analyse plus poussée de la nature de la relation avec le partenaire infectieux montre que 87 % d'entre elles ont été infectées par un partenaire connu, 8 % par un partenaire anonyme et 5 % lors de relations sexuelles tarifées. Chez les hommes, le pourcentage de partenaires anonymes était plus important: le partenaire était connu dans 59 % des cas chez les HSH, anonyme dans 40 % des cas, et il s'agissait de relations sexuelles tarifées dans 1 % des cas. Plus de la moitié (56 %) des hommes infectés lors de relations hétérosexuelles connaissaient leur partenaire et 30 % ne la connaissaient pas; 14 % ont été infectés lors de relations sexuelles tarifées. Ces pourcentages se rapportent aux cas où la source d'infection est indiquée; à noter que cette indication manquait jusqu'à 17 à 27 % des cas selon les sous-groupes, ce qui limite la fiabilité des conclusions tirées.

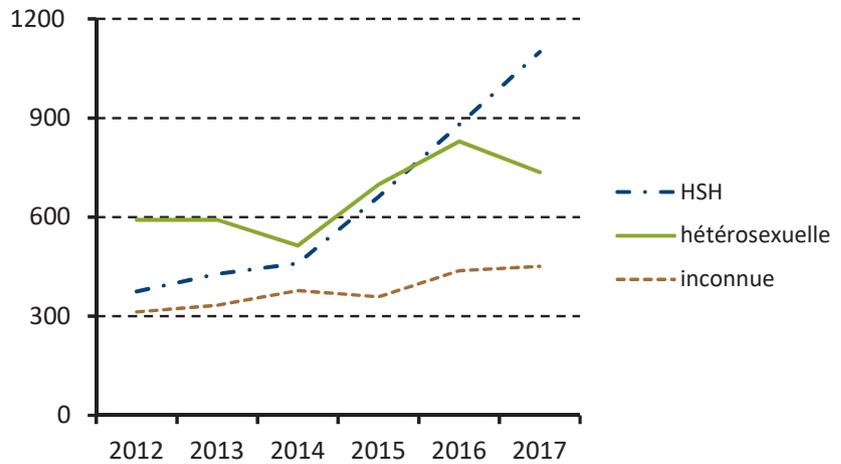
SYNTHÈSE

Le nombre de cas de gonorrhée confirmés par le laboratoire ou probables, ainsi que l'incidence qui en découle ont augmenté de 4 % en 2017 par rapport à l'année précédente. Toutefois, cette augmentation ne touche que les hommes (7 %), alors qu'on constate une légère diminution chez les femmes. L'augmentation marquée du nombre de cas observée depuis 2000 ne s'est donc pas poursuivie. En outre, le nombre de cas n'a augmenté que chez les HSH. Il a été prouvé qu'elle s'explique en majeure partie par une multiplication des tests dans le cadre de la semaine de dépistage des IST « STARMAN » qui a eu lieu en mai 2017 dans les checkpoints et de nombreux centres VCT de Suisse (voir article « Surveillance des tests » dans le présent cahier).

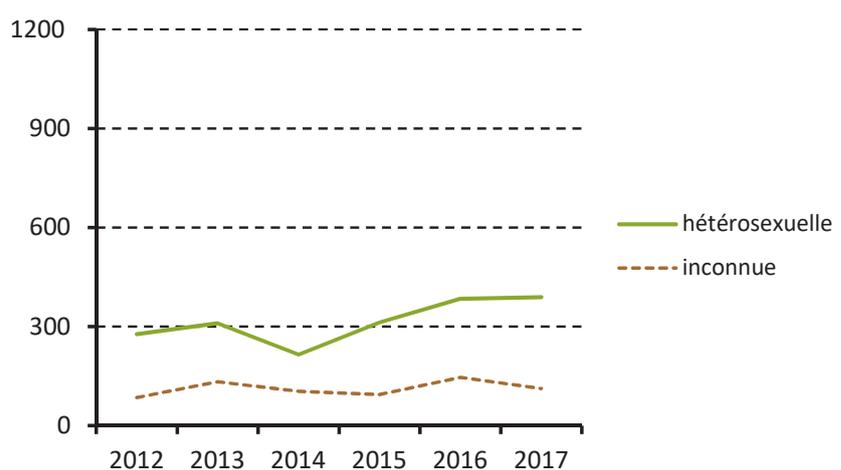
Figure 3

Cas confirmés de gonorrhée chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹ et par année de diagnostic, 2012–2017

A: Hommes



B: Femmes



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 2

Cas confirmés de gonorrhée, par voie d'infection¹ et par grande région¹ de l'OFSP, 2017

Voie d'infection:	hétérosexuelle		HSH ²		inconnue	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	1125	40,0%	1100	39,2%	584	20,8%
Région lémanique	210	36,5%	253	43,9%	113	19,6%
Espace Mittelland	164	57,3%	68	23,8%	54	18,9%
Suisse du Nord-Ouest	134	57,5%	51	21,9%	48	20,6%
Zurich	251	34,5%	359	49,4%	117	16,1%
Suisse orientale	98	62,8%	31	19,9%	27	17,3%
Suisse centrale	90	57,7%	39	25,0%	27	17,3%
Tessin	32	46,4%	18	26,1%	19	27,5%

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

² HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 3

Cas confirmés de gonorrhée, par nationalité, voie d'infection¹ et sexe, 2017

Voie d'infection : Sexe :	hétérosexuelle		HSH ¹			
	féminin	masculin				
	N	%	N	%	N	%
Suisse	231	59,4%	418	56,8%	706	64,2%
Europe	74	19,0%	110	14,9%	144	13,1%
Afrique	7	1,8%	36	4,9%	8	0,7%
Autres pays	36	9,3%	68	9,2%	122	11,1%
Nationalité inconnue	41	10,5%	104	14,1%	120	10,9%
Total cas de gonorrhée	389	100,0%	736	100,0%	1100	100,0%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 4

Lieu présumé de l'infection pour les cas confirmés de gonorrhée, selon la voie d'infection¹ et la nationalité, 2017

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH ¹					
	Suisse	étranger	Suisse	étranger				
Nombre de cas	649	100,0%	476	100,0%	706	100,0%	394	100,0%
Lieu de l'infection								
Suisse	481	74,1%	321	67,4%	527	74,6%	266	67,5%
étranger	59	9,1%	63	13,2%	74	10,5%	37	9,4%
inconnu	109	16,8%	92	19,3%	105	14,9%	91	23,1%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Tableau 5

Type de relation avec le partenaire infectieux probable chez les personnes avec gonorrhée confirmée, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2017

Voie d'infection :	hétérosexuelle		HSH ¹			
	féminin	masculin				
Nombre de cas confirmés	389	100,0%	736	100,0%	1100	100,0%
Partenaire connu	285	73,3%	321	43,6%	472	42,9%
Partenaire anonyme	26	6,7%	175	23,8%	319	29,0%
Relations sexuelles tarifées	15	3,9%	80	10,9%	8	0,7%
Pas identifiable	17	4,4%	67	9,1%	177	16,1%
Pas d'indication	46	11,8%	93	12,6%	124	11,3%

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

Contact

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

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. Marcus, Ulrich; Hickson, Ford; Weatherburn, Peter; Schmidt, Axel J. (2013): Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. In: BMC public health 13, p. 919.

La chlamydie en Suisse, situation en 2017

En 2017, 11 101 cas confirmés de chlamydie ont été déclarés à l'OFSP, ce qui correspond à une hausse de 1 % seulement par rapport à l'année précédente.

ÉTAT DES DONNÉES

En Suisse, la chlamydie fait l'objet d'une surveillance permanente au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 1989. En raison du nombre élevé de cas, l'OFSP s'en tient à une déclaration de résultats d'analyses de laboratoire avec indication du sexe de la personne, de sa date de naissance et de son canton de domicile, et renonce à la déclaration de résultats d'analyses cliniques. 11 101 cas de chlamydie confirmés par les laboratoires ont été déclarés pour l'année 2017, ce qui correspond à une hausse de 1 % par rapport aux 10 941 cas déclarés en 2016 (déclarations au 31 juillet

2018). La hausse est donc nettement moins importante que les années précédentes, lorsqu'elle était située entre 5 et 12 %.

SEXE

La majorité des cas confirmés de chlamydie (65 %) concernaient des femmes (figure 1). Depuis 2000, on observe, pour l'ensemble des deux sexes, une multiplication par 4,9 du nombre de cas, soit de 4,6 pour les femmes et de 5,7 pour les hommes. En 2017, l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, s'élevait à 166 pour les femmes et à 92 pour les hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et les deux sexes, l'incidence s'élevait à 130 pour 100 000 habitants en 2017. On observe toutefois d'importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 103 à 169 cas pour 100 000 habitants (tableau 1). 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, tandis que les incidences les plus basses se trouvaient dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

Figure 1
Cas confirmés de chlamydie, par sexe, depuis le début du recensement, 1988–2017

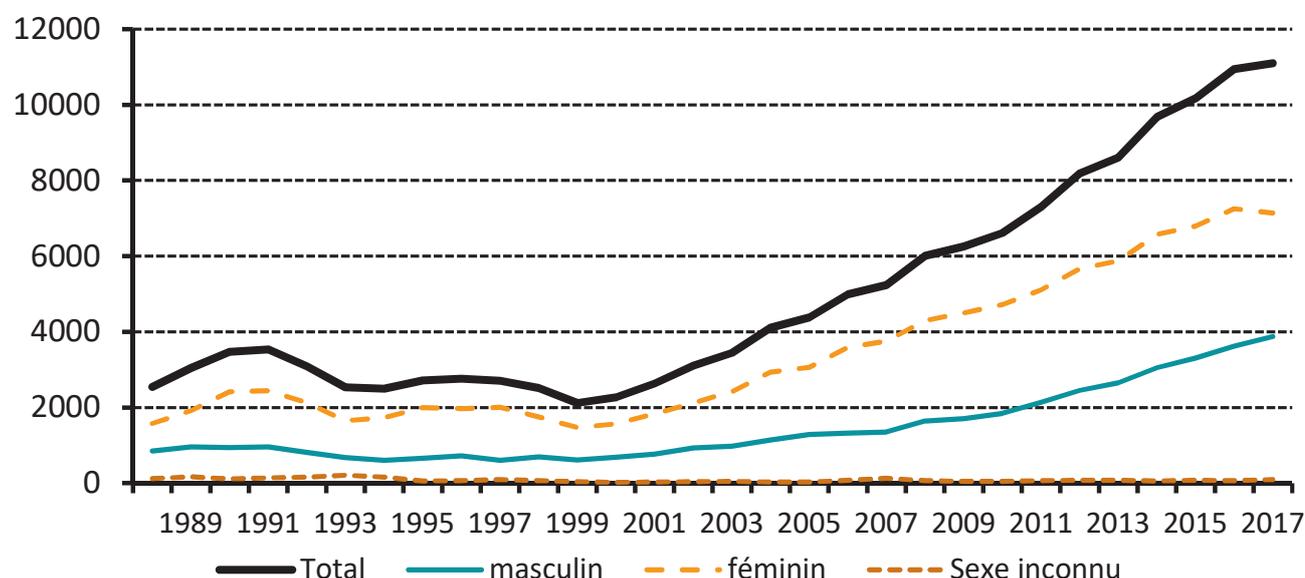


Tableau 1
Incidence de la chlamydie pour 100 000 habitants, par grande région¹
de l'OFS et par année de diagnostic, 2012–2017

Année de diagnostic	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Suisse	101,9	105,7	117,5	122,1	129,9	130,3
Région lémanique	140,7	135,3	152,2	153,0	158,8	163,3
Espace Mittelland	77,9	88,8	93,1	103,7	113,0	105,7
Suisse du Nord-Ouest	101,3	108,5	115,4	123,8	126,1	123,1
Zurich	123,7	133,3	152,2	155,0	159,2	168,6
Suisse orientale	72,5	80,5	88,0	91,9	102,9	104,9
Suisse centrale	77,2	81,0	87,8	83,4	105,8	103,0
Tessin	118,2	76,5	114,7	121,6	118,8	116,0

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

Contact

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

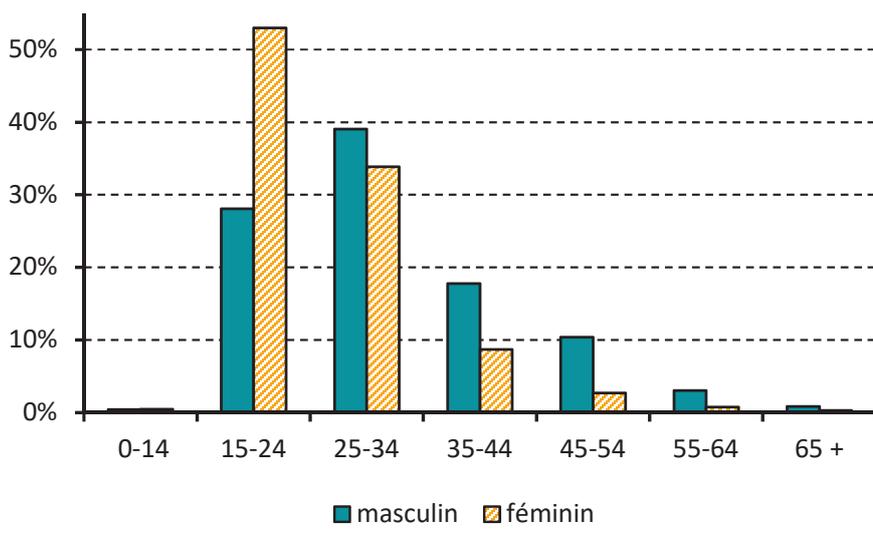
Annexe

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).

Figure 2
Répartition des personnes présentant une chlamydie confirmée,
par âge et par sexe
(cas des années 2013 à 2017 réunis pour des raisons statistiques)



RÉPARTITION PAR ÂGE

Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de chlamydie se situait à 24 ans ; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 24 ans et l'autre moitié de plus de 24 ans. La plupart des cas concernait le groupe des 15 à 24 ans (figure 2). Au moment du diagnostic, l'âge médian des hommes était de 5 ans supérieur à celui des femmes et se situait donc à 29 ans. Le groupe des 25 à 34 ans était le plus fortement touché.

SYNTHÈSE

Le nombre total de cas confirmés par laboratoire et, partant, l'incidence de la chlamydie ont augmenté en 2017 par comparaison à l'année précédente. L'augmentation du nombre de cas observée depuis 2000 s'est donc poursuivie, bien qu'elle soit nettement moins importante. La répartition par sexe et par âge est restée plus ou moins identique à celle des années précédentes : deux cas sur trois concernaient des femmes et la majorité d'entre elles avaient entre 15 et 34 ans.

Surveillance des tests

Les tests du VIH, de la syphilis, de la gonorrhée et de la chlamydia ont nettement augmenté chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette hausse est notamment due à une nouvelle campagne de dépistage des IST, menée pour la première fois en mai 2017 auprès de ces personnes.

Jusqu'à ce jour, il n'était pas possible, en Suisse, de se procurer les données chiffrées relatives aux tests de dépistage du VIH et de la syphilis directement auprès des laboratoires: il fallait s'adresser aux 30 centres proposant conseil et dépistage volontaires (*Voluntary Counselling and Testing*, VCT) [1]. Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle ordonnance sur les épidémies, le 1^{er} janvier 2016, le nombre de tests du VIH effectués en laboratoire est soumis à déclaration; toutefois, il n'a pas été possible d'exploiter cette information dans la mesure où la qualité des données était insuffisante. Il en va de même pour les tests concernant *Neisseria gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis*.

Depuis 2008, un nombre croissant de centres de dépistage du VIH en Suisse remplissent les critères VCT de l'OFSP, parmi lesquels l'exploitation du système BerDa en ligne (*Beratungs- und Datenerfassungssystem*, système de conseil et de saisie des données). C'est là que sont recensés, sous une forme anonyme, tous les tests VIH effectués ainsi que, depuis 2012, tous les tests de dépistage de la syphilis; le système répertorie également le nombre de tests VIH que chaque client a subis dans le passé.

Les données du système BerDa indiquent une hausse constante du nombre de tests de dépistage du VIH et de la syphilis réalisés dans les centres

VCT suisses, entre 2008 et 2017 (figures 1 et 2). En 2017, près de 22 000 tests du VIH et plus de 12 000 tests de la syphilis ont été menés; il s'agissait, notamment pour le VIH, de tests rapides dans la majorité des cas.

Par rapport à 2011, le nombre des tests enregistrés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) a presque triplé; pour les autres hommes et pour les femmes, ce facteur est respectivement de 1,7 et de 1,6. Pour les personnes âgées de 15 à 66 ans, cela signifie qu'en 2017, on estime que 10 % des HSH, 0,3 % des autres hommes et 0,2 % des femmes ont passé un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses. Des valeurs qui s'élevaient à 7,7 % chez les HSH et à 0,1 % chez les autres hommes et chez les femmes pour les tests de la syphilis.

Durant la même période, le nombre moyen de tests que les personnes ont rapporté avoir passé précédemment a lui aussi augmenté: chez les HSH, il est passé de 3,9 en moyenne en 2011 à 5,2 en 2017. Pour les autres hommes et les femmes, ce chiffre est resté longtemps relativement stable avec une moyenne de 1,5 test antérieur avant de monter à 1,7 en 2017 (figure 3).

L'OFSP interprète ces données par le fait que la fréquence des tests chez les HSH s'est intensifiée au cours des cinq dernières années. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de tous les tests effectués chez les HSH l'ont été dans les cabinets privés de médecins établis [2,3] et qu'ils ne sont donc pas

Figure 1
Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses en fonction des groupes de personnes, 2011–2017

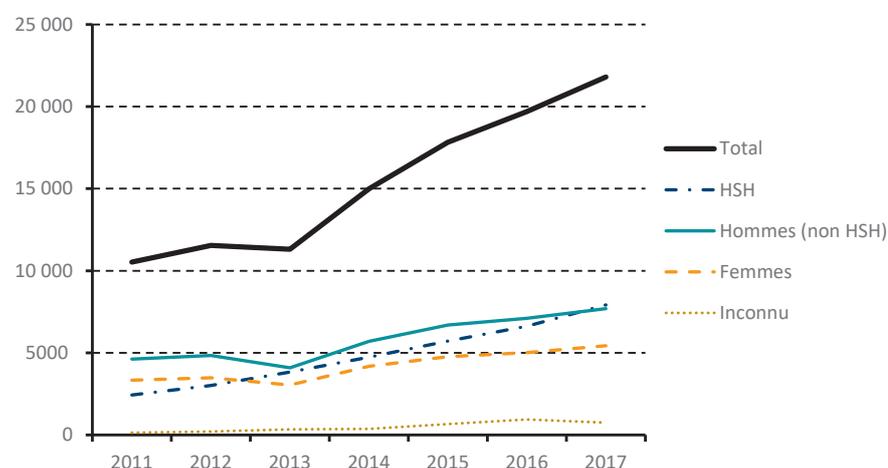


Figure 2
Nombre de tests de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en fonction des groupes de personnes, 2011–2017

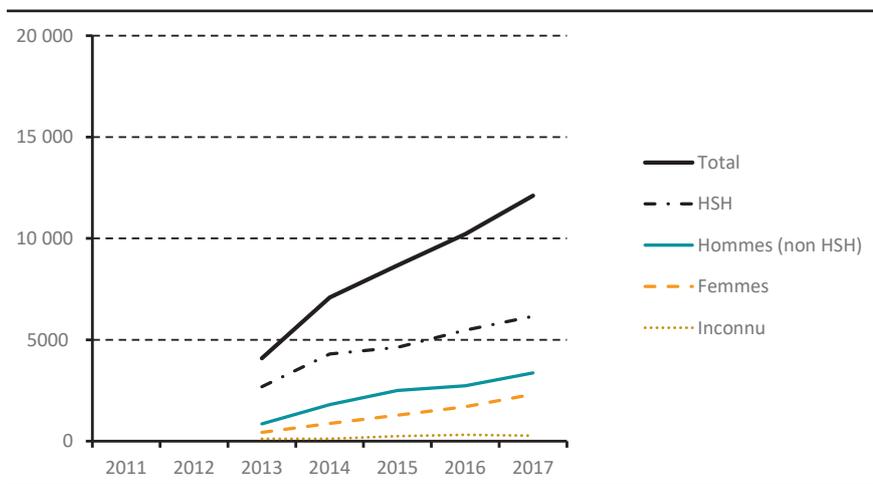


Figure 3
Nombre moyen de tests VIH antérieurs rapporté aux centres VCT suisses en fonction des groupes de personnes, 2011–2017

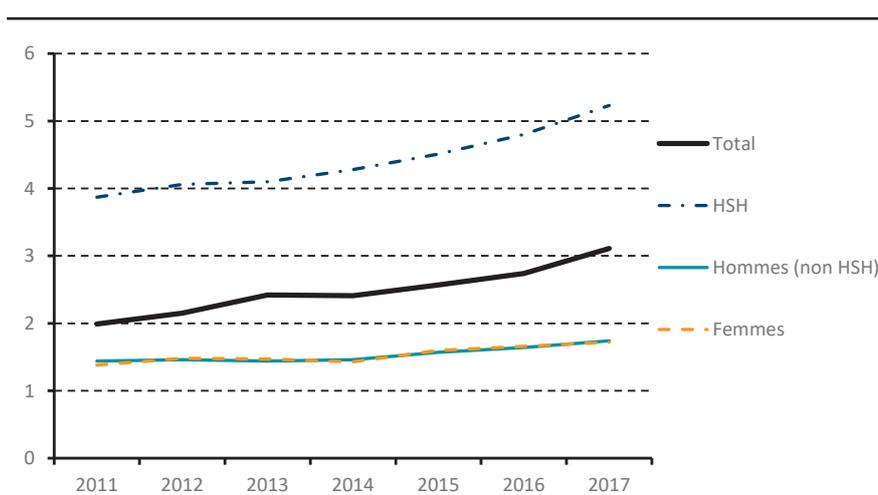
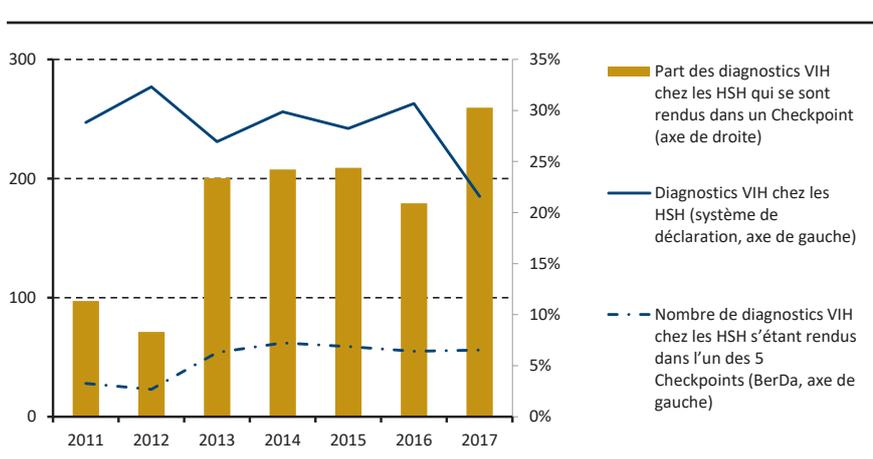


Figure 4
Diagnostics VIH chez les HSH, vision d'ensemble des données de déclaration et de BerDa, 2011–2017



recensés dans le système BerDa. Ce dernier contient néanmoins les données des cinq centres de santé suisses pour homosexuels hommes (*Checkpoints*) de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich ainsi que de 25 autres centres de test VIH et hôpitaux.

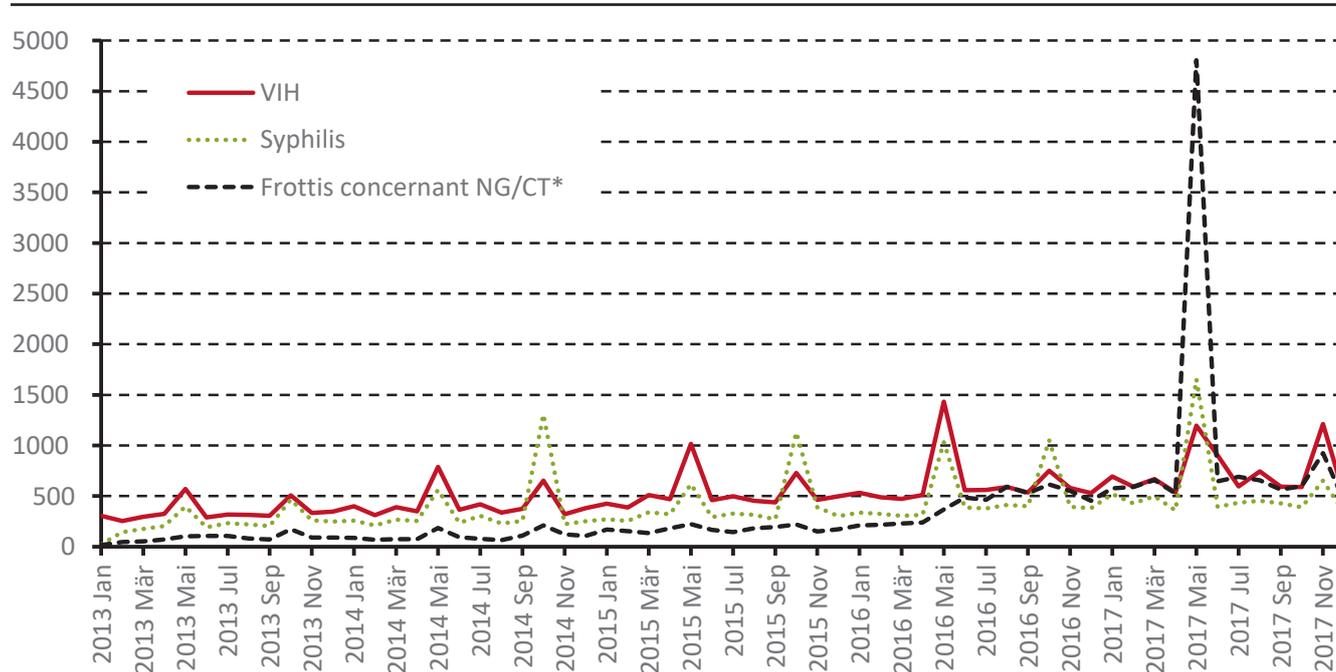
Les résidents suisses ayant participé, en 2017, à l'*Enquête Européenne en ligne sur la Sexualité entre Hommes* (EMIS-2017) affirmaient, pour 27 % d'entre eux, avoir effectué leur dernier test VIH dans un *Checkpoint* [3]. Ne considérant que les tests VIH positifs confirmés, il ressort que, sur les 185 personnes diagnostiquées VIH enregistrées dans le système de déclaration chez les HSH cette année-là, 56 avaient réalisé leur test dans les *Checkpoints* suisses (figure 4). Par conséquent, la part des diagnostics VIH qui concernent des HSH s'étant rendus dans un *Checkpoint* pour passer leur test augmente à 30 % pour l'année 2017.

Jusqu'à fin 2016, il existait en Suisse deux campagnes ciblées pour les 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. Pour l'année 2017, l'ordre est inversé : des tests gratuits de dépistage de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée ont été proposés en mai dans le cadre de la campagne «*STARMAN*», tandis que ceux qui portent sur le VIH l'ont été en novembre. La figure 5 illustre de manière saisissante l'efficacité des deux campagnes de test.

Cette figure est la première à représenter le nombre total de frottis visant à dépister la gonorrhée ou la chlamydia. Depuis le début de l'étude «*STAR-Trial*» sur les IST asymptomatiques, réalisée entre janvier 2016 et mai 2017, le nombre de frottis a nettement augmenté chez les HSH. À noter que le taux des tests n'est pas redescendu une fois l'étude terminée. Durant les seules semaines de la campagne *STARMAN*, plus de 4800 frottis ont été effectués. Comme on pouvait s'y attendre, cette augmentation a conduit, dans les premiers temps, à une hausse des diagnos-

Figure 5

Tests VIH et syphilis mensuels et frottis NG/CT* chez les HSH réalisés dans les centres VCT suisses, 2013–2017



* NG: *Neisseria gonorrhoeae*. CT: *Chlamydia trachomatis*

tics: en mai, on recensait ainsi 114 cas de gonorrhée et 126 de chlamydia.

Ces données permettent de déduire que tant la progression du nombre de gonorrhées chez les HSH que l'augmentation des diagnostics de la syphilis dans ce groupe peuvent s'expliquer en grande partie, voire entièrement, par le fait qu'un plus grand nombre de tests a été réalisé.

Contact

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

Références

1. www.lovelife.ch/fr/hiv-co/beratungsstellen/beratungsstelle-finden
2. The EMIS Network. 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, p 65.
3. The EMIS Network. EMIS 2017. Schmidt AJ, communication personnelle 2018.