



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 25 novembre 2024

OFSP-Bulletin Semaine 48/2024

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

Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein: évaluation épidémiologique pour l'année 2023, p.8

www.anresis.ch: Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse, p.62

Modification de l'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT): entrée en vigueur le 1er janvier 2025, p.64

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

MISE EN PAGE ET IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	7
Résumé hebdomadaire sur les virus respiratoires	7
Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein: évaluation épidémiologique pour l'année 2023	8
La surveillance des tests VIH et IST dans les centres VCT en Suisse en 2023	12
VIH et sida en Suisse et au Liechtenstein en 2023	16
La chlamydirose en Suisse et au Liechtenstein en 2023	27
La gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein en 2023	30
La syphilis en Suisse et au Liechtenstein en 2023	35
L'hépatite B en Suisse et au Liechtenstein en 2023	43
L'hépatite C en Suisse et au Liechtenstein en 2023	51
www.anresis.ch: Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	62
Modification de l'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT): entrée en vigueur le 1 ^{er} janvier 2025	64
Vol d'ordonnances	67

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 46^e semaine (18.11.2024)^a

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

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

^c Femmes enceintes et nouveau-nés.

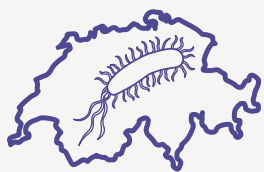
^d Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^e Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses:
Situation à la fin de la 46^e semaine (18.11.2024)^a

	Semaine 46			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.6	1 0.6	1 0.6	13 1.9	8 1.2	11 1.6	164 1.8	142 1.6	119 1.3	141 1.8	112 1.4	102 1.3
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers	https://idd.bag.admin.ch											
Légionellose	5 2.9	14 8.2	17 10	52 7.6	62 9.1	51 7.5	576 6.5	657 7.4	656 7.4	520 6.6	585 7.5	595 7.6
Méningocoques: maladie invasive		1 0.6		1 0.2	2 0.3	3 0.4	33 0.4	37 0.4	14 0.2	32 0.4	33 0.4	13 0.2
Pneumocoques: maladie invasive	7 4.1	20 11.7	12 7	56 8.2	60 8.8	54 7.9	1082 12.2	948 10.7	651 7.4	910 11.6	753 9.6	567 7.2
Rougeole		1 0.6		1 0.2	5 0.7		101 1.1	41 0.5		99 1.3	40 0.5	
Rubéole ^b												
Rubéole, materno-fœtale ^c												
Tuberculose	2 1.2	2 1.2	3 1.8	18 2.6	20 2.9	20 2.9	412 4.6	404 4.6	358 4	362 4.6	367 4.7	316 4
Transmission féco-orale												
Campylobactériose												
https://idd.bag.admin.ch												
Hépatite A	1 0.6	1 0.6		4 0.6	3 0.4	3 0.4	67 0.8	57 0.6	48 0.5	57 0.7	52 0.7	42 0.5
Hépatite E	2 1.2	1 0.6		10 1.5	4 0.6	5 0.7	70 0.8	81 0.9	74 0.8	63 0.8	72 0.9	66 0.8
Infection à E. coli entérohémorragique	26 15.3	21 12.3	13 7.6	127 18.6	116 17	95 14	1387 15.7	1218 13.8	1181 13.3	1258 16.1	1103 14.1	1080 13.8
Listériose	2 1.2	1 0.6	1 0.6	5 0.7	1 0.2	5 0.7	53 0.6	67 0.8	79 0.9	40 0.5	61 0.8	72 0.9
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				1 0.2		1 0.2	37 0.4	20 0.2	9 0.1	36 0.5	18 0.2	9 0.1
Salmonellose, autres												
https://idd.bag.admin.ch												
Shigellose												
https://idd.bag.admin.ch												

	Semaine 46			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022	2024	2023	2022
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	215 126.3	185 108.6	215 126.3	959 140.8	879 129	1071 157.2	12977 146.6	12591 142.2	12982 146.6	11391 145.4	11122 142	11579 147.8
Gonorrhée	132 77.5	147 86.3	101 59.3	569 83.5	522 76.6	437 64.2	6850 77.4	5924 66.9	5103 57.6	6049 77.2	5302 67.7	4557 58.2
Hépatite B, aiguë		1 0.6			2 0.3		20 0.2	17 0.2	13 0.2	18 0.2	15 0.2	11 0.1
Hépatite B, total déclarations	18	24	12	86	82	74	1251	1149	1058	1114	995	948
Hépatite C, aiguë				1 0.2			22 0.2	14 0.2	12 0.1	20 0.3	12 0.2	9 0.1
Hépatite C, total déclarations	10	18	22	76	69	87	1076	1040	1012	950	919	916
Infection à VIH	1 0.6	8 4.7	11 6.5	19 2.8	33 4.8	36 5.3	335 3.8	347 3.9	358 4	297 3.8	311 4	310 4
Sida		1 0.6	1 0.6	2 0.3	3 0.4	3 0.4	43 0.5	37 0.4	44 0.5	38 0.5	35 0.4	40 0.5
Syphilis, stades précoces ^d	2 1.2	9 5.3	10 5.9	35 5.1	65 9.5	45 6.6	774 8.7	793 9	830 9.4	676 8.6	702 9	732 9.3
Syphilis, total	2 1.2	19 11.2	11 6.5	40 5.9	91 13.4	54 7.9	1028 11.6	1091 12.3	1100 12.4	894 11.4	973 12.4	961 12.3
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose							5 0.06	7 0.08	5 0.06	4 0.05	6 0.08	5 0.06
Chikungunya		1 0.6			3 0.4	1 0.2	28 0.3	24 0.3	5 0.06	20 0.3	23 0.3	4 0.05
Dengue		9 5.3	5 2.9	10 1.5	33 4.8	15 2.2	464 5.2	248 2.8	101 1.1	398 5.1	234 3	96 1.2
Encéphalite à tiques	https://idd.bag.admin.ch											
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Fièvre jaune												
Fièvre Q			1 0.6	10 1.5	4 0.6	6 0.9	157 1.8	132 1.5	92 1	146 1.9	118 1.5	77 1
Infection à Hantavirus												
Infection à virus Zika							10 0.1	4 0.05		10 0.1	4 0.05	
Paludisme	5 2.9	7 4.1	7 4.1	16 2.4	24 3.5	26 3.8	303 3.4	340 3.8	313 3.5	274 3.5	318 4.1	291 3.7
Trichinellose								1 0.01	4 0.05		1 0.01	4 0.05
Tularémie	https://idd.bag.admin.ch											
Autres déclarations												
Botulisme								1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Diphthérie ^e			1 0.6		1 0.2	13 1.9	5 0.06	43 0.5	79 0.9	4 0.05	27 0.3	78 1
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				2 0.3	1 0.2	1 0.2	16 0.2	29 0.3	27 0.3	15 0.2	27 0.3	21 0.3
Tétanos												
Mpox (Variole du singe)			1 0.6	2 0.3	3 0.4	1 0.2	34 0.4	15 0.2	547 6.2	32 0.4	11 0.1	547 7



Le dernier **Swiss Antibiotic Resistance Report (SARR)** renseigne sur la consommation d'antibiotiques et l'évolution des résistances en Suisse.



Consulter en ligne



Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 17.11.2024 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	43		44		45		46		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	5	0.5	3	0.3	2	0.2	5	0.5	3.8	0.4
Piqûre de tiques	2	0.2	3	0.3	1	0.1	0	0	1.5	0.2
Herpès zoster	9	0.8	8	0.7	4	0.3	3	0.3	6	0.5
Névralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0	0	0.8	0.1
Médecins déclarants	146		158		155		142		150.3	

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.



Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein: évaluation épidémiologique pour l'année 2023

Ce rapport annuel fournit une évaluation épidémiologique pour les infections sexuellement transmissibles surveillées dans le cadre de la déclaration obligatoire en Suisse et au Liechtenstein. Outre le VIH/sida, la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis, il couvre aussi l'hépatite B et l'hépatite C. Bien que les deux dernières maladies ne soient que partiellement transmises par voie sexuelle, elles sont couvertes par l'objectif d'élimination de l'OMS et font donc partie intégrante du Programme national *Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles* (NAPS). Ce rapport fournit de plus une évaluation du nombre de tests de détection du VIH, de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis effectués dans les centres de dépistage et de conseil volontaires (statistique BerDa). Ces évaluations mettent l'accent sur les données de 2023, tout en les inscrivant dans leur évolution temporelle.

RÉSUMÉ DES TENDANCES EN 2023

En Suisse, le nombre de cas de VIH déclarés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est en baisse depuis 2003. Après avoir atteint un creux historique en 2020 en raison de la pandémie du COVID-19, il est légèrement remonté en 2021, puis encore en 2022. Cette tendance à la hausse s'est interrompue en 2023: l'OFSP a enregistré 352 déclarations, soit une incidence de 4,0 cas pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est donc inférieur de 17,8 % à son niveau prépandémique de 2019. À titre de comparaison, on comptait en moyenne 1300 déclarations par an dans les années 1990. L'une des principales explications de ce recul est une « cascade VIH » durable, dans laquelle presque toutes les personnes séropositives savent qu'elles sont infectées et se font traiter efficacement et rapidement, de façon à ne plus transmettre le virus. La chimioprophylaxie orale du VIH (prophylaxie préexposition, PrEP) a elle aussi contribué à cette diminution: à fin 2023, environ 5750 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) avaient participé à ce programme.

Le nombre de cas d'infections à chlamydia déclarés augmente régulièrement depuis 2000, si l'on excepte en 2020, première année de la pandémie du COVID-19. En 2023, cette tendance s'est interrompue et l'incidence a atteint 144,3 cas pour 100 000 personnes, soit une légère baisse de 2,6 % par rapport à l'année précédente. Bien que le nombre de cas s'accroisse tendancielllement bien plus fortement chez les hommes, les infections à chlamydia continuent d'être majoritairement diagnostiquées chez les femmes, en particulier celles de 15 à 24 ans. L'augmentation du nombre de cas de gonorrhée déclarés que l'on observe depuis plusieurs années se poursuit. En 2023, l'incidence s'est élevée à 68,9 cas pour 100 000 personnes, soit une hausse de 19,1 % par rapport à l'année précédente. Les personnes les plus touchées sont les HSH dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans. La tendance à la hausse observée pour les infections à chlamydia et la gonorrhée pourrait s'expliquer en partie par l'élargissement du dépistage.

Bien qu'en augmentation continue depuis le creux de 2020 induit par la pandémie du COVID-19, le nombre de cas de syphilis déclarés semble s'être globalement stabilisé. En 2023, l'incidence était de 12,7 cas pour 100 000 personnes, en légère hausse par rapport à l'année précédente (2,7 %); elle restait toutefois similaire à la situation prépandémique. Les infections de syphilis sont principalement diagnostiquées chez des HSH.

Les taux de déclaration de l'hépatite B pour ces cinq dernières années sont les plus bas jamais enregistrés (12,7 cas pour 100 000 personnes en 2023). L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces 30 dernières années, atteignant en 2022 et 2023 un minimum historique de 0,2 cas pour 100 000 personnes. Il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B qui est recommandé aux nourrissons et aux adolescents, ainsi qu'à toute personne à risque. Selon les données les plus récentes, la couverture vaccinale en Suisse s'élève à 79 % chez les jeunes de 16 ans; ce pourcentage est toutefois inférieur chez les adultes sexuellement actifs.

Après un creux historique en 2020, le nombre de cas déclarés d'hépatites C est remonté dès 2022 à son niveau de 2019. Le taux de déclaration était de 11,8 cas pour 100 000 personnes en 2023, stable par rapport à l'année précédente. Ces trois dernières années, l'incidence de l'hépatite C aiguë était à un minimum historique de 0,2 cas pour 100 000 personnes. Bien qu'en légère baisse ces cinq dernières années, la consommation de drogues injectables reste la principale exposition identifiée.

CASCADE VIH EN SUISSE EN 2023

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) s'est donné une cible ambitieuse : faire en sorte que, d'ici 2025, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 95 % des personnes diagnostiquées avec le VIH reçoivent un traitement médicamenteux (traitement antirétroviral, TAR) et que 95 % des personnes traitées le soient de manière optimale, c'est-à-dire que le

virus ne soit plus détectable dans leur sang avec la procédure courante (objectifs 95-95-95 de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSIDA) [1]. En Suisse, ces objectifs ont déjà été atteints avant 2020, à l'exception de la proportion de personnes diagnostiquées. À l'été 2020, une comparaison mondiale des cascades VIH a été publiée : la Suisse se plaçait largement en tête [2]. La cascade VIH pour l'année 2023 est représentée à la figure 1 : 93 % des personnes vivant avec le VIH ont reçu le diagnostic correspondant et connaissent donc leur statut sérologique, 98 % des personnes diagnostiquées sont sous traitement antiviral et 97 % des personnes traitées ont une charge virale indétectable (inférieure à 50 copies par millilitre). Des pourcentages élevés à chaque étape de la cascade VIH sont essentiels pour faire baisser l'incidence du VIH. Le pourcentage de la première étape repose sur des modélisations, tandis que ceux des deuxième et troisième étapes se fondent es-

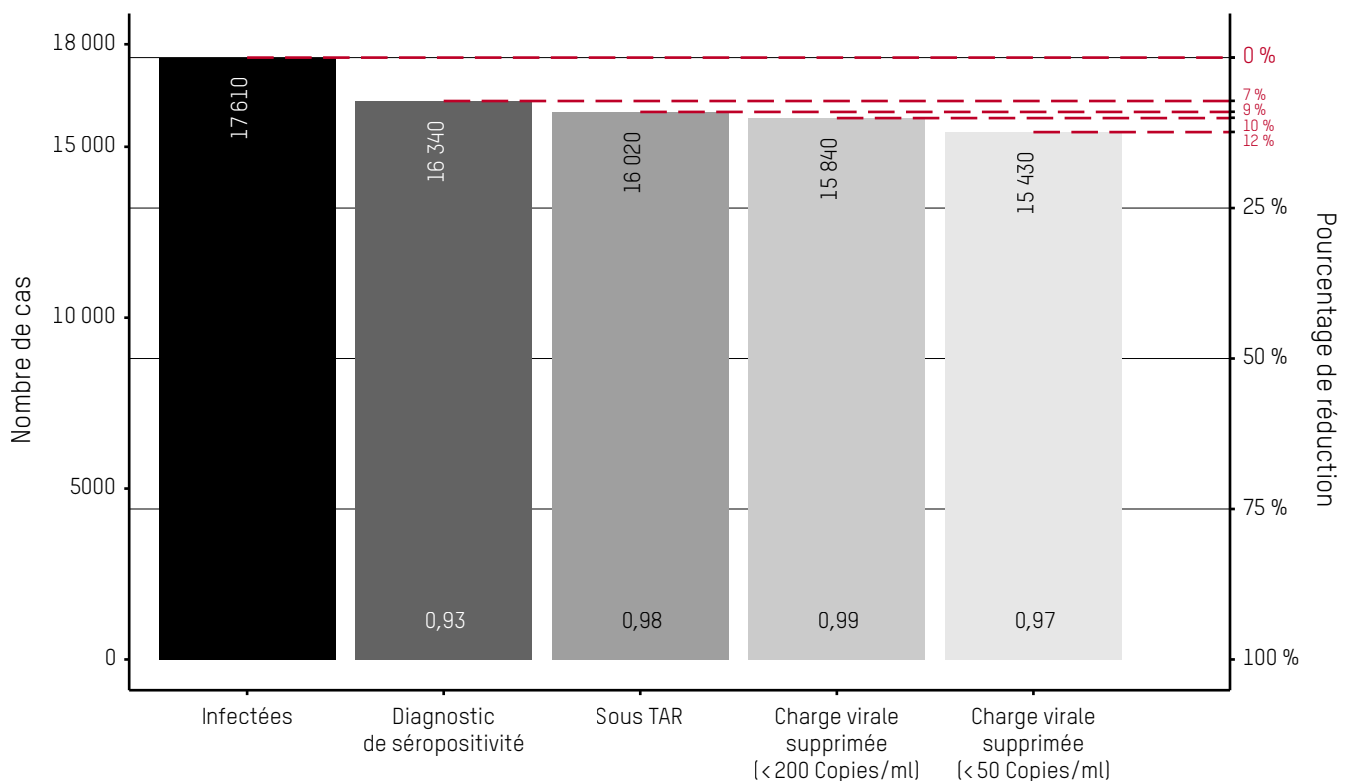
sentiellement sur les données de l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS). Le taux de 93 % à la première étape signifie que le pourcentage estimé d'infections VIH non encore diagnostiquées est de 7 %. Il convient de noter que ce taux se fonde sur une estimation de 2018. Le nombre de personnes susceptibles de transmettre le VIH diminue grâce à un dépistage et à un traitement de plus en plus précoces : d'après les estimations, il était de 2300 en 2019 [3] et de 2180 en 2023.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE VIH

Le nombre de cas de VIH déclarés à l'OFSP a pour la première fois légèrement diminué en 2023, après le rebond modéré post COVID-19. Il est sensiblement inférieur à son niveau prépandémique de 2019 (-17,8 %). L'incidence des nouveaux cas était de 4,0 pour 100 000 personnes.

La tendance globalement à la baisse du nombre de nouveaux cas de VIH té-

Figure 1
Cascade VIH en Suisse en 2023



OFSP, état : 29.05.2024

moigne de l'efficacité de la politique de prévention appliquée en Suisse : multiplication des tests, surtout dans les groupes particulièrement exposés, traitement précoce et suivi régulier des patients. Le mérite en revient aussi à l'Aide suisse contre le sida, aux checkpoints et à l'étude SHCS (Swiss HIV Cohort Study), notamment aux médecins qui y sont associés et qui traitent les personnes participant à l'étude conformément aux connaissances les plus récentes en la matière et garantissent une observance élevée. Cette dernière est en outre renforcée grâce à une recommandation progressiste, la Swiss Statement [4], qui a été clairement confirmée par de grandes études dix ans après sa publication [5] : undetectable = untransmittable (indétectable = non transmissible). En d'autres termes, une personne suivant un traitement efficace n'est pas contagieuse. Les patients VIH qui connaissent cette règle ne se sentent plus stigmatisés et sont incités à prendre régulièrement leurs médicaments, ce qui se reflète depuis plusieurs années dans la baisse du nombre de nouveaux cas.

CHIMIOPROPHYLAXIE DU VIH

Depuis janvier 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle recommande la chimioprophylaxie orale contre le VIH (PrEP) pour les personnes séronégatives exposées à un risque élevé de contamination [6]. En Suisse, cette prophylaxie est accessible de manière informelle depuis 2016. Depuis avril 2019, la PrEP est mise en œuvre dans le cadre du programme et projet de recherche national « SwissPrEPared » ; dans ce cadre, elle est disponible à bas coût depuis octobre 2020 et prise en charge par l'assurance obligatoire des soins depuis juillet 2024, et son utilisation fait l'objet d'un suivi médical et scientifique. À fin 2023, environ 5750 personnes s'étaient protégées grâce à la PrEP, quasi exclusivement des HSH. Ceux-ci présentent un risque accru de contamination en raison de la prévalence comparativement élevée du VIH dans ce groupe (8 %, voir [7]) et de la densité de leurs réseaux sexuels. Par conséquent, l'OFSP salue le fait que, depuis avril 2021, un générique non soumis à un brevet soit autorisé comme

PrEP et vendu sur ordonnance [8, 9]. L'OMS recommande l'utilisation de la PrEP comme un moyen de prévention supplémentaire du VIH auquel il est possible de renoncer après un « passage » par une période de risque élevé de VIH [10]. Alors que les travailleuses du sexe en Suisse semblent rester peu touchées par le VIH, les hommes hétérosexuels disent assez souvent (12 %) avoir contracté le virus à l'occasion de relations sexuelles tarifées [11]. Les médecins devraient prendre ce point en considération lors de leurs consultations et attirer l'attention des touristes qui envisagent d'avoir des rapports sexuels dans des régions à haute prévalence (telles que l'Asie du Sud-Est) sur les possibilités de prévention [6].

CHLAMYDIOSE ET GONORRÉE

Le nombre de cas d'infections à chlamydia déclarés chez les femmes est resté stable depuis 2015, à un niveau élevé (environ 7000 cas par an). Généralement asymptomatique, c'est l'infection sexuellement transmissible (IST) à déclaration obligatoire la plus fréquente en Suisse. Le nombre élevé de cas est dû aux contrôles de routine dans les cabinets gynécologiques. Comme en 2022, il y a eu une hausse du nombre de cas chez les hommes en 2023, mais beaucoup plus modérée que l'année précédente. En Suisse, le diagnostic de la chlamydie est aujourd'hui couplé à celui de la gonorrhée : le dépistage de l'une des deux infections est presque toujours associé à celui de l'autre. La principale explication de cette augmentation, déjà ancienne, du nombre de diagnostics de chlamydie et de gonorrhée est l'élargissement du dépistage, que ce soit le nombre de personnes testées, la fréquence des tests par personne et le nombre d'échantillons prélevés chez la même personne (diverses localisations des frottis). La baisse significative du coût du dépistage des IST chez les patients qui paient eux-mêmes cette prestation, notamment dans le cadre de campagnes spécifiques, a encouragé l'expansion du dépistage. L'augmentation du nombre de diagnostics dans les groupes de personnes auxquelles un dépistage plus intensif est recommandé en constitue ainsi une conséquence attendue. Comme le dé-

pistage de la gonorrhée et de la chlamydie asymptomatique est recommandé principalement pour réduire le nombre de porteurs dans les différents réseaux sexuels et le maintenir le plus bas possible, l'OFSP considère qu'il est important que le coût à la charge des patients soit faible [12].

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

SYPHILIS

Le nombre de nouveaux cas de syphilis semble globalement se stabiliser, bien qu'il soit en augmentation continue après le creux de 2020 induit par la pandémie du COVID-19. En 2023, l'incidence était de 12,7 cas pour 100 000 personnes, soit une hausse de 2,7 % par rapport à l'année précédente. Toutefois, l'incidence restait similaire en 2023 à celle de l'année prépandémique 2019 (12,4 cas pour 100 000 personnes).

Les personnes à risque pour la syphilis sont pour l'essentiel des HSH ainsi que des travailleuses du sexe [11, 13]. Contrairement au VIH, les relations sexuelles tarifées jouent un rôle important dans la transmission de la syphilis chez les hommes et les femmes hétérosexuels. En principe, on peut supposer ici une sous-déclaration, car tant l'offre que la consommation de services sexuels tarifés sont fortement stigmatisées. En Suisse, un dépistage de la syphilis une fois tous les six mois est actuellement recommandé aux travailleuses du sexe. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez les HSH avec partenaires multiples afin de casser les chaînes de transmission [13].

HÉPATITE B

Les taux de déclaration de l'hépatite B pour ces cinq dernières années sont les plus bas jamais enregistrés (12,7 cas pour 100 000 personnes en 2023), malgré un rattrapage après le creux de 2020 dû à la pandémie du COVID-19. L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces 30 dernières années. Ajustée pour les formulaires de déclaration des médecins manquants, l'incidence était de 0,2 cas pour 100 000 personnes en 2022 et en 2023, un minimum historique. La plupart des cas déclarés étaient d'origine étrangère, avec une exposition le plus souvent à l'étranger, dans des pays où la prévalence de cette maladie est plus élevée. Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fondait déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien de la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que des groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). La couverture vaccinale de l'hépatite B était récemment de 79 % chez les jeunes de 16 ans [14], mais ce pourcentage était nettement inférieur chez les adultes sexuellement actifs [11, 13]. L'OFSP encourage les acteurs cliniques à évaluer le statut vaccinal pour l'hépatite B ou à directement commencer ou compléter la vaccination lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible. De même, lors de l'anamnèse, ils devraient identifier les personnes appartenant à des groupes à risque et leur proposer, le cas échéant, de se faire vacciner.

HÉPATITE C

Après un creux historique en 2020, le nombre de cas déclarés d'hépatite C est revenu dès 2022 à son niveau de 2019. Le taux de déclaration était de 11,8 cas pour 100 000 personnes en 2023, stable par rapport à l'année précédente. Depuis 2021, l'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les formulaires de déclaration des médecins manquants – était à un plus bas historique de 0,2 cas pour 100 000 personnes. Après le lancement du PNVI en 2011, une nouveauté essentielle a vu le jour : depuis 2014 (autorisation du *sofosbuvir*

en Suisse), il est possible d'éliminer le virus de l'hépatite C (VHC) de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux d'action directe dans environ 95 % des cas. Les coûts du traitement ne sont pris en charge en Suisse pour les patients asymptomatiques que depuis 2017.

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

Contact

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

Programme national (NAPS) : Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles

Avec son programme national *Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles* (NAPS) la Suisse poursuit un objectif ambitieux : d'ici 2030, il n'y a plus de transmission du VIH et des virus des hépatites B et C en Suisse, et l'incidence des infections sexuellement transmissibles baisse, améliorant ainsi la santé sexuelle.

Bibliographie

- ¹ ONUSIDA (NA). 2025 AIDS Targets. Genève: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- ² ONUSIDA (2020). 2020 Global AIDS Update. Seizing the moment – Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- ³ Office fédéral de la santé publique (2020). VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2019: *OFSP-Bulletin*; 48: 8–10
- ⁴ Vernazza P, Bernard EJ (2018). HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. *Swiss Med Wkly*; 146:w14246
- ⁵ Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov LI. (2023). The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *The Lancet*; 402(10400): 464–471
- ⁶ Office fédéral de la santé publique (2016). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie pré-exposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. *OFSP-Bulletin*; 4: 77–79
- ⁷ Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4): 285–291
- ⁸ Compendium.ch (13.4.2021). Emtricitabin-Tenofovir-Mepha Lactab®. Nouveau générique de Truvada® commercialisé. Berne: HCI Solutions AG
- ⁹ Le magazine queer suisse (25.3.2021). PrEP: enfin des génériques en Suisse. Genève: Presse 360
- ¹⁰ Organisation mondiale de la santé (2015). Policy Brief. WHO expands Recommendation on Oral Preexposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP). Genève: Organisation mondiale de la santé
- ¹¹ Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393
- ¹² Office fédéral de la santé publique (2021). Liste des analyses (LA). Modifications au 1.7.2021
- ¹³ Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392
- ¹⁴ Office fédéral de la santé publique (2024). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2023

La surveillance des tests VIH et IST dans les centres VCT en Suisse en 2023

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

CONTEXTE

L'augmentation dans le temps du nombre de cas déclarés de maladies infectieuses peut s'expliquer par deux causes principales : soit par davantage de contaminations, soit par un dépistage plus intensif. La surveillance des tests de dépistage cherche à analyser de plus près cette seconde cause. Les données relatives au nombre de tests VIH et autres IST sont fournies en Suisse par 23 établissements (état fin 2023), qui proposent du conseil et du dépistage volontaire (*Voluntary Counselling and Testing*, VCT) [1].

Depuis 2008, un nombre croissant de centres de dépistage du VIH en Suisse remplissent les critères VCT de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), parmi lesquels l'exploitation du système BerDa en ligne (**B**eratungs- und **D**aten-**e**rfassungssystem, système de conseil et de saisie des données). Les centres VCT recensent, sous une forme anonyme, tous les tests VIH effectués ainsi que, depuis 2012, les tests de dépistage de la syphilis et la recherche de gonocoques et de chlamydias (frottis). Les clients sont priés, avant le conseil, de répondre sur un ordinateur ou une tablette – également de manière anonyme – à des questions qui constitueront une base importante pour les entretiens sur la santé sexuelle. En

2019, le contenu et l'aspect technique du système BerDa ont été profondément revus en collaboration avec les centres VCT. Depuis le 1^{er} janvier 2020, ces derniers emploient tous le nouveau système. L'OFSP utilise les données obtenues pour planifier la prévention du VIH rapidement et de manière ciblée. BerDa couvre les six centres de santé suisse pour hommes homosexuels (**checkpoints**) situés dans les villes de Genève (depuis 2005), Zurich (2006), Bâle (2012), Lausanne (2012), Berne (2013) et Lucerne (2020), deux centres pour travailleuses du sexe à Zurich et à Bâle, deux grands hôpitaux et 13 autres centres de dépistage du VIH.

Une nouveauté majeure de l'année 2020 a été le processus concernant le consentement éclairé (*Informed Consent*) relatif à la conservation, y compris après l'entretien, des données introduites dans le système par les clients. Par conséquent, pour tous les jeux de données dont les clients n'ont pas autorisé l'utilisation dans leur intégralité, on connaît les tests qui ont été faits et leurs résultats, mais pas le groupe d'exposition auquel appartient la personne testée.

Dans le système de déclaration obligatoire suisse, les résultats enregistrés sont les tests *positifs*. Pour connaître le nombre total de tests effectués, l'OFSP

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

SITUATION ACTUELLE

En 2023, les centres VCT participant au système BerDa ont enregistré au total 35 637 consultations. Pour 22 490 d'entre elles (63,1 %), les clients ont activement accepté le stockage de l'intégralité de leur jeu de données. Les figures ci-dessous montrent, quand cela est pertinent, une estimation des données manquantes. Les lignes continues représentent les données telles qu'elles sont réellement stockées dans

le système. Les zones ombrées (depuis 2020) correspondent à une extrapolation tenant compte des personnes pour lesquelles le groupe d'exposition n'est pas connu.

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

DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS

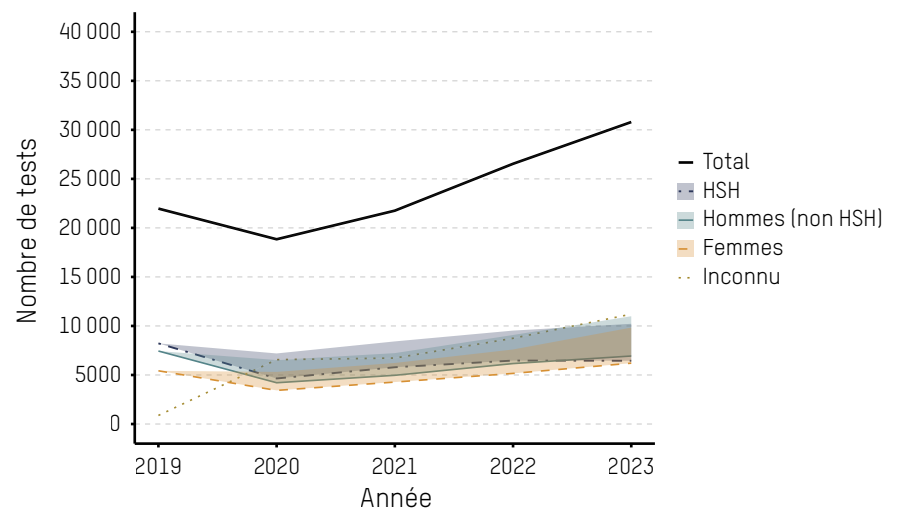
En 2023, les centres VCT ont réalisé et saisi dans BerDa 30 797 tests VIH et 27 978 tests de la syphilis; pour le VIH, il s'agissait principalement de tests rapides. Depuis le 19 juin 2018, la vente de tests VIH à usage personnel est autorisée en Suisse. Malgré cela et outre la participation à SwissPrEPared, on observait une stagnation du nombre de tests VIH enregistrés dans BerDa avant 2020 (figure 1). Pour les tests de la syphilis, en revanche, la tendance à l'augmentation observée depuis plusieurs années se poursuit (figure 2). De plus, en raison de la pandémie, on avait constaté en 2020 une diminution générale ou du moins un ralentissement de l'augmentation de tests effectués qui s'explique par la forte baisse du nombre de visites dans les centres VCT de mars à mai 2020. Malgré tout, le nombre (ajusté) des tests VIH enregistrés pour les HSH a augmenté de 24,3 % entre 2019 et 2023, alors que l'augmentation pour les autres hommes et les femmes était respectivement de 47,7 % et 81,2 %. Pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 12,0 % des HSH [3], 0,4 % des autres hommes et 0,3 % des femmes ont fait un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses en 2023. Le nombre de tests de la syphilis effectués dans les centres VCT chez les HSH en 2023 a augmenté de 91,4 % par

rapport à 2019; cette augmentation atteignait même respectivement 130,0 % et 175,7 % chez les autres hommes et chez les femmes, bien que ces tests, dé-

pistage pendant la grossesse non compris, ne soient recommandés que pour les HSH et les travailleuses du sexe et leurs clients. Pour les personnes âgées

Figure 1

Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2019 – 2023



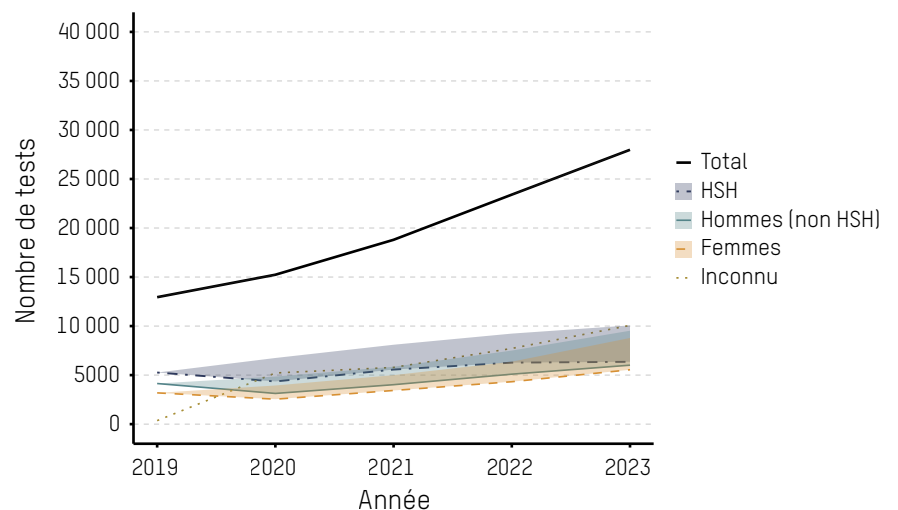
OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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

Figure 2

Nombre de tests de la syphilis dans les centres VCT suisses en fonction des groupes d'exposition¹, 2019 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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

de 15 à 64 ans, on estime que 11,8 % des HSH, 0,3 % des autres hommes et 0,3 % des femmes ont fait un test de dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en 2023.

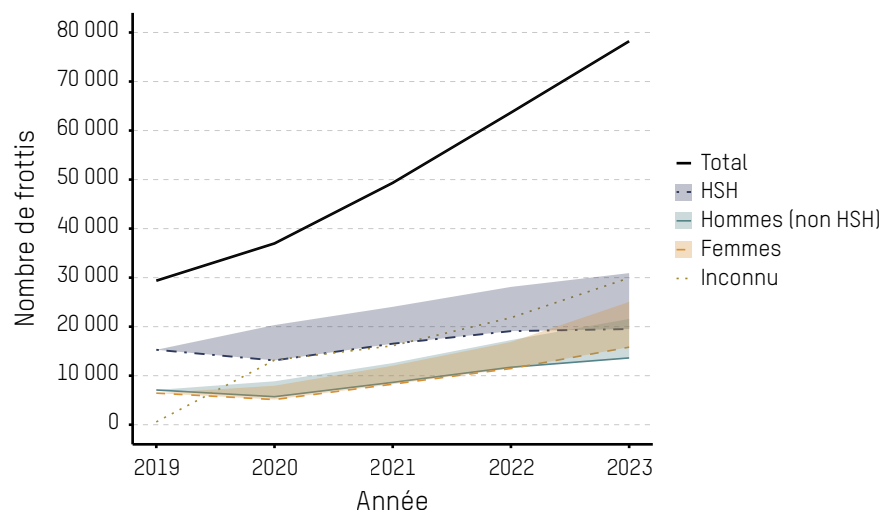
Pour l'OFSP, ces résultats signifient que la fréquence des tests a continué à augmenter en 2023 en Suisse chez les HSH, aussi bien pour le VIH que pour la syphilis. Il convient toutefois de préciser que la moitié environ de ces tests VIH sont effectués dans des cabinets médicaux privés [4, 5] et que, dans ce cas, ils ne sont pas pris en compte dans nos statistiques.

FROTTIS DE DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA CHLAMYDIOSE

La figure 3 montre l'augmentation massive des frottis visant à dépister la gonorrhée et/ou la chlamydie. Pour chaque examen, le nombre de frottis effectués peut aller jusqu'à trois (urètre/vagin, gorge et anus). En 2023, 78 221 frottis ont été documentés dans le sys-

Figure 3

Nombre de frottis pour la recherche de gonocoques et/ou de chlamydias dans les centres VCT suisses, en fonction des groupes d'exposition¹, 2019 – 2023



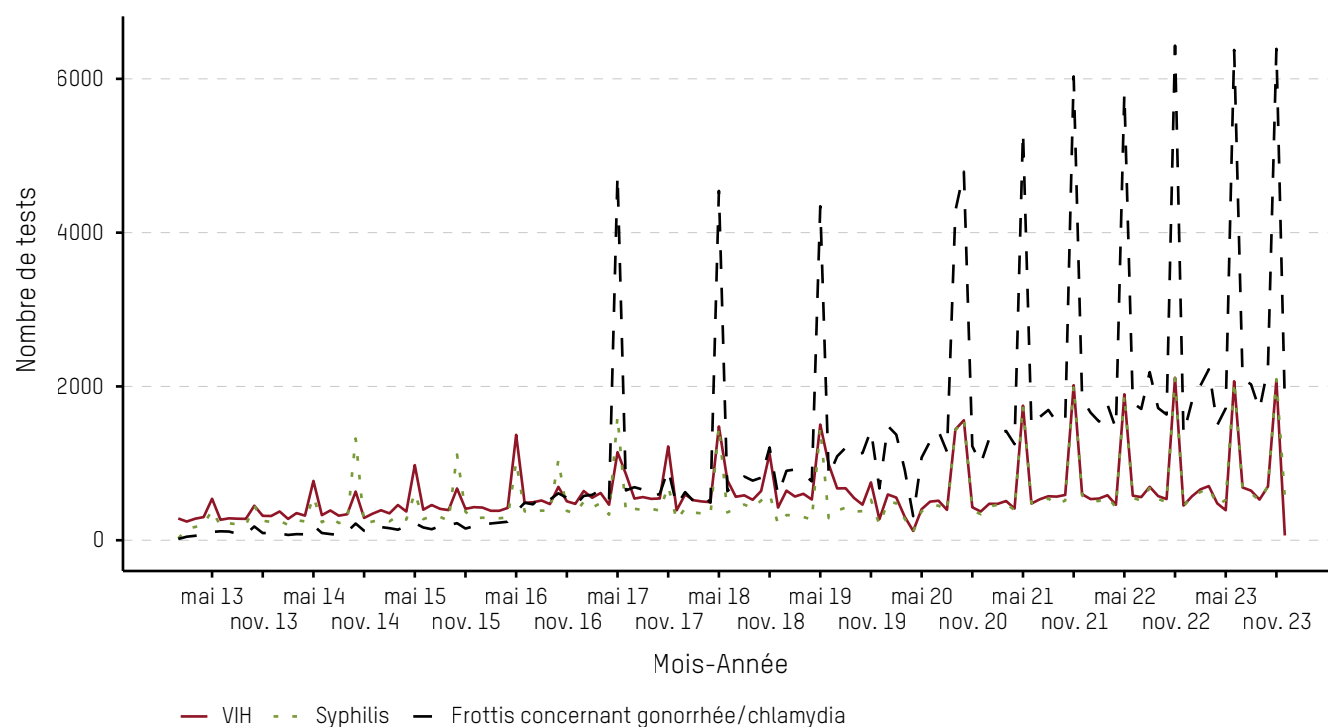
OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

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

Figure 4

Nombre de tests du VIH et de la syphilis mensuels et nombre de frottis à la recherche de la gonorrhée et/ou de la chlamydie chez les HSH¹ dans les centres VCT suisses, 2013 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes

tème BerDa, ce qui, par rapport à 2019, correspond à une augmentation de 102,4 % chez les HSH et de respectivement 204,7 % et 289,3 % chez les autres hommes et chez les femmes. Cette hausse reflète aussi bien le nombre croissant de personnes qui se font tester pour ces deux maladies (ces tests sont presque toujours vendus associés) que l'augmentation du nombre de frottis par personne. Le pourcentage de diagnostics de gonorrhée et de chlamydie chez les personnes testées est resté stable sur la période 2019–2023. L'augmentation du nombre de cas de gonorrhée chez les HSH (voir « Gonorrhée en Suisse en 2023 ») s'explique en partie par l'augmentation du nombre de tests.

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

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

De larges campagnes de dépistage ont à nouveau été menées dès mai 2021 auprès des HSH. La figure 4 illustre de manière saisissante l'impact des deux campagnes de dépistage.

Contact

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

Bibliographie

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

VIH et sida en Suisse et au Liechtenstein en 2023

Les laboratoires habilités selon le concept de test VIH [1] à diagnostiquer et à déclarer le VIH en Suisse et au Liechtenstein ont déclaré 352 nouveaux cas pour l'année 2023, un chiffre en légère baisse par rapport à celui de l'année précédente (359).

DÉFINITION DES CAS ET SITUATION ACTUELLE

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

médecin cantonal un formulaire de déclaration complémentaire qu'il transmet à l'OFSP (déclaration de résultats cliniques, remarque 1)

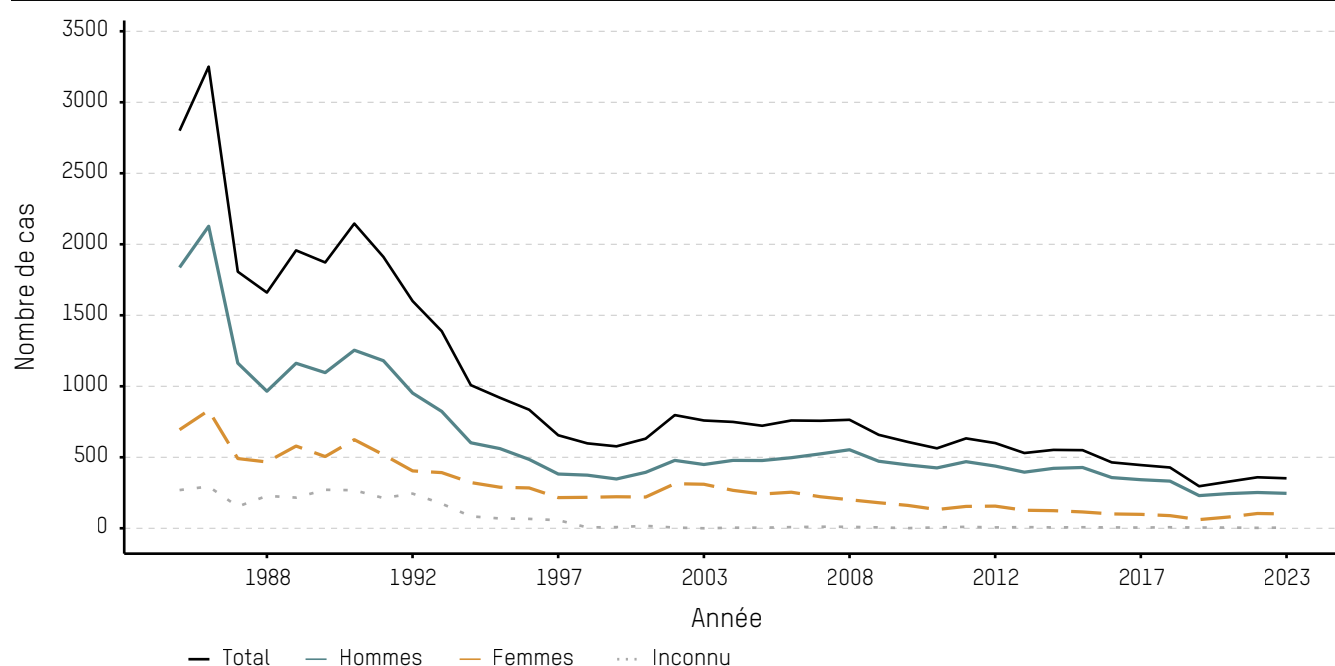
Les laboratoires habilités à déclarer le VIH en Suisse et au Liechtenstein ont déclaré 352 cas confirmés de VIH pour l'année 2023 (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 10 juin 2024), ce qui correspond à une incidence de 4 cas pour 100 000 personnes. La légère diminution constatée par rapport à l'année précédente (359 cas) doit être interprétée comme un retour à la tendance à long terme qui prévalait avant la pandémie du COVID-19, après

un creux marqué en 2020 suivi d'un rebond modéré les deux années suivantes (figure 1). Le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés en 2023 était également inférieur à celui enregistré quatre ans auparavant, avant la pandémie (428).

Le programme SwissPrEPared a probablement aussi contribué à cette évolution à la baisse. Un élément en faveur de cette hypothèse est que le nombre de nouveaux cas a diminué plus fortement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) que dans les autres groupes (voir figure 4). Jusqu'à décembre 2023, envi-

Figure 1

Évolution annuelle du nombre de cas de VIH déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1985 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

ron 5750 HSH présentant un risque élevé d'infection ont participé à ce programme, qui a commencé en avril 2019. Les participants prennent une prophylaxie médicamenteuse contre le VIH sous contrôle médical (prophylaxie préexposition, « PrEP »).

RÉPARTITION PAR SEXE

La majorité des cas de VIH concernait des hommes : en 2023, ceux-ci représentaient 69,9 % des cas. 1 cas concernait une femme trans (identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), aucun des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin) et aucun des VDS (variation du développement sexuel [intersexe]). En 2023, l'incidence a été identique à celle de l'année précédente, à savoir 2,3 cas pour 100 000 personnes chez les femmes (2022 : 2,3) et à 5,6 pour 100 000 personnes chez les hommes (2022 : 5,7).

RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH était de 41 ans pour les femmes infec-

Tableau 1
Incidence des cas de HIV déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, 2019 – 2023

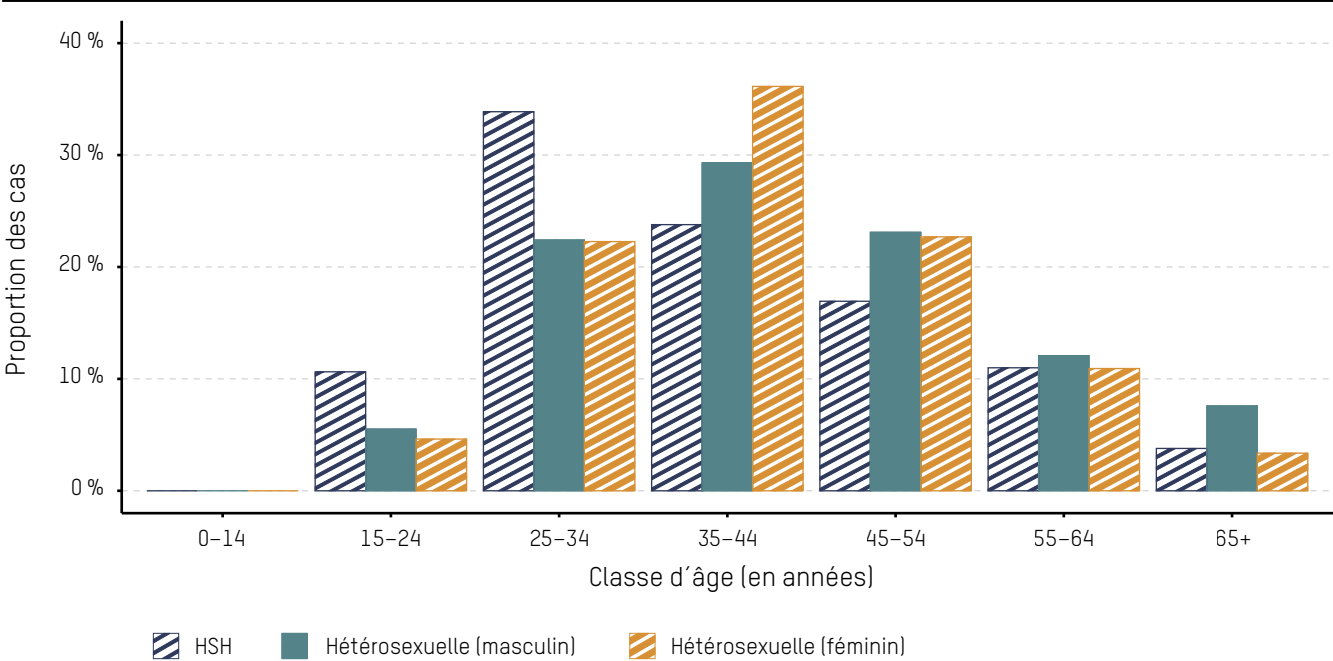
Grande région	Année du diagnostic				
	2019	2020	2021	2022	2023
Région lémanique	7,4	4,6	6,2	6,8	5,5
Espace Mittelland	3,4	2,8	2,9	2,4	4,0
Suisse du Nord-Ouest	3,2	2,4	2,1	2,8	1,5
Zurich	7,5	5,1	6,0	5,4	5,3
Suisse orientale	3,0	1,7	1,7	3,0	3,4
Suisse centrale	4,8	2,3	1,4	2,4	2,7
Tessin	3,4	2,6	2,0	3,4	3,4
Liechtenstein	0,0	2,6	2,5	2,5	2,5
Total Suisse et Liechtenstein	5,0	3,4	3,7	4,1	4,0

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

OFSP, état : 10.06.2024

tées par voie hétérosexuelle ; autrement dit, la moitié d'entre elles avaient moins de 41 ans et l'autre moitié plus de 41 ans. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés (43 ans), alors que l'âge médian était de 37 ans en cas d'infection par voie homosexuelle (HSH). Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, la proportion la plus élevée des cas se situait dans la tranche des 35–44 ans (36,1 %), suivie de celle des 45–54 ans (22,7 %). Les cas étaient un peu moins concentrés selon l'âge chez les hommes infectés par voie hétérosexuelle, avec la proportion la plus élevée aussi chez les 35–44 ans (29,3 %). Lors du diagnostic, les HSH étaient plus jeunes comparati-

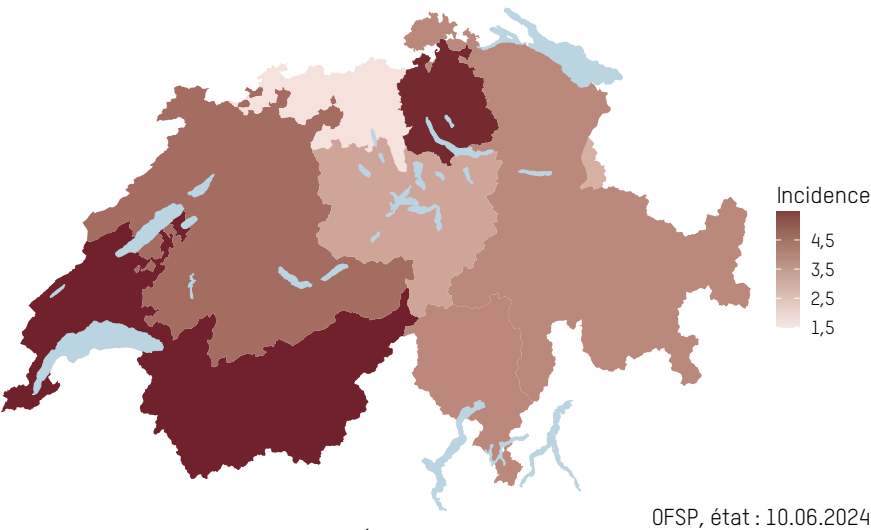
Figure 2
Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de HIV déclarés, 2019 – 2023 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 3
Incidence des cas de HIV déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2023



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

vement aux deux autres groupes, avec une concentration maximale de cas dans la tranche d’âge des 25–34 ans (33,9 %). De plus, une proportion plus élevée de cas a été observée chez les HSH de 15 à 24 ans (10,6 %), en comparaison avec les deux autres groupes. Les HSH étaient donc les plus jeunes au moment du diagnostic du VIH, les hommes hétérosexuels les plus âgés (figure 2).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

L’incidence des nouveaux diagnostics de VIH était à 4 pour 100 000 personnes

en 2023. On observait toutefois d’importantes disparités entre les régions, avec une fourchette allant de 1,5 à 5,5 cas pour 100 000 personnes (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. L’urbanisation est associée non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [2, 3]. Les incidences les plus basses se trouvaient dans les ré-

gions principalement rurales de la Suisse du Nord-Ouest et de la Suisse centrale.

VOIE D’INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d’infection la plus souvent indiquée en 2023 pour les hommes avec un diagnostic de VIH a été celle des relations sexuelles avec d’autres hommes (48,1 %, soit 99 cas). Les relations hétérosexuelles (27,2 %, 56 cas) viennent à la deuxième place chez les hommes. L’utilisation de seringues contaminées lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse (IDU) a été mentionnée dans 3 des cas chez les hommes. Chez eux, la voie d’infection n’était pas connue pour 21,8 % des cas. En 2023, comme les années précédentes, les femmes avec un diagnostic de VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (61,0 %, 47 cas). L’injection de drogues a été indiquée comme voie d’infection dans un cas. La voie d’infection n’était pas connue pour 31,2 % des cas chez les femmes. Aucune infection par des rapports sexuels entre femmes n’a été déclarée. La figure 4 montre l’évolution des cas de VIH par sexe, selon la voie d’infection. La tendance pour les hommes est à la baisse aussi bien chez les HSH que (dans une moindre mesure) chez les hommes hétérosexuels. Pour les IDU masculins, le nombre est resté à un niveau bas (moins de 8 cas par an depuis 2019). Chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle, le nombre de cas a diminué entre 2019 et 2023, passant de

Tableau 2
Cas de VIH déclarés, par voie d’infection¹ et grande région², 2023

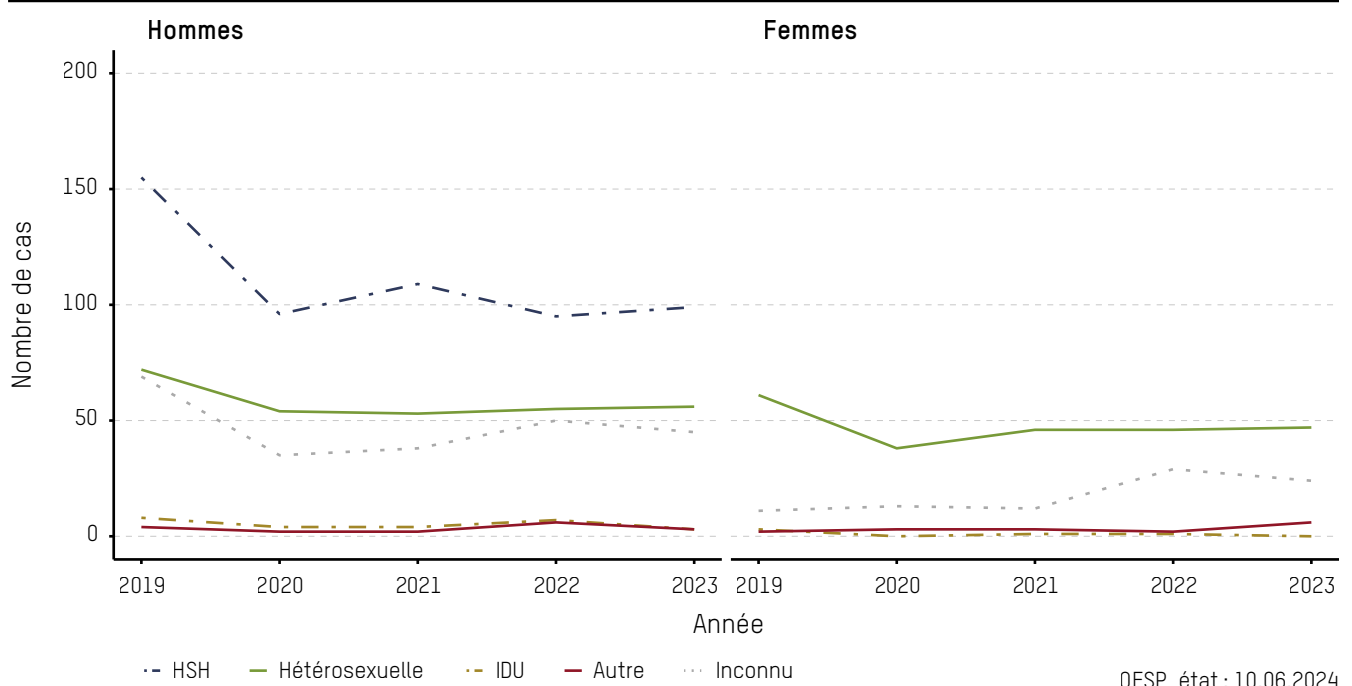
Voie d'infection	Grande région																		Total	
	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	15	22,1	17	28,8	7	43,8	32	47,8	13	32,5	10	47,6	4	36,4	1	100,0	0	0,0	99	28,1
Hétérosexuel (masculin)	20	29,4	10	16,9	6	37,5	10	14,9	6	15,0	3	14,3	1	9,1	0	0,0	0	0,0	56	15,9
Hétérosexuelle (féminin)	16	23,5	11	18,6	1	6,2	6	9,0	9	22,5	2	9,5	2	18,2	0	0,0	0	0,0	47	13,4
Autre	0	0,0	2	3,4	0	0,0	4	6,0	4	10,0	1	4,8	1	9,1	0	0,0	0	0,0	12	3,4
Inconnue	17	25,0	19	32,2	2	12,5	15	22,4	8	20,0	5	23,8	3	27,3	0	0,0	69	100,0	138	39,2
Total	68	100,0	59	100,0	16	100,0	67	100,0	40	100,0	21	100,0	11	100,0	1	100,0	69	100,0	352	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 4

Évolution annuelle du nombre de cas de VIH déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2018 – 2023¹ HSH : rapports sexuels entre hommes; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

61 à 47 (figure 4 à droite). Chez les IDU, il a été encore plus bas ces cinq dernières années chez les femmes (moins de 3 cas par année) que chez les hommes (moins de 8 cas par année). L'analyse des voies d'infection au niveau régional montre que dans la grande région de Zurich, 47,8 % des diagnostics de VIH concernaient les HSH, soit 19,6 points de pourcentage de plus que la moyenne nationale, qui s'établissait à

28,1 % (tableau 2). Ces chiffres s'expliquent par le fait qu'il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [4].

NATIONALITÉ

En 2023, plus d'un tiers des cas de VIH pour lesquels la nationalité était connue concernait des ressortissants suisses ou liechtensteinois (37,9 %), avec toutefois des variations selon la voie d'infection.

Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, 20 % étaient de nationalité suisse ou liechtensteinoise, contre 51,2 % des hommes (calcul de pourcentages excluant les cas de nationalité inconnue); parmi ces femmes, 35 % étaient des ressortissantes d'un pays à haute prévalence du VIH (PHP) selon les critères de l'OMS (remarque 2). Ce pourcentage était moins élevé chez les hommes infectés par voie hétéro-

Tableau 3

Cas de HIV déclarés, par nationalité et voie d'infection¹, 2023

Nationalité	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Voie d'infection Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	40	40,4	22	39,3	8	17,0	2	16,7	17	12,3	89	25,3
Europe hors CH et FL	22	22,2	16	28,6	16	34,0	7	58,3	25	18,1	86	24,4
Pays à haute prévalence du VIH	9	9,1	3	5,4	14	29,8	2	16,7	12	8,7	40	11,4
Autres	12	12,1	2	3,6	2	4,3	0	0,0	4	2,9	20	5,7
Inconnue	16	16,2	13	23,2	7	14,9	1	8,3	80	58,0	117	33,2
Total	99	100,0	56	100,0	47	100,0	12	100,0	138	100,0	352	100,0

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état : 10.06.2024

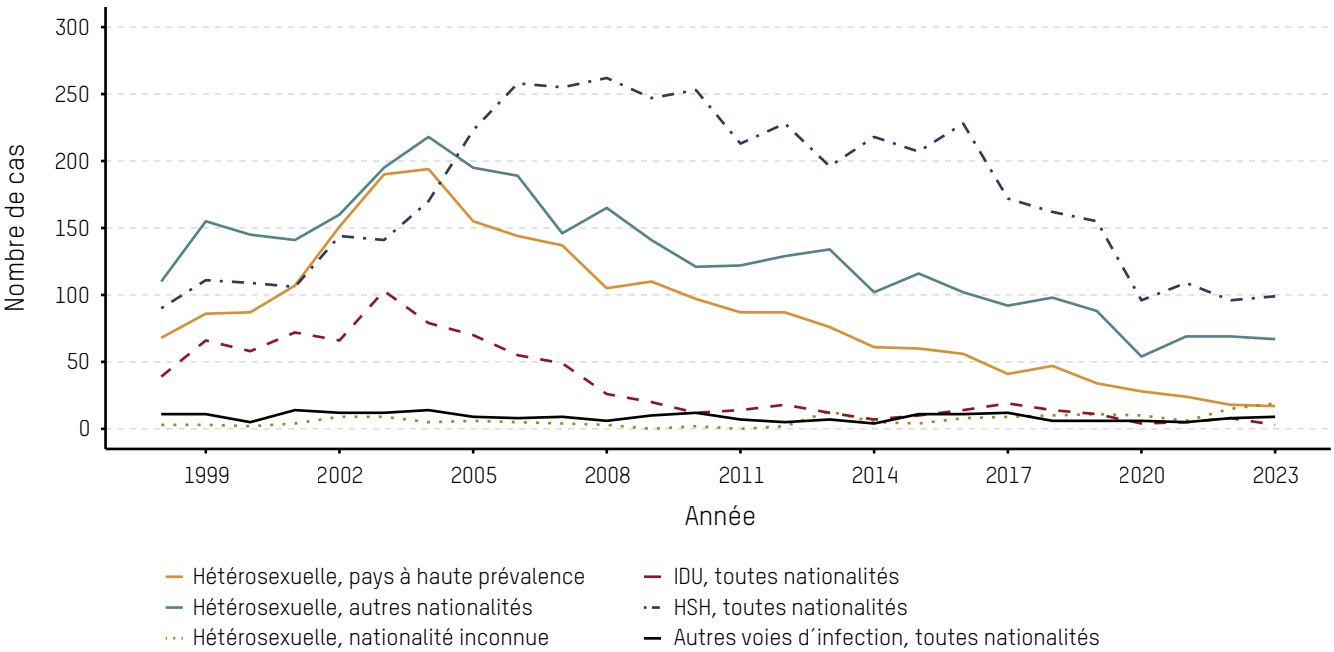
sexuelle (7,0 %). Parmi les personnes infectées par voie hétérosexuelle, 5 % des femmes et 4,7 % des hommes étaient issus d'un pays non-PHP non européen (catégorie « autre » dans le tableau 3). Par rapport aux années précédentes, on observe une forte proportion de cas en provenance des pays européens, avec respectivement 37,2 % pour les hommes hétérosexuels et 40 % pour les femmes hétérosexuelles. En 2023, 48,2 % des cas avec une transmission HSH étaient des Suisses ou Liechtensteinois, tandis que 26,5 % provenaient de pays européens (calcul excluant la catégorie **inconnue**). Parmi les HSH dont la nationalité était connue, 10,8 % venaient d'un PHP. Il est toutefois probable que ces faibles pourcentages donnent une image faussée de la situation, parce que les rapports sexuels entre hommes sont très stigmatisés, voire interdits, dans certains pays à haute prévalence et que les HSH qui en sont issus n'indiquent pas toujours leur orientation sexuelle au moment des tests [5]. La répartition par nationalité des personnes avec un diagnostic de VIH (tableau 3) est soumise à de fortes

variations annuelles, car le nombre de cas sur lesquels reposent les pourcentages est relativement modeste. En 2018, l'OFSP a mis au point une nouvelle répartition des groupes, axée sur les acteurs du domaine de la prévention et combinant voie d'infection et nationalité. En effet, ce sont les check-points et les actions lancées par l'Aide Suisse contre le Sida et ses organisations membres à l'intention de ce groupe d'hommes qui sont les plus à même d'atteindre les HSH, en particulier ceux qui s'identifient comme homosexuels ou bisexuels lors des tests, et cela quelle que soit leur nationalité. Les pays comptés parmi les pays à haute prévalence sont, globalement, ceux qui répondent à la définition des Nations Unies, actualisée annuellement, plus le Brésil (voir remarque 2). En 2023, 99 cas se rapportaient à des contacts sexuels entre hommes (quelle que soit la nationalité, y compris HSH utilisant des drogues par injection), 66 à des hommes hétérosexuels ou des femmes hétérosexuelles non originaires d'un pays à haute prévalence et 17 à des hommes ou des femmes issues

de pays à haute prévalence, Brésil compris (figure 5). La diminution du nombre de cas chez les personnes provenant de pays à haute prévalence infectées par voie hétérosexuelle correspond en grande partie au recul de l'immigration de ressortissants de ces pays en Suisse. L'augmentation observée du nombre de cas issus de pays européens est principalement attribuable à l'afflux de réfugiés ukrainiens, conséquence directe du conflit russo-ukrainien. Il est à noter que, parmi les 16 cas recensés en Europe chez les femmes hétérosexuelles, plus de 62,5 % concernent des femmes de nationalité ukrainienne. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que la majorité des migrants ukrainiens étaient des femmes et des enfants.

LIEU DE L'INFECTION
Selon les indications figurant sur les déclarations de VIH par les médecins, les personnes de nationalité étrangère et ayant un mode d'infection hétérosexuel se sont infectées bien plus souvent à l'étranger qu'en Suisse ou au Liechtenstein. Inversement, les personnes de nationalité suisse ou

Figure 5
Cas de VIH¹, par voie d'infection et par nationalité. Répartition axée sur la prévention, 1998 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

¹ Corrigés des déclarations de médecin manquantes, voir remarque 1.
² HSH: rapports sexuels entre hommes; IDU: consommation de drogues par injection

Tableau 4
Cas de HIV déclarés, par voie d’infection¹, nationalité et lieu présumé de l’infection, 2023

Voie d'infection	Nationalité	Lieu de l'infection						Total	
		Suisse/Liechtenstein		Étranger		Inconnue			
		N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	CH/FL	22	55,0	8	20,0	10	25,0	40	100,0
	Étranger	13	30,2	15	34,9	15	34,9	43	100,0
	Inconnu	7	43,8	2	12,5	7	43,8	16	100,0
Hétérosexuel (masculin)	CH/FL	8	36,4	8	36,4	6	27,3	22	100,0
	Étranger	8	38,1	8	38,1	5	23,8	21	100,0
	Inconnu	4	30,8	6	46,2	3	23,1	13	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	4	50,0	3	37,5	1	12,5	8	100,0
	Étranger	4	12,5	21	65,6	7	21,9	32	100,0
	Inconnu	0	0,0	2	28,6	5	71,4	7	100,0
Autre	CH/FL	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Étranger	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	100,0
	Inconnu	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Inconnue	CH/FL	1	5,9	1	5,9	15	88,2	17	100,0
	Étranger	1	2,4	19	46,3	21	51,2	41	100,0
	Inconnu	0	0,0	4	5,0	76	95,0	80	100,0
Total		72	20,5	108	30,7	172	48,9	352	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état: 10.06.2024

Tableau 5
Cas de HIV déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d’infection¹, 2023

Type de relation sexuelle	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	17	17,2	15	26,8	21	44,7	0	0,0	0	0,0	53	15,1
Partenaire anonyme	29	29,3	8	14,3	5	10,6	0	0,0	1	0,7	43	12,2
Relations sexuelles tarifées	5	5,1	3	5,4	2	4,3	0	0,0	1	0,7	11	3,1
Inconnu	48	48,5	30	53,6	19	40,4	12	100,0	136	98,6	245	69,6
Total	99	100,0	56	100,0	47	100,0	12	100,0	138	100,0	352	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état: 10.06.2024

liechtensteinois se sont infectées beaucoup plus souvent en Suisse ou au Liechtenstein que les ressortissants étrangers (tableau 4). Une répartition plus précise par nationalité montre que dans 89,4 % des cas chez les personnes de nationalité étrangère infectées à l'étranger, la nationalité indiquée correspondait au pays d'infection présumé – quand les deux indications figuraient sur la déclaration. Cela laisse supposer que ces personnes ont surtout été infectées lors de voyages dans leur pays d'origine

ou qu'elles étaient déjà séropositives avant de s'établir en Suisse ou au Liechtenstein. Chez les HSH également, les Suisses ou Liechtensteinois se sont plus souvent infectés en Suisse ou au Liechtenstein que les étrangers. Contrairement aux personnes infectées par voie hétérosexuelle, les HSH étrangers se sont infectés aussi souvent en Suisse ou au Liechtenstein qu'à l'étranger. Il convient de noter que l'information sur le lieu de l'infection était manquante dans plus d'un tiers des cas selon le

groupe, ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

TYPE DE RELATION SEXUELLE
44,7 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle pour lesquelles le type de relation sexuelle était connu l'avaient été par un partenaire connu et 10,6 % par un partenaire anonyme. Les relations sexuelles tarifées (prostitution) ont été citées comme source d'infection dans 4,3 % des cas chez les femmes déclarées en 2023 (tableau 5). Parmi les

hommes infectés par voie hétérosexuelle, le type de relation sexuelle était pour 26,8 % une partenaire connue, pour 14,3 % une partenaire anonyme et pour 5,4 % des relations sexuelles tarifées. Compte tenu de la faible prévalence du VIH chez les travailleurs du sexe en Suisse [6] et du pourcentage élevé d'infections contractées à l'étranger, comme déjà mentionné, on peut supposer qu'un certain nombre de cas ont été contractés dans le cadre du tourisme sexuel. Parmi les HSH dont la source d'infection est connue, on voit que 33,3 % ont été infectés par un partenaire connu, 56,9 % par un partenaire anonyme et 9,8 % par des relations sexuelles tarifées. À noter que l'indication de la source d'infection n'était pas connue dans certains groupes (jusqu'à la moitié des cas), ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

MOMENT DE L'INFECTION

Le moment où la personne a été infectée par le VIH n'est généralement pas connu. Le diagnostic clinique d'une infection aiguë par le VIH (appelée également primo-infection) permet de situer le moment de l'infection dans les quelques semaines qui précèdent le diagnostic (remarque 4). En Suisse et au Liechtenstein, les infections qui remontent à moins d'une année avant le diagnostic peuvent par ailleurs être identifiées par une technique spéciale

de laboratoire (ci-après « infection récente », remarque 3). Par contre, les diagnostics dits « tardifs » d'infection par le VIH renvoient à des infections à un stade déjà avancé, de sorte que les premiers symptômes du sida sont attendus ou déjà visibles. En 2023, une infection récente a été constatée chez 8,1 % des femmes infectées par voie hétérosexuelle (calculé sur le total des cas avec un indicateur connu), mais chez seulement 4,4 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle (tableau 6). Chez les HSH, 14,5 % des infections étaient considérées comme récentes. Si l'on considère les infections aiguës (primo-infections), on constate également des différences entre les HSH et les hétérosexuels (tableau 6). Ce diagnostic a été posé chez 18,4 % de ces derniers, hommes et femmes confondus, contre 15,7 % chez les HSH. Comme les années précédentes, le diagnostic de VIH a moins souvent été posé tardivement chez les HSH (19,3 %) que chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle (deux sexes confondus : 21,4 %). L'ensemble des indicateurs relatifs au moment de l'infection qui figurent au tableau 6 amènent à penser que le diagnostic du VIH est plus rarement posé tôt après l'infection chez les personnes infectées par voie hétérosexuelle que chez les HSH, ce qui s'explique vraisemblablement par le fait que ces derniers sont conscients d'être expo-

sés à un risque d'infection plus élevé et sont donc plus nombreux à effectuer à des tests réguliers de dépistage (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le même cahier). Nous supposons que la plupart des personnes venant d'un PHP sont infectées dans leur propre pays, cependant une étude européenne montre que 45 % d'entre elles ne l'étaient pas [7]. Comme ces pays disposent de moins de ressources sanitaires que la Suisse et le Liechtenstein, on peut supposer que les infections par le VIH y sont moins souvent diagnostiquées à un stade précoce. Les médecins peuvent contribuer à la prévention des infections par le VIH dans les réseaux sexuels de la population migrante issue de pays à haute prévalence et augmenter les chances de diagnostiquer le VIH le plus rapidement possible en proposant plus souvent un test VIH dans leurs consultations, même en l'absence de suspicion directe d'infection par le VIH (dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins « PICT » [8]). Durant la période 2019–2023, le pourcentage moyen d'infections récentes différait nettement selon les groupes : il s'élevait à 14,5 % chez les HSH et à 4,9 % pour les personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ces dernières années, ce pourcentage a subi des variations significatives (figure 6) dues en partie à la précision limitée de la méthode utilisée pour différencier les infec-

Tableau 6
Indicateurs relatifs au moment de l'infection dans les déclarations du VIH par les médecins, selon la voie d'infection¹, 2023

Indicateur	HSH		Voie d'infection				Autre		Inconnue		Total	
	N	%	Hétérosexuel (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		N	%	N	%	N	%
Infection aiguë	13	13,1	14	25,0	5	10,6	0	0,0	5	3,6	37	10,5
Infection récente ²	12	12,1	2	3,6	3	6,4	0	0,0	3	2,2	20	5,7
Infection ancienne ³	42	42,4	16	28,6	20	42,6	5	41,7	28	20,3	111	31,5
Test tardif ⁴	16	16,2	13	23,2	9	19,1	0	0,0	17	12,3	55	15,6
Inconnu	16	16,2	11	19,6	10	21,3	7	58,3	85	61,6	129	36,6
Total	99	100,0	56	100,0	47	100,0	12	100,0	138	100,0	352	100,0

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes.

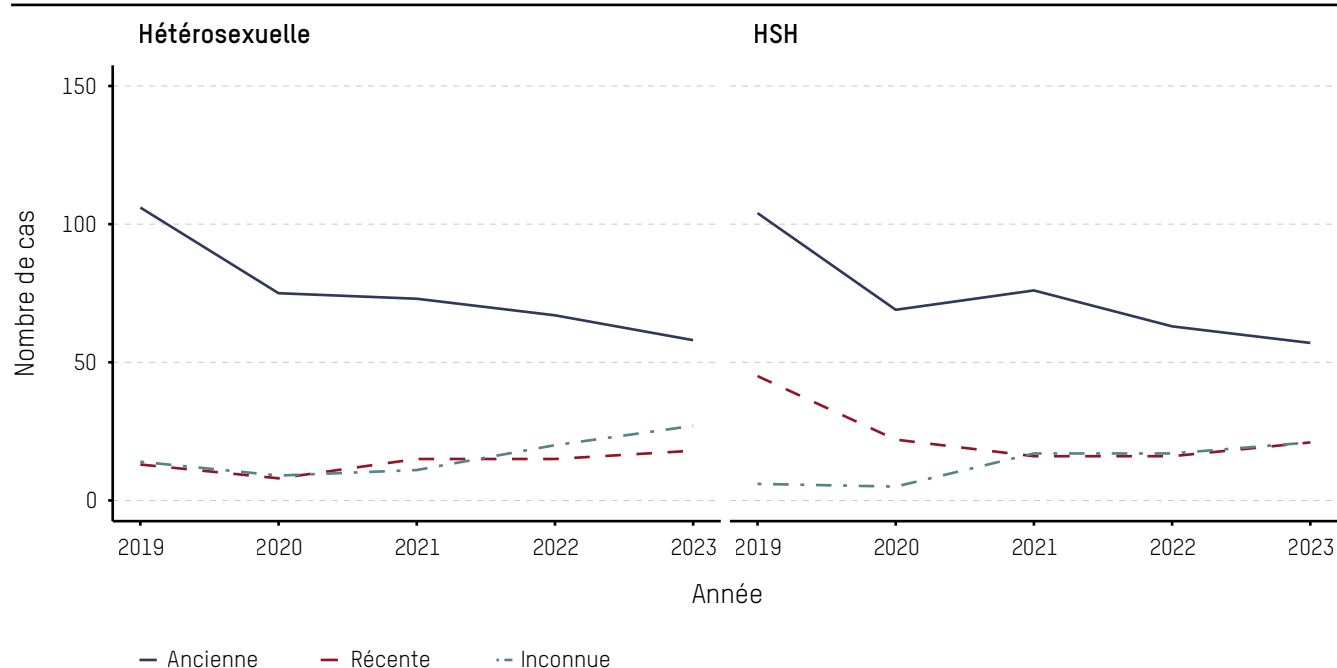
² Stade précoce symptomatique (souvent semblable à une grippe), quelques semaines après l'infection.

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

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 6

Infections par le VIH récentes et anciennes, selon la voie d'infection¹, 2018 – 2023

OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

tions récentes et anciennes (voir remarque 3).

Lorsque la fréquence des tests demeure inchangée, une modification du nombre d'infections par le VIH récentes indique une modification correspondante de l'incidence du VIH. Pour interpréter les tendances concernant les infections récentes, des données sur la fréquence des tests sont nécessaires. Dans cette optique, les laboratoires concernés sont tenus depuis 2016 de déclarer, à la fin de l'année, le nombre total de tests effectués pour de nombreuses infections soumises à déclaration. L'évaluation de ces déclarations concernant un autre domaine (les infections transmises par les denrées alimentaires) a toutefois montré que ce système ne tient pas suffisamment compte de la complexité et de la dynamique des laboratoires en Suisse et au Liechtenstein. L'analyse a donné des résultats contradictoires, et la déclaration n'est plus obligatoire [9]. Les problèmes relevés dans ce cadre sont également susceptibles de toucher les laboratoires impliqués dans le diagnostic primaire du VIH. Pour évaluer l'évolution du nombre de tests effectués, l'OFSP utilise des données provenant des

centres de conseil et de dépistage de Suisse (centres VCT). Ces données indiquent une augmentation constante des tests VIH ces dernières années, surtout pour les HSH (voir le rapport « Surveillance des tests » dans le même bulletin). Avec une incidence constante, une augmentation du nombre de tests entraînerait une hausse du nombre d'in-

fections récentes déclarées. La diminution des infections récentes observée chez les HSH indique par conséquent une incidence décroissante du VIH dans ce groupe.

Tableau 7

Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2018 – 2023 (Corrigés des retards de déclaration)

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic					
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
HSH	Hommes	25	18	17	13	21	17
	Femmes	0	0	1	0	1	0
Hétérosexuelle	Hommes	19	20	10	9	5	24
	Femmes	12	10	2	7	8	14
Autre	Hommes	6	16	8	8	12	16
	Femmes	3	3	3	3	6	12
Total		65	70	43	40	54	83
Dont déjà déclaré		65	70	43	40	47	40

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

OFSP, état : 10.06.2024

CAS DE SIDA

Le nombre de nouveaux cas de sida s'est stabilisé autour de 40 à 80 cas par an au cours des dernières années (tableau 7), comme il ressort d'extrapolations statistiques tenant compte du fait qu'ils sont parfois déclarés plusieurs années seulement après le diagnostic (remarque 5).

Après une estimation temporairement plus faible des nouveaux cas de sida pendant la pandémie de COVID-19 (de 40 à 54 cas annuels pour la période 2020–2022), le nombre était à nouveau nettement plus élevé en 2023 (83 cas).

L'évolution annuelle du nombre de cas de sida par voie d'infection résulte probablement de variations purement statistiques qui ne correspondent pas à des tendances réelles.

Indépendamment de la nationalité et du mode d'infection, la première détection du VIH a eu lieu en moyenne moins

d'un an avant le diagnostic du sida dans plus de 92,2 % des cas. Ceci signifie que le diagnostic de VIH a été réalisé à un stade avancé de la maladie et que l'administration des médicaments antirétroviraux n'a pas empêché la progression vers le stade du SIDA.

SYNTHÈSE

Le nombre total de diagnostics de VIH était légèrement plus bas en 2023 qu'en 2022. Cette diminution doit être interprétée comme un retour à la tendance à la baisse qui prévalait avant la pandémie de COVID-19. En 2020, la pandémie a entraîné une baisse des tests de dépistage du VIH et probablement des changements de comportement, de sorte que le nombre de déclarations de VIH a été inhabituellement bas. Le nombre d'infections par le VIH au cours de l'année sous revue était toutefois nettement inférieur au dernier chiffre enregistré avant la pandémie.

L'augmentation continue du nombre de personnes à haut risque d'infection par le VIH, qui se protègent en prenant des médicaments antirétroviraux à titre préventif (PrEP), a probablement contribué à cette baisse.

69,9 % des cas étaient des hommes, avec une incidence trois fois plus élevée que celle des femmes. La voie d'infection la plus fréquente chez les hommes était, comme les années précédentes, celle des relations sexuelles entre hommes et, chez les femmes, celle des relations hétérosexuelles. En 2023, comme ces dernières années, les infections en lien avec la consommation de drogues par injection n'occupent plus qu'une petite place dans le tableau général.

Quelle que soit leur nationalité, les HSH se sont plus souvent infectés en Suisse ou au Liechtenstein qu'à l'étranger. Les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement été

Remarques

- 1) Les déclarations des médecins, appelées « déclaration des résultats cliniques » (DRC), doivent être envoyées au médecin cantonal du canton de résidence du patient. Celui-ci les transmet à l'OFSP après les avoir contrôlées. Les DRC n'ont pas été obtenues pour tous les cas de VIH diagnostiqués et déclarés par les laboratoires. Ces dernières années, les DRC étaient présentes pour 80 % à 90 % des cas. Dans les cas sans DRC, il manquait donc des informations allant au-delà du sexe, de l'âge et du canton de résidence, notamment sur le mode d'infection et la nationalité.
- 2) Selon l'ONUSIDA et l'OMS, un pays est considéré comme un pays à forte prévalence du VIH lorsque la prévalence du VIH chez les 15–45 ans dans la population générale est supérieure à 1 %. Afin d'éviter des différences annuelles dans la définition, les pays suivants sont considérés comme des pays à forte prévalence dans les rapports de l'OFSP depuis 2018: tous les

pays de la région « Afrique » de l'OMS, à l'exception de l'Algérie, mais y compris Djibouti, le Soudan, la Somalie) ainsi que la Thaïlande, le Brésil, le Suriname, le Guyana, le Belize, la Jamaïque, Haïti et la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade, Trinidad et Tobago. L'ajout du Brésil, par exemple, tient compte du profil d'immigration de la Suisse.

- 3) Depuis 2008, la Suisse utilise de manière standard une méthode de diagnostic qui permet, à l'aide d'un algorithme, de distinguer les infections récentes du VIH des infections plus anciennes. L'algorithme a été développé par le Centre national pour les rétrovirus (CNR) sur la base du test Inno-Lia™ HIV I/II Assay (Fujirebio), une méthode d'immunoblot. Dans ce contexte, les infections récentes sont celles dont la date d'infection est probablement inférieure à un an avant le diagnostic.

- 4) La primo-infection est un syndrome rétroviral aigu qui survient chez de nombreuses personnes infectées par le VIH quelques semaines à trois mois après l'infection. Les « infections récentes » et les « primo-infections » sont des indicateurs méthodologiquement indépendants d'un stade précoce de l'infection.
- 5) En raison des retards de déclaration, seuls 60 % environ des cas de sida déclarés au cours d'une année donnée ont été diagnostiqués cette année-là, 25 % environ l'année précédente et les autres plus tôt encore. En conséquence, à la fin d'une année donnée, le nombre de nouveaux cas de sida n'est pas connu avec précision, car tous n'ont pas encore été déclarés. Ce nombre doit donc être estimé à l'aide d'un modèle statistique qui tient compte de la répartition des retards de déclaration dans le passé. Les chiffres présentés dans le tableau 7 sont basés sur la méthode de Rosenberg [10].

contaminées à l'étranger ; dans plus de trois quarts des cas, le pays de l'infection correspondait à leur nationalité. Cette année, comme l'année dernière, en raison du conflit russo-ukrainien et de l'influx migratoire qui en a résulté, une augmentation importante du nombre de cas est observée en provenance du groupe des pays européens, particulièrement chez les femmes hétérosexuelles. En moyenne des cinq dernières années, les infections récentes ont plus souvent été diagnostiquées chez les HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Le nombre des infections récentes montre chez les HSH une tendance à la baisse ces six dernières années, ce qui semble indiquer une diminution de l'incidence, la fréquence des tests ayant parallèlement augmenté dans ce même laps de temps au sein de ce groupe.

DÉPISTAGE DU VIH : REMPLACEMENT DE L'ANCIEN CONCEPT PAR UNE NOUVELLE DIRECTIVE AU 1^{ER} JANVIER 2025 ET MODIFICATIONS CORRESPONDANTES DANS L'ODMT

À compter du 1^{er} janvier 2025, une nouvelle directive sur le dépistage du VIH remplacera le concept de test en vigueur depuis 2013. Cette directive a été élaborée en collaboration avec le Centre national de référence pour les rétrovirus (CNR) et le groupe de travail compétent de la Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles (CFIST). L'objectif de la nouvelle directive est d'assurer l'uniformité et la qualité des diagnostics du VIH tout en continuant à garantir la déclaration de tout nouveau diagnostic aux autorités. Les succès de ces dernières années en matière de prévention et de traitement, avec la réduction du nombre de cas qui en découle, ont permis d'élaborer une directive plus simple que l'ancien concept de test, alignée sur les diagnostics de laboratoire d'autres maladies virales.

La nouvelle directive introduit plusieurs changements importants qui ont des conséquences directes pour les corps médicaux et les laboratoires. Les deux plus importants concernent, d'une part, la possibilité pour **tous** les laboratoires

de microbiologie et d'immunologie qui effectuent des analyses diagnostiques ou épidémiologiques dans le domaine des maladies transmissibles de l'homme (et qui disposent donc d'une autorisation d'exploitation octroyée par Swissmedic) de réaliser des diagnostics de confirmation du VIH. Elle introduit, d'autre part, l'obligation de transférer les échantillons positifs après confirmation au centre national de référence désigné par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour évaluer la récence de la transmission. Les corps médicaux sont désormais chargés de vérifier la présence du virus sur un second échantillon et de demander des analyses plus poussées (p. ex. test de résistance). Vous trouverez ci-dessous des informations détaillées sur ces changements.

Autorisation élargie de réaliser des tests dans le cadre du diagnostic du VIH (suppression du concept de test VIH)

La structure actuelle du diagnostic du VIH, y compris les rôles spécifiques des laboratoires de dépistage et de confirmation/déclaration, est modifiée (supprimée). À partir du 1^{er} janvier 2025, tout laboratoire de microbiologie ou d'immunologie disposant d'une autorisation d'exploitation octroyée par Swissmedic sera autorisé à effectuer des tests de confirmation du VIH.

Un seul envoi pour le diagnostic de confirmation

La nouvelle directive sur le dépistage du VIH prévoit que le matériel d'analyse nécessaire pour le diagnostic de confirmation du VIH soit envoyé en une seule fois, ce qui accélère le processus. Idéalement, un seul tube de sang EDTA suffit pour réaliser en deux jours ouvrables l'ensemble du processus de diagnostic. Dans le cadre des investigations de base, le médecin traitant est responsable de prendre en charge la personne, de vérifier rapidement la présence du virus sur un second échantillon et de réaliser un test de résistance.

Commentaires standardisés des résultats

Afin d'éviter les erreurs d'interprétation, la nouvelle directive introduit des commentaires standardisés pour le résultat

des tests et en recommande expressément l'utilisation (voir l'annexe de la nouvelle directive).

Modifications des processus de déclaration

Désormais, c'est le laboratoire chargé d'effectuer la première analyse qui est tenu de la déclarer, mais le délai de déclaration reste fixé à une semaine. Le formulaire de déclaration du VIH destiné aux laboratoires a été mis à jour conformément à la nouvelle directive. À partir du 1^{er} janvier 2025, les laboratoires pourront également transmettre les déclarations électroniquement à l'OFSP via l'interface FHIR ou Infreport (portail Internet).

Assurance qualité

La nouvelle directive sur le dépistage du VIH oblige à maintenir une grande qualité diagnostique en exigeant que tous les laboratoires utilisent des tests marqués CE et participent à des contrôles de qualité externes.

Rôle du Centre national de référence pour les rétrovirus

Le centre reste l'interlocuteur pour les cas douteux ; il est responsable des tests complémentaires et de certaines évaluations, telles que la détermination de la récence des transmissions.

Contact

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

Annexe

Définition des grandes régions de l’OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons/FL
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Suisse du Nord-Ouest	AG, BL, BS
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Suisse centrale	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

L’Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d’intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

Bibliographie

¹ OFSP (2013): Concept suisse de test VIH – récapitulatif actualisé. *Bulletin*; 47:6–14

² Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331

³ Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12

⁴ Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291

⁵ Sokari E (2010). Die LGBTI-Bewegung und soziale Medien in Afrika: Eine Bestandsaufnahme. Heinrich-Böll-Stiftung: Berlin

⁶ Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

⁷ OFSP (2015). Directive de l’Office fédéral de la santé publique concernant le dépistage du VIH chez l’adulte dans les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les services d’urgences et les hôpitaux. *Bulletin*; 21: 375–379

⁸ Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A, Zuure F, BarrosH, Staehelin C, Göpel S, Boesecke C, Prestileo T, Volny-Anne A, Burns F, Del Amo J (2017). High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*; 31(14):1979–1988

⁹ Mäusezahl D, Schmutz C (2019). Analyse der Statistik zum laboranalytischen Befund. Schlussbericht Swiss TPH: Basel

¹⁰ Rosenberg PS (1990). A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 3(1):49–54

La chlamydirose en Suisse et au Liechtenstein en 2023

En 2023, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 12 780 cas de chlamydirose. Avec 144,3 cas pour 100 000 habitants, l'incidence de la chlamydirose est légèrement plus basse en 2023 qu'en 2022 (148,2) et à un niveau similaire à celui de 2019 (143,2). Globalement, l'augmentation du nombre d'infections à chlamydia diagnostiquées, visible depuis le début du millénaire, se poursuit. Depuis 2016, cette augmentation n'est plus visible que chez les hommes, bien que la majorité des cas continue à concerner les femmes.

SITUATION ACTUELLE

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de chlamydirose en Suisse et au Liechtenstein à l'aide du système de déclaration obligatoire. Il collecte les déclarations de résultats d'analyses de laboratoire avec indication du sexe de la personne, de sa date de naissance et

de son canton de domicile. En raison du nombre élevé de cas, les déclarations de résultats d'analyses cliniques complémentaires ne sont pas demandées. Pour 2023, 12 780 cas ont été déclarés à l'OFSP, soit une diminution de 2,6 % par rapport à l'année précédente (déclarations tardives prises en compte jusqu'au 10 juin 2024).

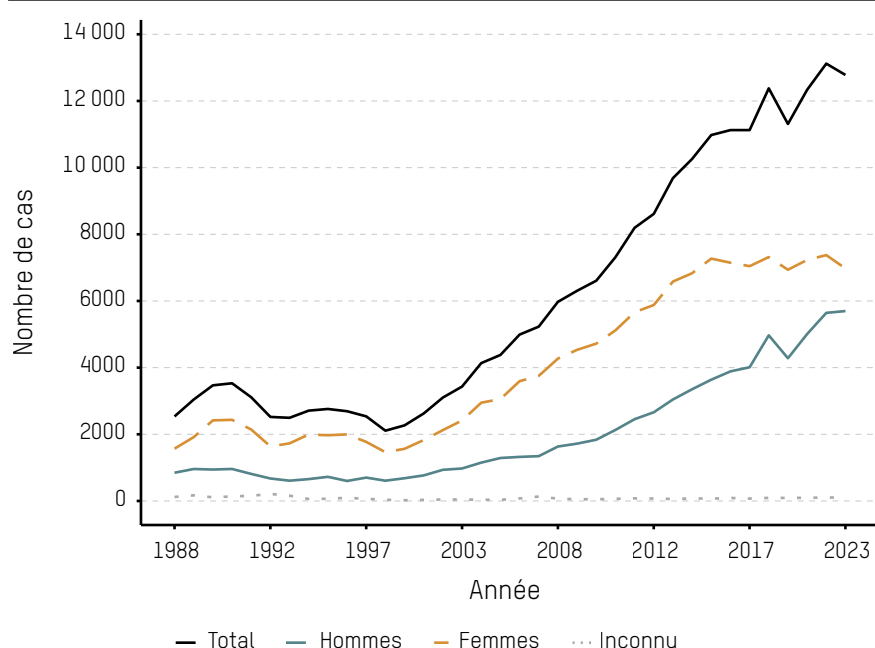
RÉPARTITION PAR SEXE

La majorité des cas de chlamydirose concernait des femmes, bien que leur part dans le nombre total de cas ait baissé ces dernières années (2023 : 54,6 %). Depuis 2000, on observe, pour les deux sexes confondus, une multiplication par 4,6 du nombre de cas, soit de 3,5 pour les femmes et de 7,4 pour les hommes (voir figure 1). Asymptomatique dans la majorité des cas, la chlamydirose est diagnostiquée plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, car le dépistage est effectué beaucoup plus fréquemment chez les premières, dans le cadre des examens gynécologiques réguliers. Depuis 2016, les centres VCT suisses («Voluntary Counselling and Testing») testent aussi de plus en plus souvent les hommes (voir l'article «Surveillance des tests» dans le même bulletin).

RÉPARTITION PAR ÂGE

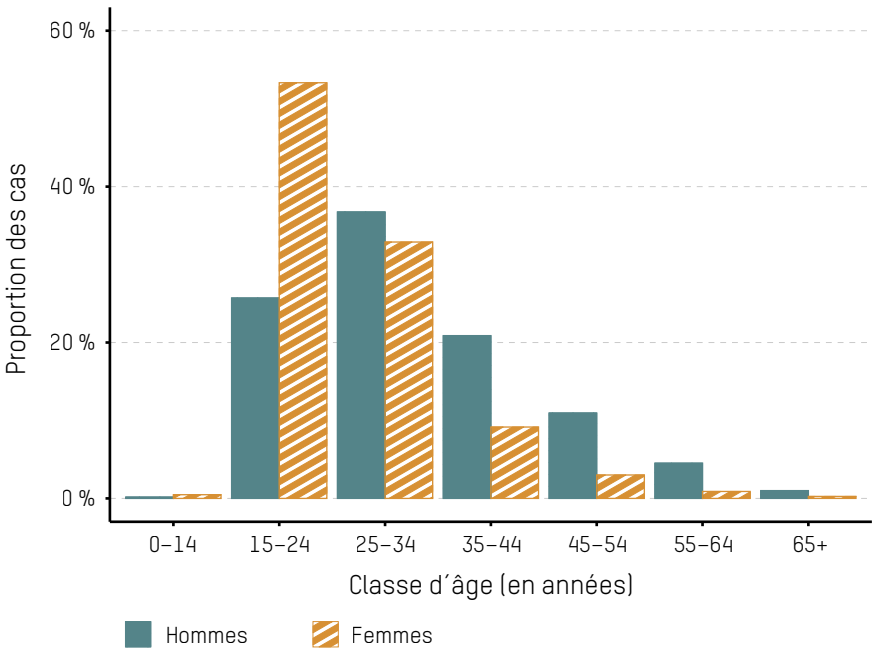
Établi sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes au moment du diagnostic de chlamydirose se situait à 24 ans; autrement dit, la moitié d'entre elles était âgée de moins de 24 ans et l'autre moitié de plus de 24 ans. La plupart des cas concernaient les 15 à 24 ans (figure 2). L'âge médian des hommes était de 31 ans, et la catégorie des 25 à 34 ans regroupait la proportion la plus élevée de cas.

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de chlamydirose déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

Figure 2
Distribution par sexe et âge des cas de chlamydie déclarés, 2019 – 2023
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 10.06.2024

Nous voyons trois explications à la forte représentation des jeunes femmes : d’abord, durant les premières années de fertilité, le tractus génital est plus sensible aux infections à chlamydia en raison de l’expansion de l’épithélium depuis le canal cervical en direction de l’exocol (ectopie du col de l’utérus) [3] ; ensuite, le système immunitaire de l’organisme développe une immunité

partielle en cas d’infection à chlamydia ; les personnes qui ont eu peu de rapports sexuels, voire aucun, n’ont pas encore cette réponse immunitaire ou cette protection limitée [4] ; enfin, le nombre de partenaires sexuels, et donc la probabilité d’entrer en contact avec les chlamydias, sont en moyenne plus élevés que par la suite [5].

Tableau 1
Incidence des cas de chlamydie déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, 2019 – 2023

Grande région	Année du diagnostic				
	2019	2020	2021	2022	2023
Région lémanique	179,9	155,8	178,5	174,6	166,1
Espace Mittelland	117,9	110,2	115,1	125,1	124,7
Suisse du Nord-Ouest	130,0	120,8	135,9	136,0	134,6
Zurich	195,0	176,6	193,9	210,9	209,1
Suisse orientale	108,0	99,6	101,9	109,4	100,1
Suisse centrale	104,2	97,4	93,9	105,7	105,2
Tessin	132,9	119,4	118,4	140,4	140,7
Liechtenstein	90,3	79,4	84,0	95,8	95,8
Total Suisse et Liechtenstein	143,2	129,9	140,5	148,2	144,3

¹ Pour la définition des grandes régions de l’OFSP : voir annexe

OFSP, état : 10.06.2024

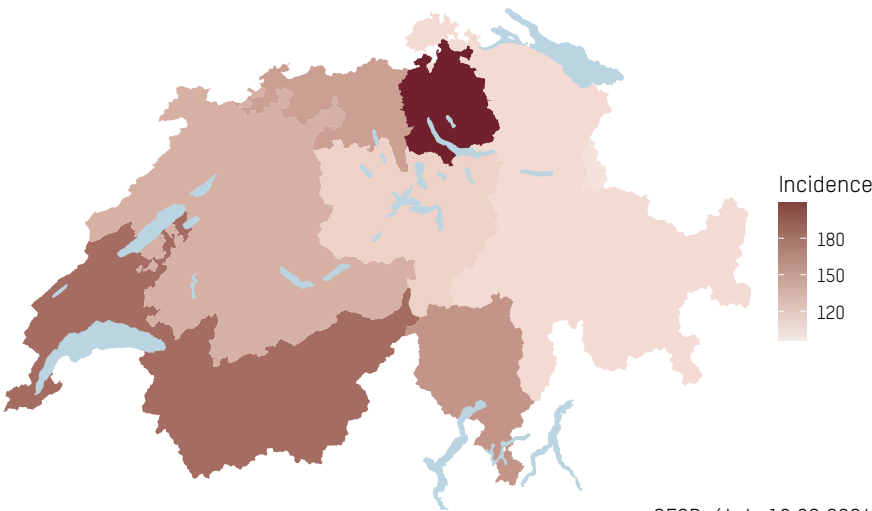
RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l’ensemble de la Suisse et du Liechtenstein et les deux sexes confondus, l’incidence s’élevait en 2023 à 144,3 cas pour 100 000 habitants. On observait toutefois d’importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Une corrélation entre l’incidence et l’urbanisation est probable, car le contexte urbain offre un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais également aux rapports sexuels tarifés et, de manière générale, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, surtout pour les personnes appartenant aux minorités sexuelles [1, 2]. L’incidence la plus basse se trouvait dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

SYNTHÈSE

En 2023, le nombre total de cas de chlamydie et l’incidence des infections à chlamydia diagnostiquées étaient légèrement plus bas que l’année précédente et se situaient à des niveaux similaires à ceux de l’année pré-pandémiques 2019. Globalement, l’augmentation du nombre d’infections diagnostiquées, visible depuis le début du millénaire, se poursuit. Depuis 2016, elle n’est plus visible que chez les hommes, tandis que le nombre d’infections diagnostiquées chez les femmes est resté stable. Néanmoins, plus de la moitié des cas concernaient des femmes. Sans changement, chez ces dernières, les groupes d’âge les plus jeunes étaient les plus touchés. Malgré l’absence de chiffres sur le nombre total de tests effectués, l’OFSP estime que la tendance globale à la hausse observée depuis de nombreuses années [6], ainsi que l’augmentation du nombre de diagnostics chez les hommes observée depuis 2016, sont principalement dues à une extension du dépistage. Même si les déclarations de laboratoire ne comportent pas d’informations sur la voie de transmission, les statistiques des tests de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée dans les centres VCT laissent supposer que cette augmenta-

Figure 3
Incidence des cas de chlamydirose déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2023



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

tion de l’incidence chez les hommes
concerne principalement les HSH.

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

Annexe
Définition des grandes régions de l’OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons/FL
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Suisse du Nord-Ouest	AG, BL, BS
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Suisse centrale	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

L’Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d’intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

Bibliographie

¹ Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331

² Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12

³ Buttram VC, Reiter RC (1981): Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, and Management. *Fertil Steril*; 36(4): 433–445

⁴ Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart M (2010). Protective Immunity to Chlamydia trachomatis Genital Infection: Evidence from Human Studies. *J Infect Dis*; 201(S2): 178–189

⁵ Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*; 382(9907):1781–1794

⁶ Schmutz C, Burki D, Frei R, Mäusezahl-Feuz M (2013). Testing for Chlamydia trachomatis: time trends in positivity rates in the canton of Basel-Stadt, Switzerland. *Epidemiol Infect*; 141: 1953–1964

La gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein en 2023

En 2023, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 6101 cas de gonorrhée. Avec 68,9 cas pour 100 000 personnes, l'incidence de la gonorrhée était plus élevée en 2023 que les années précédentes et nettement supérieure au niveau prépandémique de 2019. Cette augmentation est due dans une large mesure à l'extension des diagnostics.

SITUATION ACTUELLE

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de gonorrhée à l'aide du système de déclaration obligatoire. En 2023, les laboratoires de microbiologie et les médecins de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré 6101 cas de gonorrhée (déclarations tardives prises en compte jusqu'au 10 juin 2024), ce qui correspond à une augmentation de 19,1 % par rapport à l'année précédente.

RÉPARTITION PAR SEXE

Pour les deux sexes confondus, on observe depuis 2000 une augmentation marquée du nombre de cas, qui a été multiplié par 14,8. La grande majorité d'entre eux concernait des hommes (2023 : 81,5 %), pourcentage qui n'a cessé d'augmenter au fil des ans (figure 1). Au sein de ce groupe, 58,3 % étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). 10 cas ont été posés chez des femmes trans

(identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), 1 chez des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin) et aucun chez les VDS (variation du développement sexuel [intersexe]).

RÉPARTITION PAR ÂGE

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

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et du Liechtenstein, l'incidence des cas de gonorrhée s'élevait en 2023 à 68,9 pour 100 000 personnes. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Le contexte urbain est associé à un accès plus facile non seulement au diagnostic médical, mais aussi aux relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à davan-

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de gonorrhée déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2023

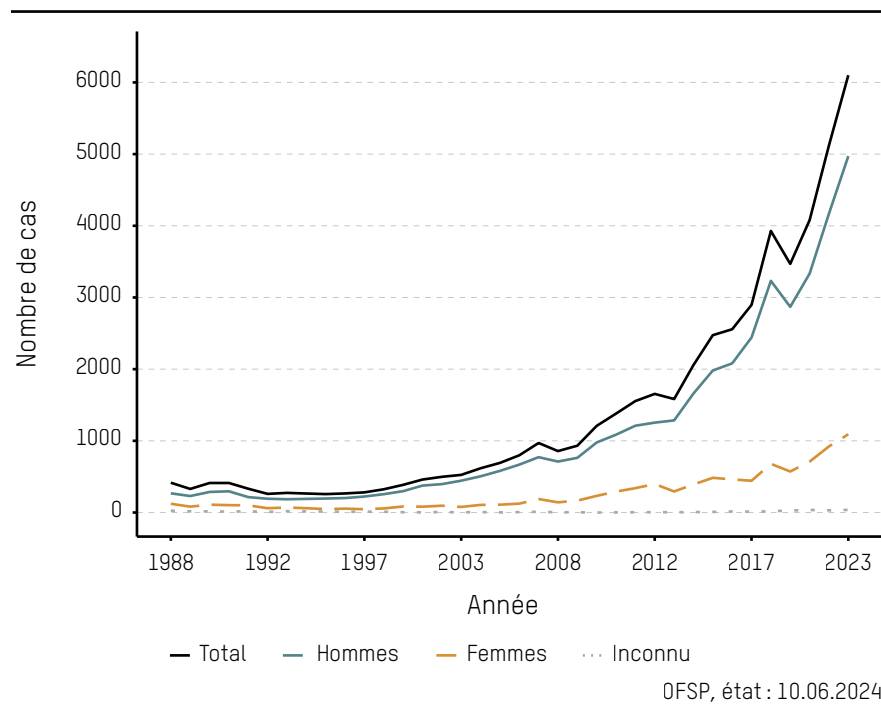
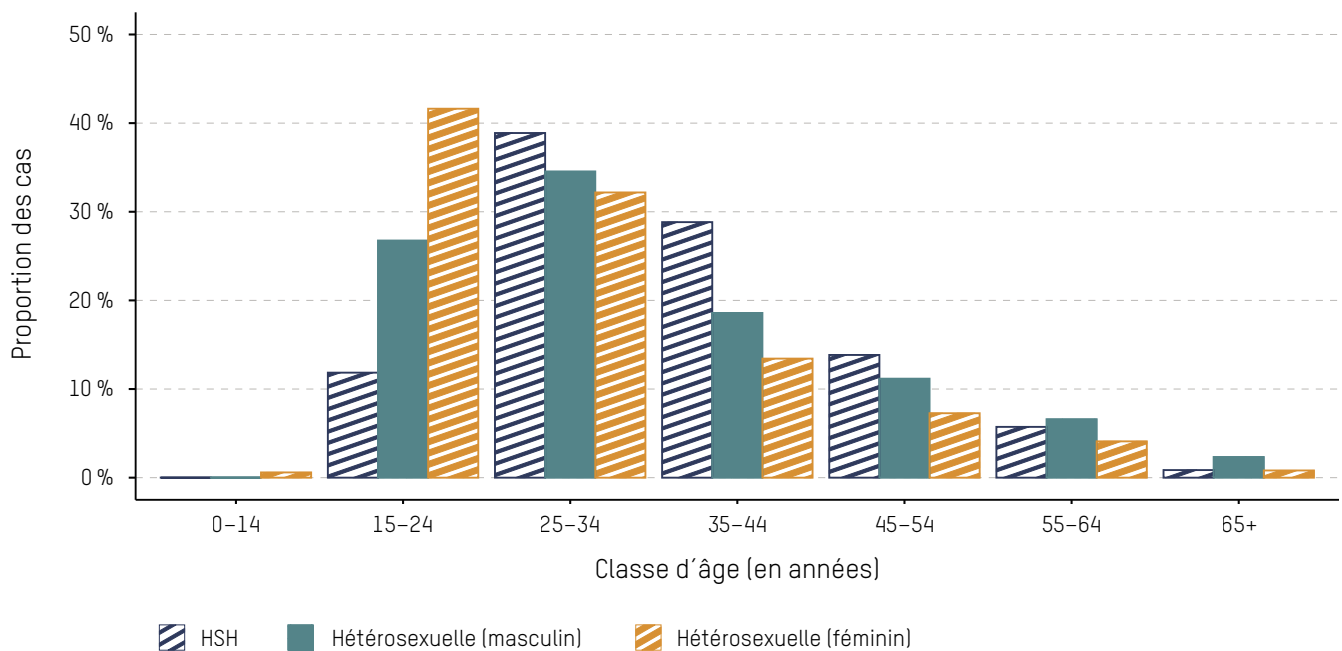


Figure 2

Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de gonorrhée déclarés, 2019 – 2023
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes.

tage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [1, 2]. L'incidence était nettement plus basse dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale, ainsi qu'au Tessin et au Liechtenstein.

VOIE D'INFECTION

Sur les 6101 personnes déclarées avec une gonorrhée en 2023, 2037 (33,4 %) avaient une voie d'infection inconnue. Parmi les autres, 2370 (58,3 %) s'étaient infectées lors de rapports sexuels entre hommes, 977 (24,0 %) hommes et 697 (17,2 %) femmes lors de relations hétérosexuelles, et 16 (0,4 %) lors de

relations sexuelles entre femmes (tableau 2).

Les femmes représentaient 41,6 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ce pourcentage a augmenté depuis 2015, soit durant la période au cours de laquelle davantage de travailleuses du sexe en Suisse se sont fait tester, par exemple dans le cadre du STAR-trial [3]. Dans le groupe des hommes pour lesquels la voie d'infection est connue, 70,7 % des infections sont survenues lors de rapports sexuels entre hommes. Les HSH, qui, selon les estimations, ne représentent pas plus de 3 % de la population masculine sexuellement active [4], sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée. Les HSH sont plus nombreux à vivre dans la grande région de Zurich que dans les autres régions de Suisse [4], ce qui explique que le pourcentage des HSH atteints de gonorrhée y soit particulièrement élevé (tableau 2). Au cours des cinq dernières années, aucune tendance claire n'a été observée pour les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle (figure 3). Chez les HSH, en revanche, on observe une

Tableau 1

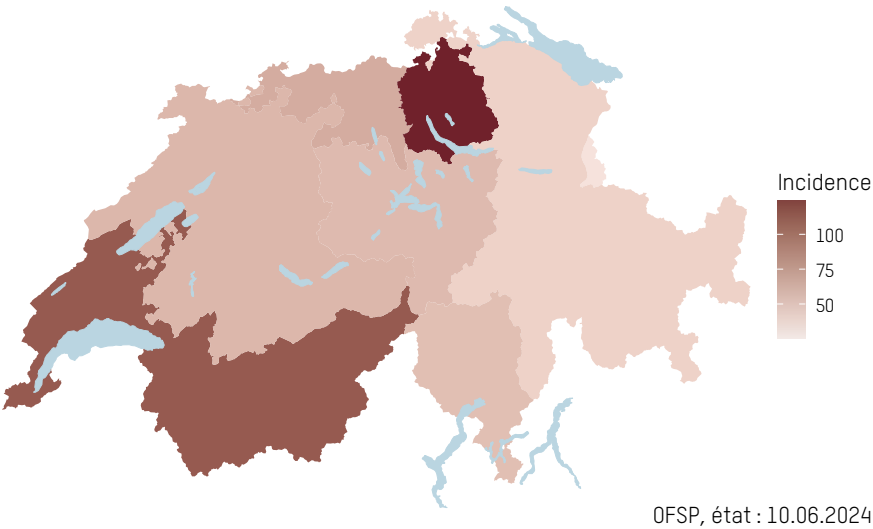
Incidence des cas de gonorrhée déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, 2019 – 2023

Grande région	Année du diagnostic				
	2019	2020	2021	2022	2023
Région lémanique	46,9	46,7	67,7	80,6	97,5
Espace Mittelland	27,2	26,8	29,1	37,8	46,8
Suisse du Nord-Ouest	42,4	32,4	38,2	45,1	52,6
Zurich	94,4	82,1	84,9	105,7	124,1
Suisse orientale	26,5	19,1	21,5	30,4	33,6
Suisse centrale	31,6	27,2	28,1	35,9	45,2
Tessin	31,3	17,7	27,0	36,4	42,9
Liechtenstein	15,5	10,2	12,7	25,2	25,2
Total Suisse et Liechtenstein	45,4	39,8	46,5	57,8	68,9

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 3
Incidence des cas de gonorrhée déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2023



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

augmentation continue après le creux de 2020.

NATIONALITÉ

Parmi les cas de gonorrhée de 2023 dont la nationalité était connue, 69,6 % concernaient des Suisses ou des Liechtensteinois, ce qui est légèrement inférieur aux années précédentes, mais qui reste proche de la valeur attendue (pourcentage de personnes ayant la nationalité suisse dans la population résidente de la Suisse [5]). La part des personnes de nationalité suisse ou liechtensteinoise variait selon le sexe et la voie d’infection (tableau 3) : chez les hommes et les femmes infectés par voie hétérosexuelle, ce pourcentage était respectivement de 71,2 % et de 73,8 %, et de 67,2 % chez les HSH. Le pourcentage comparativement élevé de femmes originaires d’Amérique 2,8 % et d’Eu-

Tableau 2
Cas de gonorrhée déclarés, par voie d’infection¹ et grande région², 2023

Voie d’infection	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	669	40,3	278	31,0	177	28,0	943	48,1	140	34,2	123	32,4	37	24,3	3	30,0	0	Na	2370	38,8
Hétérosexuel (masculin)	190	11,5	179	19,9	138	21,8	215	11,0	114	27,9	104	27,4	34	22,4	3	30,0	0	Na	977	16,0
Hétérosexuelle (féminin)	178	10,7	117	13,0	90	14,2	164	8,4	68	16,6	53	13,9	25	16,4	2	20,0	0	Na	697	11,4
Autre	8	0,5	1	0,1	5	0,8	4	0,2	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	Na	20	0,3
Inconnue	614	37,0	323	36,0	222	35,1	635	32,4	87	21,3	98	25,8	56	36,8	2	20,0	0	Na	2037	33,4
Total	1659	100,0	898	100,0	632	100,0	1961	100,0	409	100,0	380	100,0	152	100,0	10	100,0	0	100,0	6101	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

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

OFSP, état : 10.06.2024

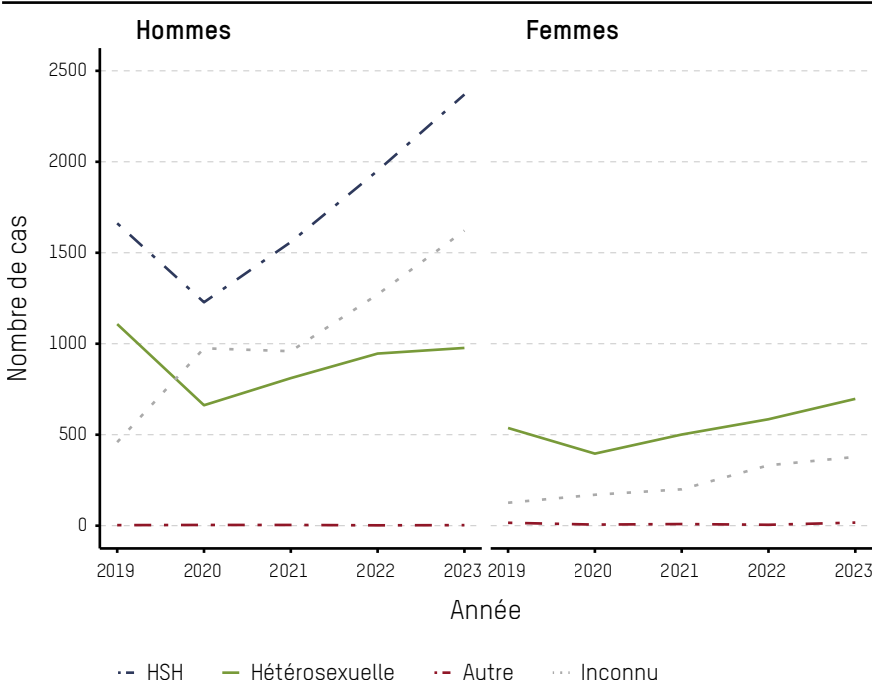
Tableau 3
Cas de gonorrhée déclarés, par nationalité (continent) et voie d’infection¹, 2023

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	1076	45,4	428	43,8	363	52,1	7	35,0	217	10,7	2091	34,3
Europe hors CH et FL	363	15,3	116	11,9	101	14,5	4	20,0	52	2,6	636	10,4
Afrique	11	0,5	27	2,8	8	1,1	1	5,0	8	0,4	55	0,9
Amérique	120	5,1	10	1,0	14	2,0	0	0,0	6	0,3	150	2,5
Asie	32	1,4	19	1,9	6	0,9	0	0,0	16	0,8	73	1,2
Océanie	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Inconnue	768	32,4	376	38,5	205	29,4	8	40,0	1738	85,3	3095	50,7
Total	2370	100,0	977	100,0	697	100,0	20	100,0	2037	100,0	6101	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas de gonorrhée déclarés, par sexe
et voie d'infection¹, 2018 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

rope hors Suisse et Liechtenstein 20,5 % indique indirectement que les travailleuses du sexe sont davantage touchées. La gonorrhée est bien plus fréquente chez les femmes actives dans le commerce du sexe que chez les autres, et les femmes qui travaillent dans ce secteur en Suisse proviennent presque exclusivement d'Amérique latine et de l'Europe de l'Est [3].

LIEU DE L'INFECTION

La majorité des infections de gonorrhée a été contractée en Suisse et au Liechtenstein (tableau 4). Chez les personnes de nationalité suisse et liechtensteinoise avec indication du lieu d'infection, le pourcentage était de 92,0 % pour les HSH et de 93,3 % pour le groupe infecté par voie hétérosexuelle. À noter que dans le formulaire de déclaration, l'information sur le lieu d'infection manquait pour certains groupes (jusqu'à un quart des cas), ce qui limite la fiabilité des conclusions de l'analyse. En raison de la forte proportion d'informations manquantes, les pourcentages du tableau 4 s'écartent sensiblement des pourcentages mentionnés dans ce paragraphe.

Tableau 4
Cas de gonorrhée déclarés, par voie d'infection¹, nationalité et lieu présumé de l'infection, 2023

Voie d'infection	Nationalité	Suisse/Liechtenstein		Lieu de l'infection		Inconnue		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	CH/FL	757	70,4	54	5,0	265	24,6	1076	100,0
	Étranger	336	63,9	40	7,6	150	28,5	526	100,0
	Inconnu	365	47,5	31	4,0	372	48,4	768	100,0
Hétérosexuel (masculin)	CH/FL	314	73,4	31	7,2	83	19,4	428	100,0
	Étranger	103	59,5	20	11,6	50	28,9	173	100,0
	Inconnu	257	68,4	30	8,0	89	23,7	376	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	261	71,9	19	5,2	83	22,9	363	100,0
	Étranger	85	65,9	8	6,2	36	27,9	129	100,0
	Inconnu	135	65,9	16	7,8	54	26,3	205	100,0
Autre	CH/FL	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	100,0
	Étranger	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0
	Inconnu	4	50,0	0	0,0	4	50,0	8	100,0
Inconnue	CH/FL	75	34,6	7	3,2	135	62,2	217	100,0
	Étranger	22	26,8	4	4,9	56	68,3	82	100,0
	Inconnu	56	3,2	7	0,4	1675	96,4	1738	100,0
Total		2779	45,5	269	4,4	3053	50,0	6101	100,0

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état : 10.06.2024

Tableau 5
Cas de gonorrhée déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d'infection¹, 2023

Type de relation sexuelle	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Voie d'infection Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	865	36,5	463	47,4	518	74,3	10	50,0	61	3,0	1917	31,4
Partenaire anonyme	667	28,1	231	23,6	53	7,6	3	15,0	45	2,2	999	16,4
Relations sexuelles tarifées	41	1,7	79	8,1	24	3,4	1	5,0	8	0,4	153	2,5
Inconnu	797	33,6	204	20,9	102	14,6	6	30,0	1923	94,4	3032	49,7
Total	2370	100,0	977	100,0	697	100,0	20	100,0	2037	100,0	6101	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état: 10.06.2024

TYPE DE RELATION SEXUELLE

Parmi les hommes ayant contracté la gonorrhée, il reste aujourd’hui encore difficile d’obtenir des informations précises sur la source présumée de l’infection. Cette information était disponible chez 33,6 % des HSH, contre 20,9 % des hommes hétérosexuels. Parmi les personnes pour lesquelles on disposait d’informations détaillées sur le type de relation sexuelle avec le partenaire présumé contagieux, 87,1 % des femmes avaient été infectées par un partenaire connu, 8,9 % par un partenaire anonyme et 4,0 % lors de rapports sexuels tarifés. Les rapports sexuels anonymes (29,9 %) et tarifés (10,2 %) étaient plus fortement représentés chez les hommes hétérosexuels que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était un peu moins souvent connu (55,0 %) que pour les autres hommes (59,9 %), et les relations sexuelles tarifées (2,6 %) ne consti-

tuaient pas un facteur significatif d’infection par la gonorrhée chez les HSH (tableau 5). Les données existantes soulignent le rôle important que jouent les relations sexuelles à caractère commercial dans la transmission hétérosexuelle, surtout chez les hommes. De plus, il existe vraisemblablement une sousdéclaration à ce sujet dans les indications figurant sur les formulaires. Parler non seulement d’homosexualité, mais aussi de sexe tarifé reste relativement tabou, y compris dans le corps médical, en raison de la stigmatisation sociale [6, 7].

SYNTHÈSE

Observée depuis plusieurs années, l’augmentation de l’incidence des cas de gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein s’est poursuivie en 2023, après une baisse temporaire en 2020 dans le contexte de la pandémie du

COVID-19. Il existait toutefois des disparités entre les régions. La grande majorité des diagnostics ont été posés chez les hommes, dont plus de la moitié chez des HSH. L’augmentation des cas de gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein est essentiellement attribuable à l’extension des diagnostics.

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

Bibliographie

¹ Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331

² Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12

³ Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

⁴ Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291

⁵ Office fédéral de la statistique (2021). Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950–2020

⁶ O’Connell Davidson J (1998). Prostitution, Power, and Freedom. Ann Arbor: University of Michigan Press

⁷ Gerheim U (2012). Die Produktion des Freiers. Macht im Feld der Prostitution. Bielefeld: transcript Verlag

Annexe
Définition des grandes régions de l’OFS

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

L’Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d’intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

La syphilis en Suisse et au Liechtenstein en 2023

En 2023, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1125 cas de syphilis, dont 810 remontaient à moins d'un an au moment du diagnostic selon le médecin. Avec 12,7 cas pour 100 000 personnes, l'incidence globale était la plus élevée enregistrée depuis l'introduction de la surveillance de la syphilis. Elle restait toutefois à peine supérieure à celles de 2019 et de 2022, juste avant et après la baisse des déclarations observée durant la pandémie de COVID-19. L'incidence des cas précoces (9,2 cas pour 100 000 personnes) était par contre en léger recul après le pic de 2022 (9,5/100 000). Les personnes touchées sont principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

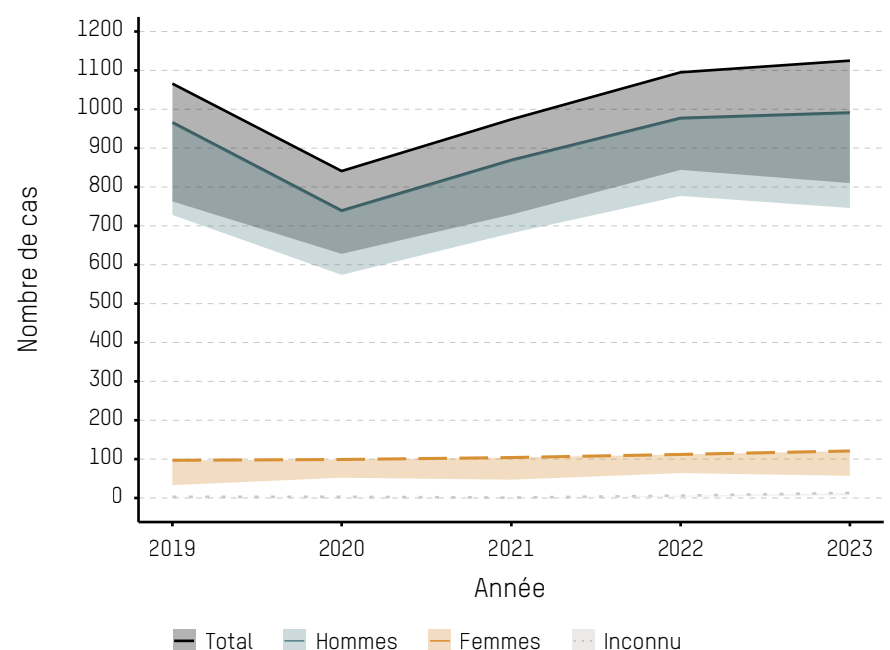
DÉFINITION DE CAS ET SITUATION ACTUELLE

En Suisse et au Liechtenstein, la syphilis fait l'objet d'une surveillance au moyen d'un système de déclaration obligatoire depuis 2006. L'OFSP avait révisé en profondeur les critères de déclaration de la syphilis et la définition de cas pour début 2018 [1]. Depuis, il n'a plus accès aux résultats détaillés des diagnostics de laboratoire. Les chiffres s'appuient donc désormais exclusivement sur les données inscrites par le corps médical sur le formulaire de déclaration des résultats d'analyses cliniques. Depuis 2018, seuls les cas mentionnés comme « début de traitement contre la syphilis pour un nouvel épisode de maladie pas encore déclaré » (ci-dessous : « nouvelles infections ou réinfections ») sont inclus dans la statistique (cas certains). Ces changements dans la manière de surveiller la syphilis ne permettent plus une comparaison directe entre les données avant et après 2018. C'est pourquoi nous n'évaluerons pas la tendance à long terme pour cette infection. Afin de pouvoir mieux comparer les données suisses à celles d'autres pays européens, nous fournirons certaines statistiques respectivement pour tous les cas et pour les cas qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce)

(latence précoce), conformément à la définition de cas du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Pour 2023, les médecins ont déclaré à l'OFSP 1125 nouveaux cas de syphilis (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 10 juin 2024), ce qui

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis déclarés par sexe, 2019 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

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

correspond à une augmentation de 2,7 % par rapport aux 1095 cas de l'année précédente.

RÉPARTITION PAR SEXE

La majorité des cas de syphilis déclarés en 2023 concernait des hommes (89,1 % du total des cas dont le sexe était connu), pourcentage stable depuis 2011 ; 7 cas concernaient des femmes trans (identité de genre féminine, sexe indiqué à la naissance masculin), aucun des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin) et aucun des personnes avec VDS (variation du développement sexuel [intersexe]). En 2020, une nette diminution des cas a été enregistrée chez les hommes (et donc aussi pour le total des cas), que l'OFSP a attribuée à la pandémie de COVID-19 (figure 1). Dès 2021, le nombre de cas chez les hommes, et en général, augmente à nouveau chaque année pour finalement à peine dépasser en 2023 le pic de 2019. Ainsi, depuis la révision de la surveillance de la syphilis en 2018, le nombre de

cas n'augmente plus que modérément, tant pour les hommes que les femmes, à la fois pour le nombre total de cas et pour les cas de syphilis remontant à moins d'un an (définition de cas de l'ECDC ; bord inférieur de la zone ombrée grise).

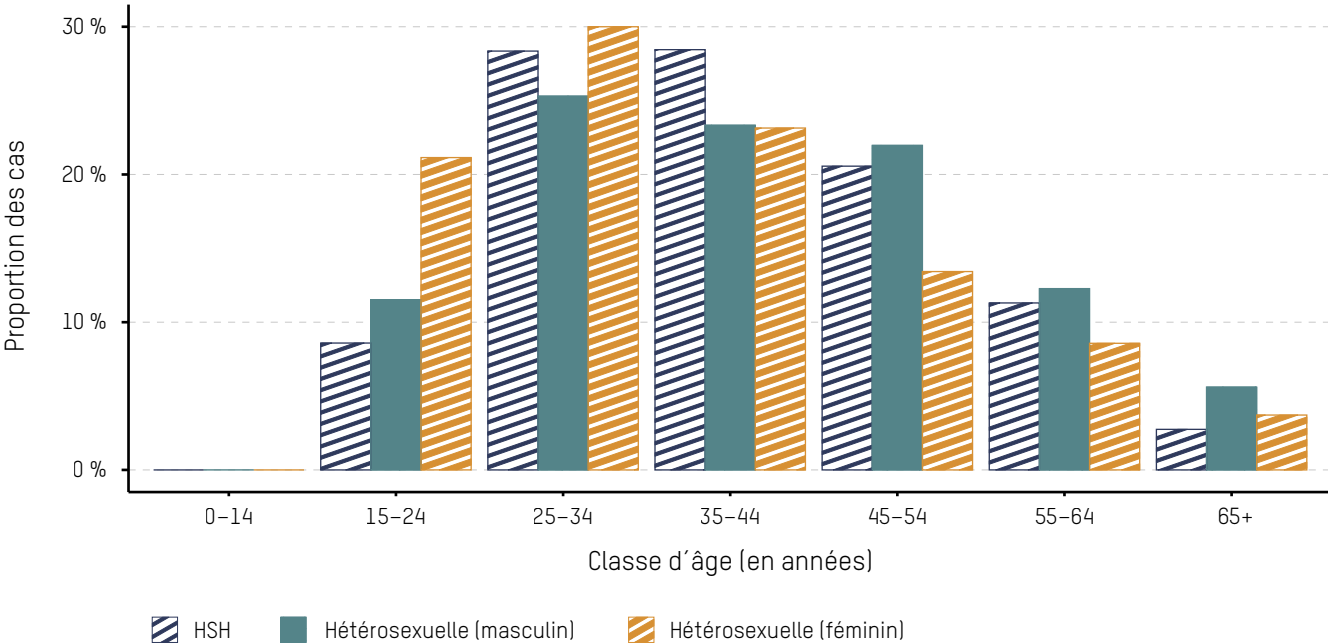
RÉPARTITION PAR ÂGE

Chez les HSH, l'âge médian, établi sur les cinq dernières années, était de 39 ans, autrement dit, la moitié d'entre eux avait moins que cet âge et l'autre moitié plus. Parmi eux, la proportion la plus élevée de cas était dans le groupe des 25 à 34 ans et dans celui des 35 à 44 ans (figure 2). L'âge médian des femmes, au moment du diagnostic, était de 34 ans ; la proportion la plus élevée des cas était dans le groupe des 25 à 34 ans. Au moment du diagnostic, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus âgés que les femmes : leur âge médian était de 40 ans, et le groupe d'âge le plus touché était également celui des 25 à 34 ans.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et du Liechtenstein, l'incidence des cas de syphilis s'élevait en 2023 à 12,7 pour 100 000 personnes pour le total des cas et à 9,1 pour 100 000 pour les stades de la syphilis remontant à moins d'un an d'après les estimations des médecins déclarants. On observait toutefois d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Aussi bien pour le total des cas que pour ceux à un stade précoce les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se situent les plus grands centres urbains de Suisse. Le contexte urbain est associé non seulement à un accès plus facile au diagnostic médical, mais aussi aux relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à davantage de partenaires sexuels, en particulier pour les membres des minorités sexuelles [2, 3]. À titre de comparaison pour les cas à un stade précoce l'incidence s'élevait en 2022 à 8,5 pour 100 000 personnes dans l'Espace économique européen (EEE), à 4,3 en Italie, à 10,0 en

Figure 2
Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de syphilis déclarés, 2019 – 2023
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 10.06.2024

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes. Les rares autres voies d'infection et les voies d'infection inconnues ne sont pas prises en compte dans ce graphique.

Tableau 1
Incidence des cas de syphilis déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile et année du diagnostic, respectivement pour le total des cas et les cas aux stades précoces², 2019 – 2023

Grande région	Année du diagnostic									
	2019		2020		2021		2022		2023	
	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce
Région lémanique	16,6	11,2	17,0	11,2	18,7	12,9	18,5	13,3	18,3	12,0
Espace Mittelland	8,2	5,8	5,0	3,5	5,7	3,1	7,3	5,5	9,3	6,1
Suisse du Nord-Ouest	7,5	5,5	7,1	5,6	7,5	6,0	8,6	6,7	9,6	7,1
Zurich	23,4	17,7	16,5	13,6	19,0	15,9	20,8	17,2	20,0	15,9
Suisse orientale	6,1	4,6	4,2	3,0	7,5	6,1	7,6	5,1	7,1	5,3
Suisse centrale	6,6	4,8	5,2	4,5	5,4	4,7	8,7	7,6	7,1	6,1
Tessin	14,2	10,2	7,1	6,3	7,7	5,4	10,2	8,2	12,7	9,3
Liechtenstein	5,2	2,6	5,1	5,1	5,1	5,1	15,1	12,6	10,1	10,1
Total Suisse et Liechtenstein	12,3	8,8	9,7	7,2	11,1	8,3	12,4	9,5	12,7	9,1

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

² Conformément à la définition des cas de l’UE (ECDC), seuls ont été comptés sous «Précoce» les stades de syphilis qui, d’après les estimations des médecins déclarants, remontaient à moins d’un an au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce).

OFSF, état : 10.06.2024

Allemagne et à 16,6 en Espagne (données non disponibles pour la France et l’Autriche) [4].

VOIE D’INFECTION

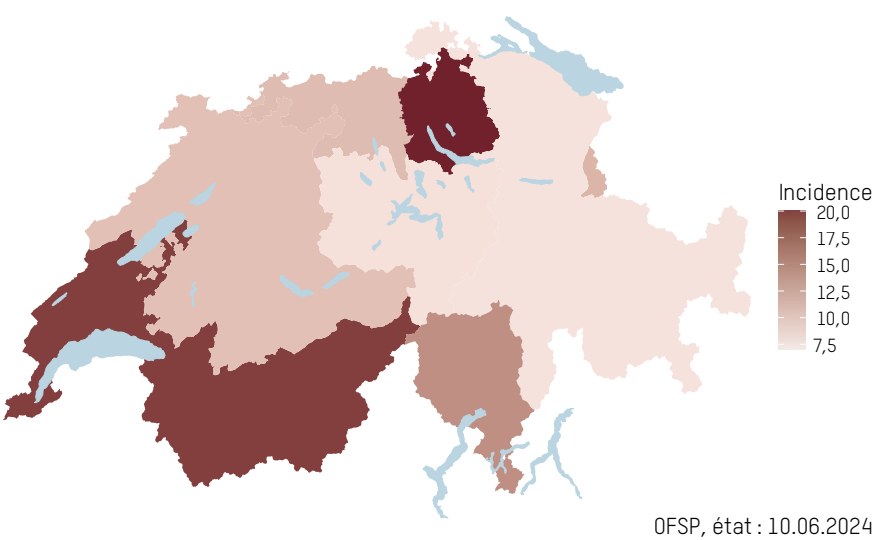
En 2023, 1078 cas de syphilis (95,8 % du total) avaient été infectés par voie sexuelle et 1 (0,1 %) par une autre voie (syphilis congénitale), alors que la voie d’infection était inconnue pour 46 cas (4,1 %).

Sur les 944 (83,9 % du total) cas de syphilis déclarés en 2023 pour lesquels le sexe du cas et du partenaire sexuel était connu, 701 (74,3 %) s’étaient infectés lors de rapports sexuels entre hommes (les quelques cas chez les hommes déclarant une infection suite à des relations à la fois homosexuelles et hétérosexuelles ont été comptabilisés comme des cas HSH), 152 hommes et 86 femmes lors de relations hétérosexuelles, et 3 lors de rapports sexuels entre femmes (tableau 2). Les femmes représentaient 36,1 % des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Ce pourcentage est passé d’environ 24,0 % avant 2015 à environ 35,0 % après, suite à l’intensification du dépistage chez les travailleuses du sexe en Suisse [5]. Chez les hommes pour lesquels la voie d’infection (y compris le sexe des partenaires) est connue, 82,0 % des infections étaient dues à des rapports sexuels entre hommes. Selon

les estimations, les HSH ne représentent pas plus de 3,0 % des hommes sexuellement actifs dans l’ensemble de la Suisse [6]. Ils sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Il y a relativement plus de HSH à Zurich que dans les autres villes ou régions de Suisse [6], raison pour laquelle le pourcentage des cas avec une transmission HSH y est particulièrement élevé (tableau 2).

Au cours des cinq dernières années, la tendance pour les HSH et les hommes infectés par voie hétérosexuelle est identique : les pics de 2019 sont suivis d’un fort creux en 2020 dû au COVID-19, suivi par un rattrapage et un retour à un niveau similaire à celui de 2019 (figure 4). Pour ces cas, les mêmes tendances sont observées pour les stades de la syphilis remontant à moins d’un an (bord inférieur de la zone om-

Figure 3
Taux d’incidence des cas de syphilis déclarés (stades précoces et tardifs ensemble) pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile, 2023



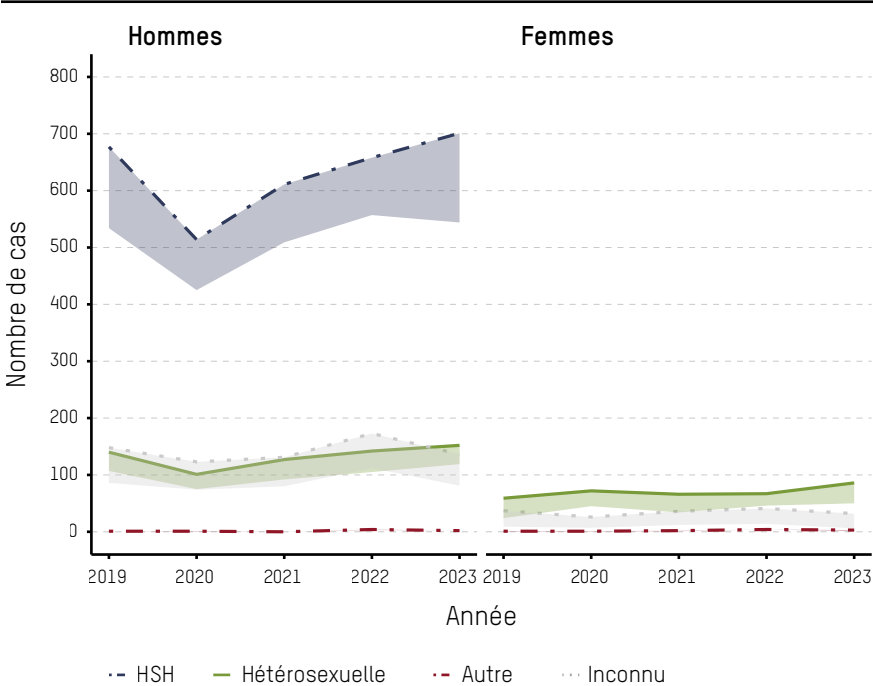
¹ Pour la définition des grandes régions de l’OFS, voir annexe.

Tableau 2
Cas de syphilis déclarés, par voie d'infection¹ et grande région² de domicile, 2023

Voie d'infection	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	175	56,3	91	51,1	53	46,1	257	81,3	45	52,3	40	66,7	31	68,9	3	75,0	6	60,0	701	62,3
Hétérosexuel (masculin)	49	15,8	18	10,1	18	15,7	27	8,5	14	16,3	14	23,3	10	22,2	1	25,0	1	10,0	152	13,5
Hétérosexuelle (féminin)	31	10,0	22	12,4	12	10,4	8	2,5	8	9,3	3	5,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	86	7,6
Autre	3	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	5	0,4
Inconnue	53	17,0	47	26,4	32	27,8	23	7,3	19	22,1	3	5,0	3	6,7	0	0,0	1	10,0	181	16,1
Total	311	100,0	178	100,0	115	100,0	316	100,0	86	100,0	60	100,0	45	100,0	4	100,0	10	100,0	1125	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état: 10.06.2024
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale, mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.
² Pour la définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2019 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

Courbes: cas de syphilis, nouvelles infections ou réinfections (d'après l'évaluation des médecins déclarants).
Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante: cas de syphilis qui remontaient à moins d'une année au moment du diagnostic (stade primaire, secondaire ou de latence précoce), sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).
¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale; Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.

brée bleue). Par contre, les femmes infectées par voie hétérosexuelle montrent une tendance à la hausse, même en 2020. Un cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) a été rapporté en 2023, de sorte qu'il y a eu en Suisse ces dix dernières années au total 9 cas de syphilis néonatale connus. Aucun cas d'« avortement dû à une infection par la syphilis » a été déclaré en 2023.

NATIONALITÉ

Parmi les personnes atteintes de syphilis dont la nationalité est connue, 57,1 % étaient Suisses ou Liechtensteinois. Le pourcentage de Suisses variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3): il était de 45,9 % pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle, de 52,3 % pour les hommes hétérosexuels et de 60,4 % pour les HSH. Le pourcentage relativement élevé de femmes originaires d'Amérique latine et de l'Europe de l'Est et du Sud indique indirectement que les travailleuses du sexe sont particulièrement touchées.

LIEU DE L'INFECTION

Le lieu d'infection (Suisse et Liechtenstein / étranger) n'était connu que pour 58,0 % des cas, ce qui limite la fiabilité des conclusions de l'analyse. La majorité des infections pour lesquelles le lieu d'infection était connu ont été contractées en Suisse (79,5 %; tableau 4). Parmi les personnes de nationalité suisse ou liechtensteinoise pour

Tableau 3
Cas de syphilis déclarés, par nationalité (continent) et voie d'infection¹, 2023

Nationalité	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	300	42,8	56	36,8	28	32,6	2	40,0	63	34,8	449	39,9
Europe hors CH et FL	122	17,4	34	22,4	18	20,9	1	20,0	31	17,1	206	18,3
Afrique	7	1,0	4	2,6	3	3,5	0	0,0	5	2,8	19	1,7
Amérique	54	7,7	6	3,9	10	11,6	1	20,0	16	8,8	87	7,7
Asie	14	2,0	7	4,6	2	2,3	0	0,0	3	1,7	26	2,3
Océanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inconnue	204	29,1	45	29,6	25	29,1	1	20,0	63	34,8	338	30,0
Total	701	100,0	152	100,0	86	100,0	5	100,0	181	100,0	1125	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état: 10.06.2024
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale, mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.

lesquelles le lieu d'infection était connu, le pourcentage de personnes infectées en Suisse s'élevait à 84,7 % pour les HSH. Pour les cas infectés par voie hétérosexuelle, ce pourcentage était de 76,2 % pour les hommes et de 81,0 % pour les femmes. Le pourcentage

relativement élevé de personnes hétérosexuelles qui se sont infectées à l'étranger pourrait refléter indirectement le phénomène du tourisme sexuel.

TYPE DE RELATION SEXUELLE
Il reste aujourd'hui encore difficile d'obtenir des informations précises sur la source présumée de l'infection chez les hommes ayant contracté la syphilis. En 2023, l'information sur la voie d'infection probable manquait chez 35,4 %

Tableau 4
Cas de syphilis déclarés, par voie d'infection¹, nationalité et lieu présumé de l'infection, 2023

Voie d'infection	Nationalité	Lieu de l'infection						Total	
		Suisse/Liechtenstein		Étranger		Inconnu		N	%
		N	%	N	%	N	%		
HSH	CH/FL	177	59,0	32	10,7	91	30,3	300	100,0
	Étrangère	91	44,2	26	12,6	89	43,2	206	100,0
	Inconnue	86	44,1	13	6,7	96	49,2	195	100,0
Hétérosexuel (masculin)	CH/FL	32	57,1	10	17,9	14	25,0	56	100,0
	Étrangère	25	46,3	12	22,2	17	31,5	54	100,0
	Inconnue	19	45,2	11	26,2	12	28,6	42	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	17	60,7	4	14,3	7	25,0	28	100,0
	Étrangère	13	38,2	10	29,4	11	32,4	34	100,0
	Inconnue	19	79,2	2	8,3	3	12,5	24	100,0
Autre	CH/FL	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Étrangère	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Inconnue	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Inconnue	CH/FL	9	14,3	5	7,9	49	77,8	63	100,0
	Étrangère	14	24,1	5	8,6	39	67,2	58	100,0
	Inconnue	15	25,0	3	5,0	42	70,0	60	100,0
Total		519	46,1	134	11,9	472	42,0	1125	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état: 10.06.2024
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale, mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.

Tableau 5
Cas de syphilis déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d'infection¹, 2023

Type de relation sexuelle	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Voie d'infection Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	203	29,0	58	38,2	49	57,0	2	40,0	14	7,7	326	29,0
Partenaire anonyme	241	34,4	36	23,7	6	7,0	1	20,0	9	5,0	293	26,0
Relations sexuelles tarifées	9	1,3	19	12,5	14	16,3	2	40,0	5	2,8	49	4,4
Inconnu	248	35,4	39	25,7	17	19,8	0	0,0	153	84,5	457	40,6
Total	701	100,0	152	100,0	86	100,0	5	100,0	181	100,0	1125	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état: 10.06.2024
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale, mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.

des HSH, alors que ce pourcentage n'était que de 25,7 % chez les hommes hétérosexuels et de 19,8 % chez les femmes hétérosexuelles (tableau 5). Parmi les personnes pour lesquelles on dispose d'informations sur le type de relation sexuelle avec le partenaire présumé contagieux, 71,0 % des femmes hétérosexuelles ont été infectées par un partenaire connu, 8,7 % par un partenaire anonyme et 20,3 % (en forte hausse) lors de relations sexuelles tarifées. Les contacts anonymes (31,9 %) ont joué un rôle plus important chez les hommes ayant une relation hétérosexuelle que chez les femmes, tandis que les relations sexuelles tarifées (16,8 %) ont été citées presque aussi

souvent que chez les femmes. Chez les HSH, le partenaire était presque aussi souvent connu (44,8 %) que chez les autres hommes (51,3 %), et les relations sexuelles tarifées (2,0 %) n'étaient pas un facteur significatif d'infection par la syphilis chez les HSH.

INFECTIONS SYPHILITIQUES ANTÉRIEURES

Une infection antérieure ne protège pas d'une nouvelle infection. 29,4 % du total des HSH présentant une syphilis en 2023 avaient déjà contracté la maladie dans le passé, contre seulement 7,6 % dans le groupe des personnes infectées par voie hétérosexuelle (cette informa-

tion n'était pas disponible pour 26,1 % du total des cas).

STADE CLINIQUE

Dans 14,3 % des cas, les médecins déclarants n'ont pas pu déterminer le stade de la syphilis qu'ils ont diagnostiquée et traitée par antibiotiques (tableau 6). Pour les cas dont le stade était connu, 42,0 % ont été diagnostiqués au stade primaire. Cela étant, pour 27,2 % des cas de syphilis primaire, il n'était apparemment pas possible de déterminer où se situait précisément le chancre induré, qui est le principal symptôme de la syphilis primaire: sur l'organe génital, dans la cavité buccale ou dans la région de l'anus ou du rec-

Tableau 6
Cas de syphilis déclarés, par stade clinique et voie d'infection¹, 2023

Stade clinique	HSH		Hétérosexuel (masculin)		Voie d'infection Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	251	35,8	79	52,0	29	33,7	2	40,0	44	24,3	405	36,0
Secondaire	144	20,5	28	18,4	12	14,0	1	20,0	24	13,3	209	18,6
Latence précoce (< 1 an)	144	20,5	11	7,2	9	10,5	0	0,0	11	6,1	175	15,6
Latence tardive (≥ 1 an)	88	12,6	17	11,2	21	24,4	0	0,0	24	13,3	150	13,3
Tertiaire	11	1,6	6	3,9	0	0,0	0	0,0	8	4,4	25	2,2
Inconnu	63	9,0	11	7,2	15	17,4	2	40,0	70	38,7	161	14,3
Total	701	100,0	152	100,0	86	100,0	5	100,0	181	100,0	1125	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 13 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état: 10.06.2024
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale, mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu et 3 cas de transmission homosexuelle chez les femmes.

tum. Ainsi, le pourcentage réel de personnes atteintes de syphilis primaire est potentiellement plus faible que celui calculé à partir des mentions de syphilis primaires.

Si l'on considère la voie d'infection, 539 HSH (84,5 % des cas HSH avec un stade connu), 118 hommes infectés par voie hétérosexuelle (83,7 % cas) et 50 femmes infectées par voie hétérosexuelle (70,4 % des cas) présentaient au moment du diagnostic une syphilis active, c'est-à-dire un stade primaire, secondaire ou un stade de latence précoce. Toutes ces personnes étaient donc susceptibles d'infecter leurs partenaires sexuels. Les cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire présentant des manifestations cliniques de syphilis tardive, ont été très rares (25 au total). Chez les HSH, les infections primaires sont le plus souvent peu symptomatiques (manifestations anales ou rectales) ou asymptomatiques. Le fait que la syphilis était habituellement diagnostiquée plus souvent à un stade précoce chez les HSH indiquait une plus grande fréquence des tests dans ce groupe. Le dépistage de la syphilis au moins une fois par an est un test de routine chez les HSH porteurs d'une infection par le VIH diagnostiquée, et les participants au projet SwissPrEPared sont testés pour la syphilis tous les trois mois.

SYNTHÈSE

En 2023, l'incidence des cas de syphilis en Suisse était très proche de celle de 2019 et de 2022, tant pour le total des cas que pour les cas à un stade précoce. La baisse observée en 2020 et 2021 était très probablement due à la pandémie du COVID-19 et la tendance globale de ces cinq dernières années est quasi stable. Il existait toutefois des disparités entre les régions : les deux régions les plus urbanisées (région lémanique et Zurich) étaient les plus touchées. De plus, le nombre de cas de syphilis a continué d'augmenter dans la région lémanique pendant les années 2020 et 2021 de pandémie du COVID-19, mais s'est stabilisé par la suite. La majorité des cas sont enregistrés chez des HSH. Depuis l'introduction de la déclaration obligatoire, la hausse du nombre de cas concerne principalement les réseaux sexuels de HSH. Depuis fin 2015, les groupes particulièrement touchés (HSH, mais aussi travailleuses du sexe) font l'objet d'un dépistage de la syphilis plus fréquent (voir chapitre sur la surveillance des tests) et, depuis avril 2019, les personnes qui prennent des médicaments à titre prophylactique contre le VIH dans le cadre du projet SwissPrEPared sont testées pour la syphilis tous les trois mois. Ces deux interventions de dépistage sont corrélées avec la hausse observée du nombre absolu de cas de syphilis chez les HSH. Mais le nombre de déclarations

semble actuellement se stabiliser, chez les HSH comme dans la population générale. La répartition des personnes par âge et par voie d'infection était également comparable à celle des années précédentes : la majorité avait entre 25 et 54 ans, et les rapports sexuels entre hommes constituaient la principale voie de contamination. 81,8 % des cas dont le stade était connu se trouvaient à un stade infectieux, ce qui laisse penser que les partenaires sexuels avaient très vraisemblablement aussi contracté la syphilis. Il est nécessaire d'informer ces personnes et de les traiter simultanément, afin d'éviter les réinfections après traitement. Il est recommandé de faire un test de dépistage de la syphilis tous les six mois chez les travailleuses du sexe et six semaines après le rapport sexuel tarifé chez les hommes qui les fréquentent [7]. Il semble également pertinent de procéder à un test de dépistage tous les six mois chez une grande partie des hommes homosexuels, bisexuels et des autres HSH, afin de casser la chaîne de transmission [8].

Contact

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

Remarques à l'intention du corps médical

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

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

Bibliographie

¹ OFSP (2017): Adaptation du processus de déclaration pour la syphilis. *OFSP-Bulletin*; 51:17–18

² Farmer GW, Blossich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331

³ Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12

⁴ European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Syphilis. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC

⁵ Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

⁶ Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291

⁷ OFSP (2015). Diagnostic et traitement de la syphilis: recommandations actualisées. *OFSP-Bulletin*; 21:242–247

⁸ Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

Annexe

Définition des grandes régions de l’OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons/FL
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Suisse du Nord-Ouest	AG, BL, BS
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Suisse centrale	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

L’Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d’intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

L'hépatite B en Suisse et au Liechtenstein en 2023

En 2023, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1129 cas d'hépatite B, résultant généralement d'une ancienne transmission. Si le nombre de cas déclarés est resté globalement stable ces 30 dernières années, il a diminué depuis 2017 jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie du COVID-19, avant d'augmenter ces trois dernières années pour retourner au niveau de 2019. La forte augmentation depuis 2022 du nombre de cas originaires d'Ukraine et d'Afghanistan explique largement l'augmentation générale. Les taux de déclaration des cinq dernières années sont les plus bas jamais enregistrés (12,7 cas pour 100 000 personnes en 2023). L'incidence de l'hépatite B aiguë – ajustée pour les déclarations cliniques manquantes – a connu une diminution quasi continue ces trente dernières années et atteignait en 2022 et 2023 un minimum historique de 0,2 pour 100 000 personnes. Bien que le vaccin contre l'hépatite B soit, depuis 2019, administré de préférence aux nourrissons, il est toujours expressément recommandé à tous les jeunes de 11 à 15 ans non vaccinés ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables. Il est également nécessaire d'intervenir auprès des acteurs cliniques afin que chaque dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible soit accompagné d'un examen du statut vaccinal pour l'hépatite B.

DÉFINITION DE CAS ET SITUATION ACTUELLE

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

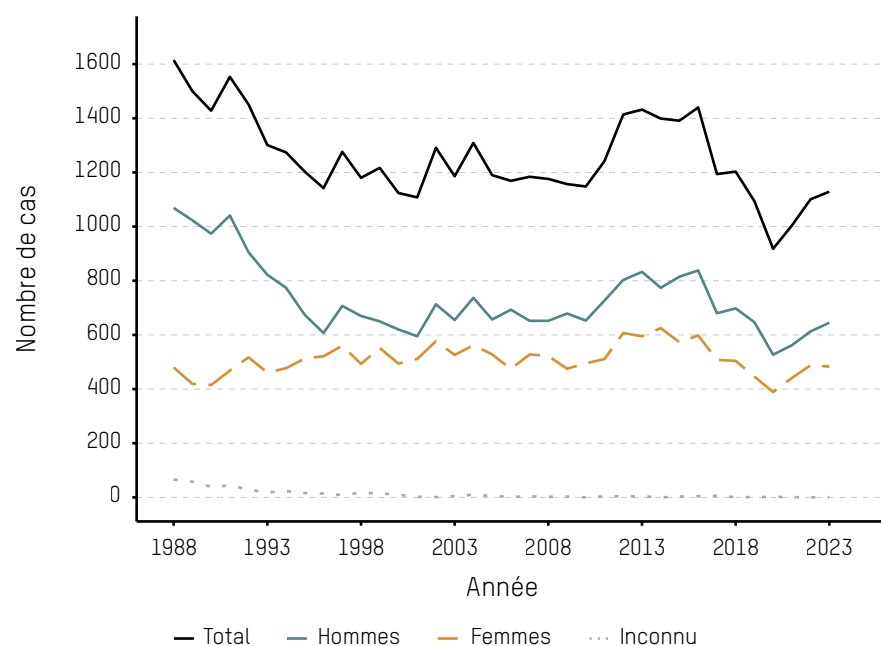
que la nationalité et le pays d'origine du patient ou de la patiente. Est considéré comme cas d'hépatite B *aiguë* tout patient ou patiente pour lequel a été déclaré un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B, des transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer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

principalement rapportée comme asymptomatique, les éventuels signes et symptômes extra-hépatiques n'entrant pas dans la classification clinique des cas). S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, le stade clinique est noté comme inconnu (voir tableau 5).

L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Ce dernier est probablement souvent très antérieur à l'année du cas. Les 29 patients et patientes qui vivaient à l'étranger ont été exclus des analyses (sauf ceux du Liechtenstein). Le nombre de cas d'hépatite B déclarés chaque année en Suisse a d'abord été marqué par un pic de 1615 cas en 1988, première année sous surveillance, puis a diminué dans la première moitié des années 1990 (surtout chez les

Figure 1

Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite B déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

hommes). Il est ensuite resté stable pendant 20 ans au niveau d'environ 1200 cas par an. La tendance était à la baisse pour les hommes comme pour les femmes depuis 2017, avant de s'inverser en 2021 pour les deux sexes (figure 1).

En 2023, 1129 cas d'hépatite B ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 30,1 % par rapport au pic de 1988 et à une augmentation de 0,4 % par rapport à l'année 2000. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont dispose l'OFSP sur les cas nouvellement déclarés en 2023. Au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques était disponible pour 77,5 % d'entre eux, en augmentation après le plus bas niveau historique enregistré l'année précédente (les déclarations cliniques tardives ont été prises en considération jusqu'au 10 juin 2024). En 2020 et 2021, probablement en raison de la pandémie de COVID-19 et d'une modification structurelle dans la surveillance des hépatites B et C (dorénavant, les médecins cantonaux ont accès à la base de données de l'OFSP pour leurs cas et, suite à une déclaration de laboratoire, doivent demander une

déclaration clinique pour les cas qui n'en ont pas encore; une liste de ces cas ne leur est plus fournie par l'OFSP),

cette disponibilité était déjà nettement inférieure à la moyenne de 2016–2019, à savoir 92,8 %. Il est de plus à noter que de tout temps certaines rubriques sont particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

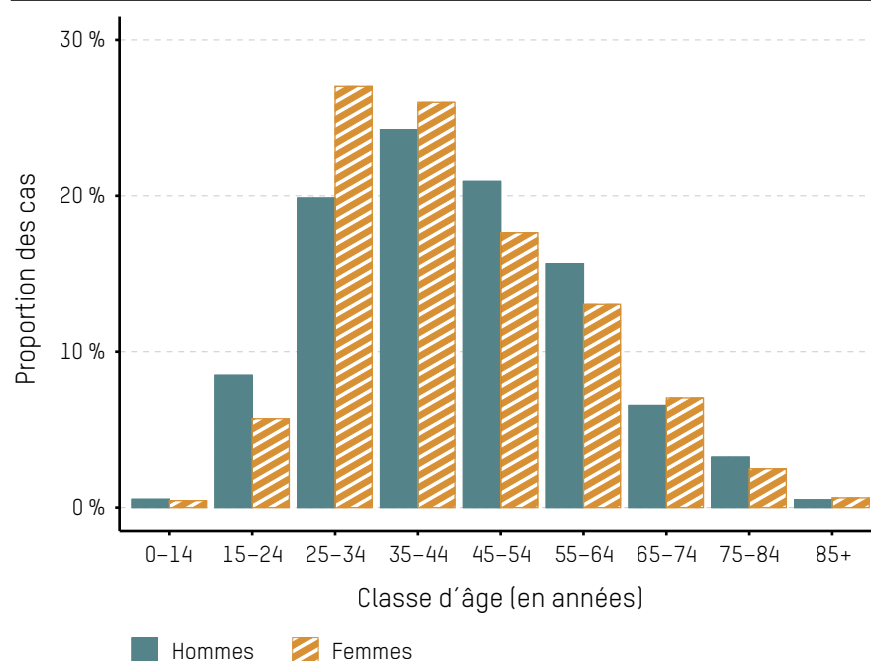
Le taux de déclaration global en 2023, 12,7 cas pour 100 000 personnes, était presque identique à ceux de 2019 et 2022; le creux des années 2020 et 2021 était probablement en partie dû à la pandémie de COVID-19. Une diminution des déclarations pour la plupart des maladies à déclaration obligatoire a en effet été observée en Suisse durant cette période [3] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite B [4]. L'incidence de l'hépatite B *aiguë* – ajustée pour tenir compte des cas sans déclaration clinique – était comme l'année précédente de 0,2 pour 100 000 personnes, soit le plus bas niveau historique (figure 5).

RÉPARTITION PAR SEXE

En 2023 comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite B était plus élevé chez les hommes (57,2 % du total des cas; figure 1). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans.

Figure 2

Distribution par sexe et âge des cas d'hépatite B déclarés, 2019 – 2023 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 10.06.2024

RÉPARTITION PAR ÂGE

Pour l'hépatite B, la répartition par âge des cas est légèrement décalée vers la droite (âges plus élevés) par rapport aux autres infections transmises principalement par voie sexuelle. Contrairement à celles-ci, beaucoup de cas d'hépatite B sont en effet déclarés à un stade chronique, souvent longtemps après le moment de l'infection. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans suivi de près par celui de 35 à 44 ans chez les femmes, et dans celui de 35 à 44 ans chez les hommes (figure 2). Les déclarations de cas d'hépatite B étaient extrêmement rares chez les enfants. L'âge médian au moment de la première déclaration des cas des cinq dernières années était de 43 ans pour les femmes et de 44 ans pour les hommes. Il pouvait varier selon les principales voies d'infection : 37 ans pour les infections périnatales, 41 ans pour la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, 43 ans pour les contacts sexuels, 52,5 ans lorsque l'infection avait été contractée dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle de santé et 43 ans lorsque qu'aucune voie d'infection n'était identifiable.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Le taux de déclaration global de l'hépatite B en 2023 masque d'importantes disparités régionales (tableau 1, figure 3). Comme les années précédentes, les taux les plus élevés se situaient au Tessin et dans la région lémanique. Les valeurs observées en Suisse en 2022 sont sensiblement supérieures à celles relevées en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen la même année (données pas encore disponibles pour 2023). Le taux de déclaration global était respectivement de 12,4 et 8,5 cas pour 100 000 personnes, alors que l'on observait l'inverse pour l'incidence des cas aigus (0,2 et 0,5 cas pour 100 000 personnes) [4]. Cela reflète probablement de nombreuses importations de cas chroniquement infectés et une faible transmission en Suisse. Il est cependant à noter que les systèmes de

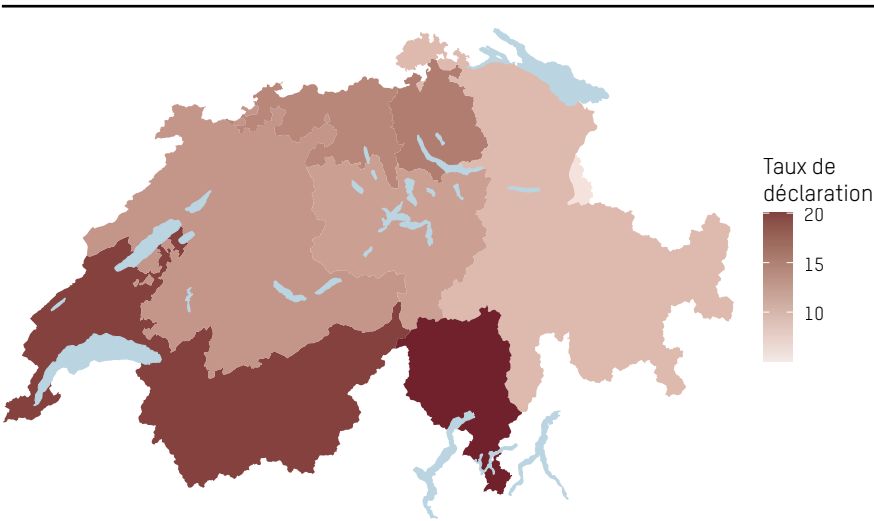
Tableau 1
Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de domicile¹ et année de déclaration, 2019 – 2023

Grande région	Année du diagnostic				
	2019	2020	2021	2022	2023
Région lémanique	14,4	15,0	16,7	15,1	17,9
Espace Mittelland	13,7	9,2	9,1	9,4	10,9
Suisse du Nord-Ouest	13,3	9,2	11,0	12,8	12,3
Zurich	12,7	11,1	11,4	13,7	13,0
Suisse orientale	8,3	8,0	9,3	9,1	8,1
Suisse centrale	9,3	7,3	7,9	10,0	10,2
Tessin	17,1	13,7	12,8	25,7	20,1
Liechtenstein	2,6	7,7	12,7	5,0	5,0
Total Suisse et Liechtenstein	12,7	10,5	11,4	12,4	12,7

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 3
Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de domicile¹, 2023



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

OFSP, état : 10.06.2024

surveillance, l'intensité des tests diagnostiques et du screening, les définitions de cas et la proportion de la population originaire de pays à moyenne/haute endémicité (voir carte sous [5]) peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Les données pour l'Allemagne en 2022 étaient par exemple nettement supérieures à celles de la Suisse la même année, avec un taux de déclaration global de 20,0 cas pour 100 000 personnes et une incidence des cas aigus de 1,1 cas pour 100 000 personnes [4]. Le taux de déclaration y

avait fortement augmenté entre 2021 et 2022, partiellement en raison de l'afflux de réfugiés venant d'Ukraine [6].

VOIE D'INFECTION

Le virus de l'hépatite B est transmissible par tous les liquides et sécrétions de l'organisme, mais le plus souvent il est transmis lors de rapports sexuels et par contact avec du sang. De manière générale, l'hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse, dix fois plus que le VIH. Cependant, étant donné que le mo-

ment de l'infection est rarement connu, il est souvent difficile d'identifier la voie de transmission, qui est restée inconnue pour 82,4 % du total des cas en 2023 (y compris ceux sans déclaration clinique). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite B, globalement et par grande région.

Parmi les 199 cas déclarés en 2023 avec des informations sur la voie d'infection présumée, relevons la voie sexuelle (24 cas, soit 12,1 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection), très majoritairement suite à un rapport hétérosexuel, ainsi que les infections acquises dans le cadre médical (18 cas, soit 9,0 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection). Ces derniers cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomiale (infection « hospitalière »), comprennent aussi bien la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques et la transfusion de produits sanguins que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection pour 15 des cas déclarés en 2023. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à la réception de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHB, qui n'est généralement pas connu. Notons encore les infections contractées lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, désignée ci-après par l'abré-

viation IDU (*injection drug use*), qui représentaient 13 cas (6,5 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection).

Les femmes constituaient 25 % des cas avec une transmission sexuelle, 66,7 % des cas avec transmission nosocomiale et 23,1 % de ceux avec une transmission IDU. Mais les effectifs avec une voie d'infection documentée sont faibles.

L'usage systématique de préservatifs lors des rapports sexuels anaux et vaginaux protège efficacement contre le VIH, mais peu contre la plupart des autres infections sexuellement transmissibles, VHB compris. En revanche, il existe pour celui-ci, depuis le début des années 1980, un vaccin sûr et efficace, qui est utilisé dans le monde entier. Avant l'introduction de cette vaccination, l'hépatite B était très répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), avec une séroprévalence de plus de 50 % [7]. Aujourd'hui, la majorité des HSH sont vaccinés contre l'hépatite B dans la plupart des pays européens ; en Suisse, la couverture vaccinale est relativement élevée dans ce groupe [8]. Dans la campagne STAR-Trial, plus de 10 % des HSH participants présentaient des signes indiquant des antécédents d'hépatite B, alors que 32 % ne présentaient pas d'immunité [9].

D'autres types d'exposition, principalement des contacts non sexuels ou non précisés avec des personnes infectées (51 cas), mais aussi des tatouages et des piercings dans des conditions

d'hygiène douteuses (2 cas), ont aussi été mentionnés. Par ailleurs, 101 cas d'hépatite B périnatale ont été déclarés. Il s'agissait, pour la majorité, de personnes issues de pays à moyenne/forte prévalence d'hépatite B, dont trois enfants, tous originaires d'Ukraine (1, 2 et 6 ans au moment de la déclaration). Tous ces cas sont désignés dans les tableaux 2 à 4 et la figure 4 par *Autre*.

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas était nettement à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais des rapports sexuels. Chez les hommes, ce nombre est passé de 30 en 2019 à 18 en 2023 ; chez les femmes de respectivement 18 à 6 cas (figure 4). Il est toutefois à noter qu'une partie de cette baisse en nombre absolu durant les trois dernières années résulte de l'augmentation de la proportion des cas sans exposition documentée. La même tendance était observée pour les infections nosocomiales, devenues marginales pour les deux sexes. Le nombre de cas chez les personnes avec une transmission IDU était par contre stable chez les deux sexes, à un bas niveau. Ce nombre était toutefois environ quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

PAYS D'ORIGINE

Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine du patient ou de la patiente. Si cette indication manquait, le pays d'origine de la personne était

Tableau 2
Cas d'hépatite B déclarés, par voie d'infection¹ et grande région² de domicile, 2023

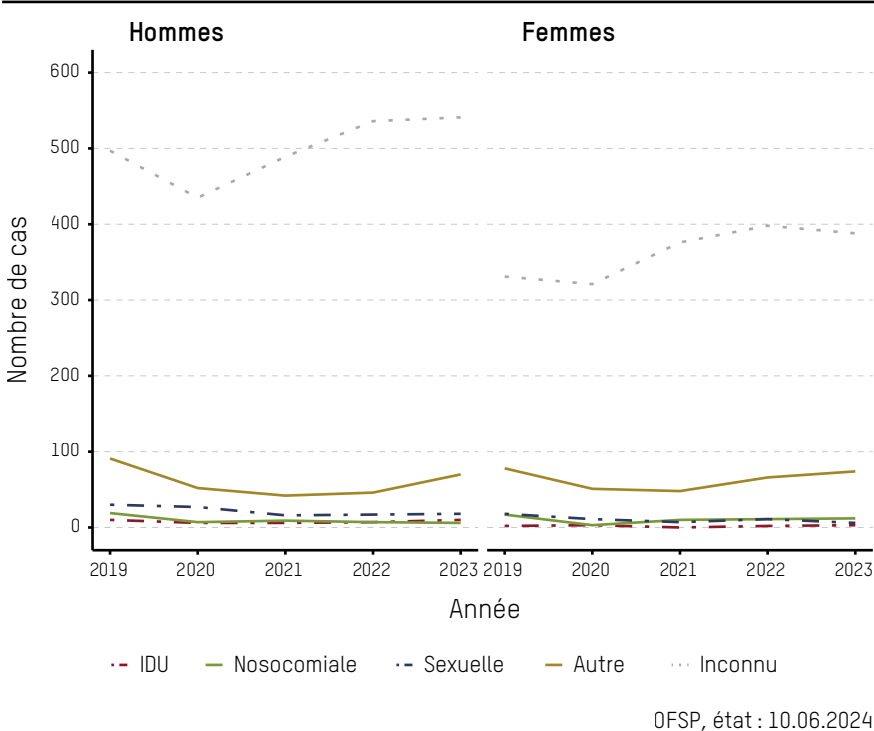
Voie d'infection	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDU	3	1,0	4	1,9	4	2,7	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	1,2
Nosocomiale	5	1,6	3	1,4	2	1,4	1	0,5	0	0,0	2	2,3	5	7,0	0	0,0	0	0,0	18	1,6
Sexuelle	7	2,3	7	3,3	3	2,0	1	0,5	1	1,0	5	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	2,1
Autre	42	13,8	28	13,4	26	17,6	23	11,2	9	9,1	11	12,8	5	7,0	0	0,0	0	0,0	144	12,8
Inconnue	248	81,3	167	79,9	113	76,4	180	87,8	87	87,9	68	79,1	61	85,9	2	100,0	4	100,0	930	82,4
Total	305	100,0	209	100,0	148	100,0	205	100,0	99	100,0	86	100,0	71	100,0	2	100,0	4	100,0	1129	100,0

¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale ; Nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille) ; Autre : notamment contacts non sexuels avec des personnes infectées, infections périnatales, tatouages, piercings, visite chez un barbier ; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite B déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2019 – 2023



¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; Nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; Autre : notamment contacts non sexuels avec des personnes infectées, infections périnatales, tatouages, piercings, visite chez un barbier; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

remplacé par la nationalité dans les analyses. Le continent d'origine ainsi complété restait inconnu pour 45,3 % des cas déclarés en 2023 (tableau 3). Les cas originaires d'Europe sans la Suisse et le Liechtenstein étaient les plus

nombreux (43,0 % du total des cas avec une origine connue), suivis par ceux originaires d'Asie (21,7 %) et de Suisse et du Liechtenstein (19,1 %). À noter que, en 2023, 48 cas (4,3 % du total des cas ou 7,8 % des cas avec une origine connue) étaient originaires d'Ukraine contre seulement 0 à 4 cas par année, avant l'arrivée de nombreux réfugiés ukrainiens dès mars 2022 (38 cas en 2022). De plus, après un creux marqué en 2020, sans doute imputable aux restrictions de voyages liées au COVID-19, le nombre de cas originaires d'Afghanistan avait doublé en 2021, puis encore presque doublé en 2022 (de 21 à 40 cas), avant de se stabiliser en 2023 (44 cas). Ensemble, les nouveaux cas originaires de ces deux pays, pour la plupart immigrants récents, représentaient 8,1 % du total des nouveaux cas déclarés en 2023 (14,9 % des cas avec une origine connue). Le tableau 3 détaille l'origine des cas par continent pour les principales voies de transmission présumées. La faiblesse des effectifs des cas documentés pour ces deux indicateurs limite la portée des conclusions.

LIEU DE L'INFECTION

Le lieu de l'infection est généralement inconnu (72,2 % des cas; tableau 4). Parmi les cas avec un lieu de l'infection connu, 86,6 % avaient été infectés à l'étranger et 13,4 % en Suisse ou au Liechtenstein. Les cas originaires de

Tableau 3
Cas d'hépatite B déclarés, par origine (continent) et voie d'infection¹, 2023

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	3	23,1	0	0,0	4	16,7	16	11,1	95	10,2	118	10,5
Europe hors CH et FL	3	23,1	13	72,2	8	33,3	45	31,2	197	21,2	266	23,6
Afrique	0	0,0	1	5,6	5	20,8	14	9,7	75	8,1	95	8,4
Amérique	1	7,7	0	0,0	1	4,2	0	0,0	3	0,3	5	0,4
Asie	5	38,5	1	5,6	1	4,2	31	21,5	96	10,3	134	11,9
Océanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inconnue	1	7,7	3	16,7	5	20,8	38	26,4	464	49,9	511	45,3
Total	13	100,0	18	100,0	24	100,0	144	100,0	930	100,0	1129	100,0

¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; Nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; Autre : notamment contacts non sexuels avec des personnes infectées, infections périnatales, tatouages, piercings, visite chez un barbier; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

OFSP, état : 10.06.2024

Tableau 4
Cas d'hépatite B déclarés, par lieu présumé de l'infection et origine, 2023

Lieu de l'infection	Origine							
	Suisse ou Liechtenstein		Étrangère		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ou Liechtenstein	9	7,6	21	4,2	12	2,3	42	3,7
Étranger	12	10,2	189	37,8	71	13,9	272	24,1
Inconnu	97	82,2	290	58,0	428	83,8	815	72,2
Total	118	100,0	500	100,0	511	100,0	1129	100,0

OFSP, état : 10.06.2024

l'étranger ont majoritairement été infectés à l'étranger, probablement le plus souvent avant leur arrivée en Suisse (90,0 % des cas avec un lieu de l'infection connu; tableau 4).

STADE CLINIQUE

Les cas aigus correspondent à des infections récentes, symptomatiques ou non. Une partie d'entre elles, très variable selon l'âge du patient ou de la patiente, va guérir spontanément. L'autre deviendra chronique, souvent longtemps sinon toujours sans symptômes, et pourra éventuellement évoluer vers une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire.

Tous ces cas sont infectieux, quel que soit leur stade clinique. La majorité des personnes (68,9 % du total des cas) chez qui une hépatite B a pour la première fois été déclarées en 2023 se trouvaient à un stade asymptomatique (infections chroniques sans atteinte hépatique documentée; tableau 5). 7,2 % des cas présentaient des signes d'hépatite B chronique et 1,5 % des cas étaient déclarés au stade aigu. Le stade clinique était inconnu dans 22,4 % des cas (cas sans déclaration clinique). Le stade chronique asymptomatique était prédominant pour toutes les voies de transmission (tableau 5). Il n'a pas

été possible de déterminer la voie de transmission de la majorité des cas (13 sur 17) d'hépatite B aiguë. Le tableau 5 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 17 cas d'hépatite chronique avec cirrhose (dont un aussi avec un CHC) et 2 cas d'hépatite chronique avec CHC (dont un aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2023, correspondant ensemble à un taux de déclaration combiné de 0,2 pour 100 000 personnes. Ce chiffre est probablement inférieur à l'incidence réelle de la cirrhose/CHC car seuls ceux présents lors de la première déclaration du cas d'hépatite B sont pris en compte (pas de suivi des cas). L'ajustement du nombre de cas d'hépatite B pour les déclarations cliniques manquantes permet de suivre l'évolution à long terme de l'ensemble des cas selon leur stade clinique au moment de la première déclaration (figure 5). L'incidence en Suisse des infections aiguës par le VHB a diminué de 88,5 % depuis l'année 2000 et se situait à 0,2 cas pour 100 000 personnes en 2023. Dans le même temps, le taux de déclaration

Tableau 5
Cas d'hépatite B déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2023

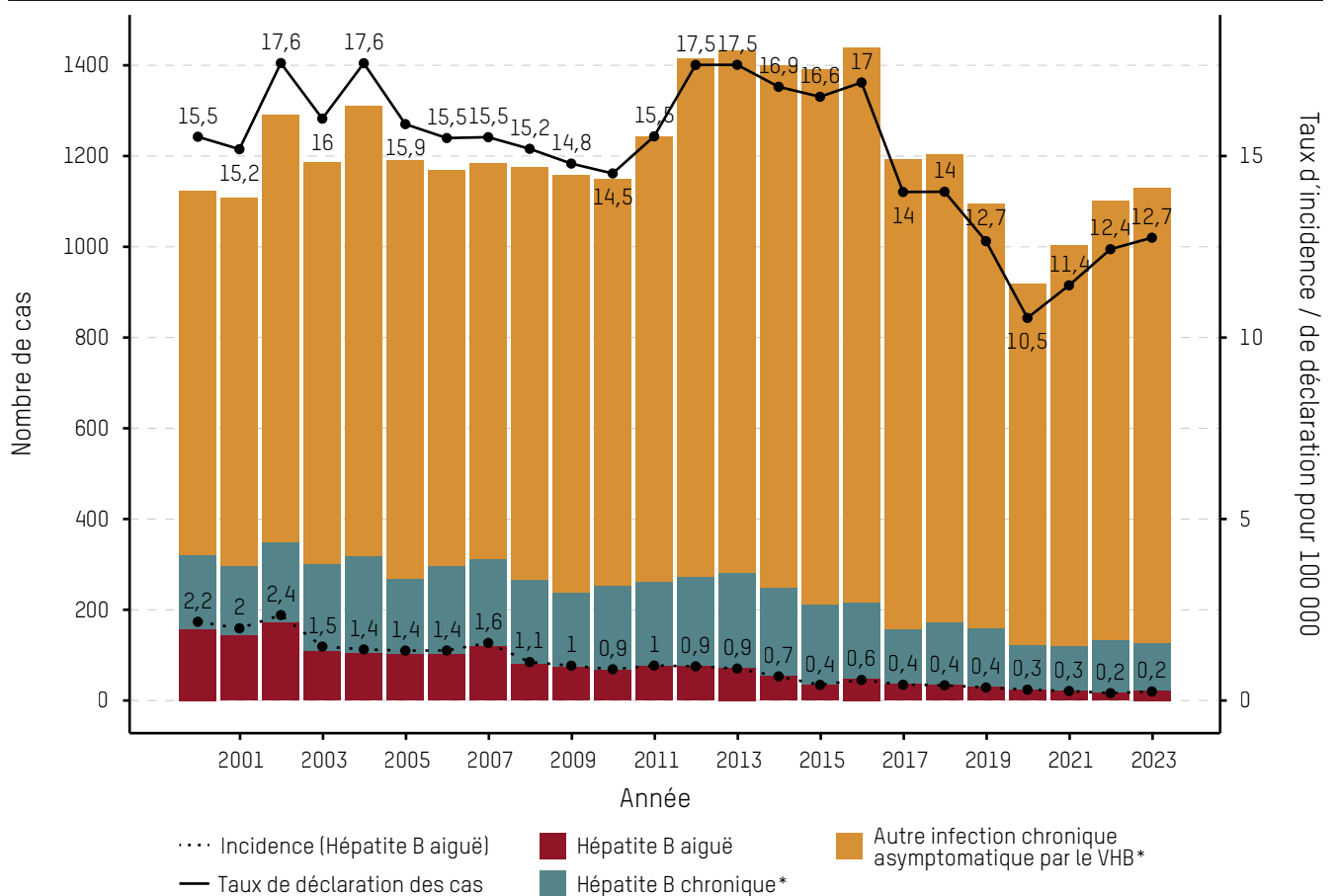
Stade d'évolution clinique	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Hépatite B aiguë	0	0,0	0	0,0	3	12,5	1	0,7	13	1,4	17	1,5
Hépatite B chronique symptomatique*	3	23,1	3	16,7	4	16,7	15	10,4	56	6,0	81	7,2
dont cirrhose	2		1		0		3		10		16	
dont carcinome hépatocellulaire	0		0		0		0		1		1	
dont cirrhose et carcinome	0		0		0		1		0		1	
Autre infection chronique asymptomatique par le VHB*	10	76,9	15	83,3	17	70,8	128	88,9	608	65,4	778	68,9
Inconnu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	253	27,2	253	22,4
Total	13	100,0	18	100,0	24	100,0	144	100,0	930	100,0	1129	100,0

¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; Nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); Autre : notamment contacts non sexuels avec des personnes infectées, infections périnatales, tatouages, piercings, visite chez un barbier; Inconnue : y compris les cas sans déclaration clinique.

* Hépatite B chronique avec atteinte hépatique documentée; Autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 5

Évolution du nombre de cas d'hépatite B déclarés¹, par stade clinique, 2000 – 2023

OFSP, état : 10.06.2024

¹ Ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.

* Hépatite B chronique, avec atteinte hépatique documentée; autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

global de l'hépatite B n'a diminué que de 17,9 %, pour atteindre 12,8 cas pour 100 000 personnes. Cette quasi-stabilité du taux de déclaration malgré la baisse de la transmission en Suisse résulte en grande partie de l'immigration de personnes déjà infectées, provenant de pays à moyenne et haute endémicité.

VACCINATION

La vaccination contre l'hépatite B ne fait partie des vaccinations de base dans la petite enfance que depuis 2019. Auparavant, de 1998 à 2018, elle était prioritairement recommandée aux jeunes de 11 à 15 ans [10]. La vaccination des nourrissons est davantage à même de prévenir l'hépatite B chronique, car le risque d'infection persistante est inversement proportionnel à l'âge lors de l'infection (c'est chez les

nouveau-nés que le risque de chronicisation est le plus élevé, avec 90 %). En Suisse, on recommande systématiquement un examen de sang chez toutes les femmes enceintes afin de déterminer si elles sont porteuses du virus. Si c'est le cas, on vaccine les bébés rapidement après la naissance et on leur administre des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B, afin de les protéger jusqu'à ce que le vaccin agisse. Malgré une augmentation continue depuis l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B en Suisse, la couverture vaccinale reste insuffisante. Dans les années 2020–2022, elle se montait pour l'ensemble de la Suisse à 76 % chez les enfants de 2 ans et à 79 % pour les jeunes de 16 ans [11]. Les cantons couverts par l'enquête de 2023 ont généralement enregistré une

nette hausse de la couverture vaccinale. Il est toutefois à noter que la priorité mise sur la vaccination des nourrissons est assez récente et qu'il y a encore un fort potentiel d'augmentation de la couverture, notamment grâce au recours de plus en plus généralisé à un vaccin hexavalent.

SYNTHÈSE

Les données, très incomplètes, sur l'origine des cas et le lieu d'exposition suggèrent que les infections par le VHB déclarées pour la première fois en Suisse en 2023 ont été majoritairement contractées dans des pays à moyenne ou forte prévalence de l'hépatite B chronique, souvent bien avant la déclaration. La voie de transmission était inconnue dans la grande majorité des cas.

L'incidence des cas *aigus* a connu en Suisse une diminution quasi continue depuis le début des années 1990. Pour ces cas, il n'était généralement pas non plus possible de déterminer la voie de transmission.

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fondait déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien dans la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que dans les groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). Les seuls agents pathogènes sexuellement transmissibles pour lesquels il existe des vaccins sont les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, ainsi que le papillomavirus humain. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B était dernièrement de 79 % chez les jeunes de 16 ans [11], mais il est nettement plus bas chez les adultes sexuellement actifs [9,12]. On constate toujours un déficit de vaccination en même temps qu'une charge de morbidité accrue chez les travailleuses du sexe actives en Suisse [12], qui viennent pour la plupart de pays où la couverture vaccinale est insuffisante. L'OFSP encourage les acteurs cliniques à déterminer le statut vaccinal pour l'hépatite B, ou directement à commencer ou à compléter la vaccination, lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible. De même, ils devraient identifier, lors de l'anamnèse, les personnes appartenant à des groupes à risque, et au besoin leur proposer la vaccination.

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	Cantons/FL
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Suisse du Nord-Ouest	AG, BL, BS
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Suisse centrale	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

Bibliographie

1

Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619

2

Office fédéral de la santé publique (2018). Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017. *OFSP-Bulletin*; 35: 7–12

3

Office fédéral de la santé publique (2021). Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *OFSP-Bulletin*; 30: 8–13

4

European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis B. In: ECDC. *Annual epidemiological report for 2022*. Stockholm: ECDC

5

Centers for Disease Control and Prevention (2023). Hepatitis B. *CDC Yellow Book 2024*

6

Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). Anstieg der übermittelten Hepatitis-Bund Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3-16

7

Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nylund T, Moore TN, Gardner P, Doto IL, Reynolds G (1982). Hepatitis B in Homosexual Men: Prevalence of Infection and Factors Related to Transmission. *J Infect Dis*; 146(1): 7–15

8

Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, An der Heiden M, Dudareva S (2020). Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiol Infect*; 148(e27):1–10

9

Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

10

Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (2024). Plan de vaccination suisse 2024. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP

11

Office fédéral de la santé publique (2024). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2023.

12

Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stof-fel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

OFSP-Bulletin 48 du 25 novembre 2024

L'hépatite C en Suisse et au Liechtenstein en 2023

En 2023, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1046 cas d'hépatite C, résultant généralement d'une ancienne transmission; une partie de ces infections avaient entre-temps guéri. Le nombre de cas déclarés était tendanciellement en baisse depuis le début du millénaire, jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie du COVID-19. Dès 2021, le taux de déclaration global a augmenté, retournant dès 2022 au niveau de 2019, avant de se stabiliser en 2023 à 11,8 cas pour 100 000 personnes. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour les déclarations cliniques manquantes – s'est stabilisée ces trois dernières années à un très bas niveau (0,2 cas pour 100 000 personnes). Contrairement aux autres maladies infectieuses traitées dans le présent rapport, l'hépatite C se transmet principalement par le sang et exceptionnellement par voie sexuelle. Comme le nouveau programme national *Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles* (NAPS) lancé début 2024 prend davantage en compte les hépatites transmises par voie sexuelle, le présent rapport contient un chapitre sur cette maladie. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C, qui guérit spontanément dans environ un quart des cas. En revanche, l'hépatite C chronique peut être guérie dans environ 95 % des cas par des médicaments ayant une action antivirale directe.

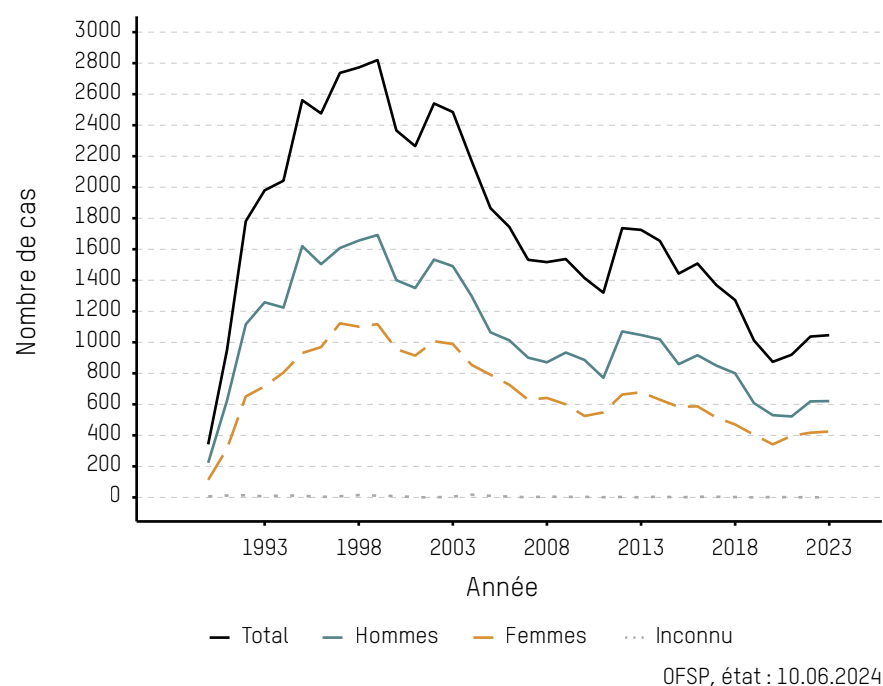
DÉFINITION DE CAS ET SITUATION ACTUELLE

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

decin cantonal demande au médecin traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques, fournissant notamment les signes cliniques et le stade d'évolution clinique (aigu ou chronique), le pays et la voie de transmission présumés, la nationalité et le pays d'origine. Est considéré comme cas d'hépatite C *aiguë* tout patient ou toute patiente pour lequel ou laquelle a été déclaré un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite C et un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer une infection chronique. Un cas est également considéré comme aigu lorsqu'une séro-conversion récente (moins de 2 ans) est documentée. Tous les autres cas avec un résultat de laboratoire positif ainsi que des transaminases élevées, un ictère, une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite *chro-*

nique (avec atteinte hépatique documentée). S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses séquelles, le stade d'évolution est classé comme « Autre infection chronique par le VHC, sans atteinte hépatique », les éventuels signes et symptômes extra-hépatiques n'entrant pas dans la classification clinique des cas. S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, le stade clinique est noté comme inconnu. L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Ce dernier est probablement souvent très antérieur à l'année du cas. Les 29 patients et patientes qui vivaient à l'étranger (sauf au Liechtenstein) ont été exclus des analyses.

Figure 1

Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite C déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1990 – 2023

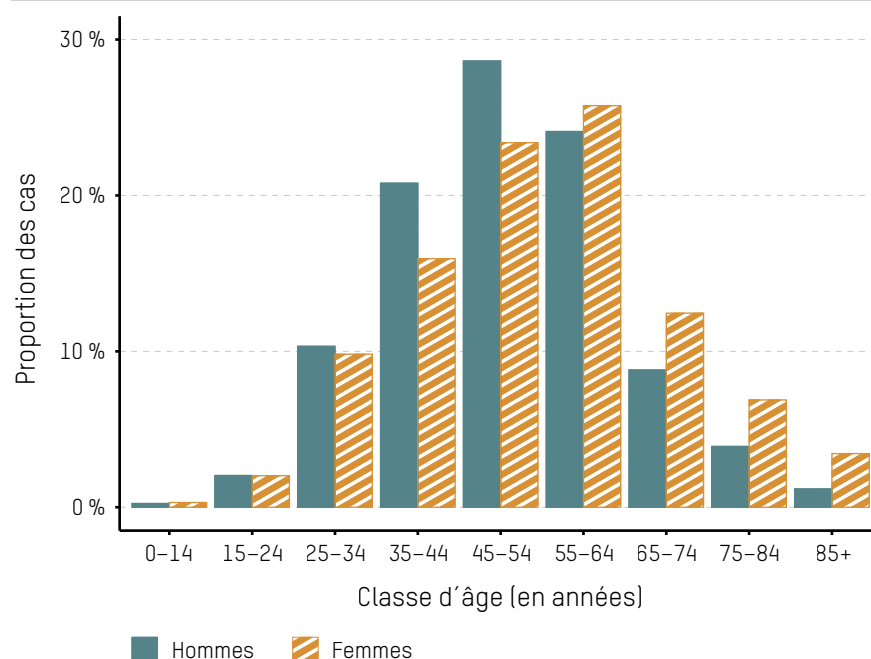
L'évolution du nombre de cas depuis le début de la surveillance de l'hépatite C montre d'abord une forte tendance à la hausse jusqu'en 1999, avec un pic de plus de 2800 cas, ce qui reflète entre autres le dépistage rapide des groupes de la population particulièrement exposés. Depuis, la tendance est à la baisse pour les deux sexes (figure 1). Depuis 2014 (autorisation du *sofosbuvir* en Suisse), il est possible, dans environ 95 % des cas traités, d'éliminer le VHC de l'organisme des personnes infectées au moyen d'antiviraux directs. Si la diminution du nombre de nouvelles infections a bien été accélérée par les traitements et la baisse de la transmission découlant de la guérison d'une partie des cas, elle avait débuté beaucoup plus tôt, à la suite de mesures structurales (telles que tests sur les produits sanguins, hygiène hospitalière, programmes d'échange de seringues et traitement par agonistes opioïdes [OAT]). Cependant, cela ne se reflète pas immédiatement dans la statistique des déclarations, car les cas ne sont généralement déclarés pour la première fois que plusieurs années après l'infection.

En 2023, 1046 cas d'hépatite C ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 62,9 % par rapport au pic de 1999.

Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont disposait l'OFSP sur ces cas nouvellement déclarés en 2023. Dans 76,1 % des cas, il y avait au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques (les déclarations tardives ont été prises en considération jusqu'au 10 juin 2024). Depuis 2020, probablement en raison de la pandémie du COVID-19 et d'une modification structurelle dans la surveillance des hépatites B et C (dorénavant, les médecins cantonaux ont accès à la base de données de l'OFSP pour leurs cas et, suite à une déclaration de laboratoire, doivent demander une déclaration clinique pour les cas qui n'en ont pas encore; une liste de ces cas ne leur est plus fournie par l'OFSP), la disponibilité de ces déclarations est nettement inférieure à la moyenne de 2016–2019 (90,9 %). La situation s'est légèrement améliorée en 2023. Il est de plus à noter que de tout temps certaines rubriques sont particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

Le taux de déclaration global en 2023, soit 11,8 cas pour 100 000 personnes, était quasi identique à ceux de 2019 et 2022; le creux des années 2020 et

Figure 2

Distribution par sexe et âge des cas d'hépatite C déclarés, 2019 – 2023 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)

2021 était probablement largement dû à la pandémie du COVID-19. Une diminution des déclarations pour la plupart des maladies a en effet été observée en Suisse durant cette période [3] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite C [4]. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour tenir compte des formulaires de déclaration cliniques manquants – était comme les deux années précédentes de 0,2 pour 100 000 personnes, soit le plus bas niveau jamais enregistré (figure 5).

RÉPARTITION PAR SEXE

En 2023, comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite C était plus élevé chez les hommes (59,4 % du total des cas ; figure 1). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans.

RÉPARTITION PAR ÂGE

Pour l'hépatite C, la répartition par âge des cas est nettement décalée vers la droite (âges plus élevés) par rapport aux infections transmises principalement par voie sexuelle (telles que VIH, gonorrhée ou syphilis). Contrairement à celles-ci, beaucoup de cas d'hépatite C sont en effet déclarés à un stade chronique, longtemps après le moment de l'infection. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge des 45 à 54 ans pour les hommes et des 55 à 64 ans pour les femmes (figure 2). Les cas d'hépatite C étaient extrêmement rares chez les enfants. À l'inverse, la proportion des cas chez les 65 ans et plus n'était pas négligeable, en particulier chez les femmes (22,8 % contre 13,9 % chez les hommes).

L'âge médian au moment de la première déclaration des cas des cinq dernières années était de 54 ans pour les femmes et de 50 ans pour les hommes. Chez les personnes qui se sont infectées en consommant des drogues par voie intraveineuse ou intranasale, l'âge médian au moment de la première déclaration était plus bas (47 ans) que chez celles qui se sont infectées dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle de santé (60 ans) ou encore que chez celles pour lesquelles aucune voie d'infection n'était identifiable (53 ans). L'âge médian le plus bas

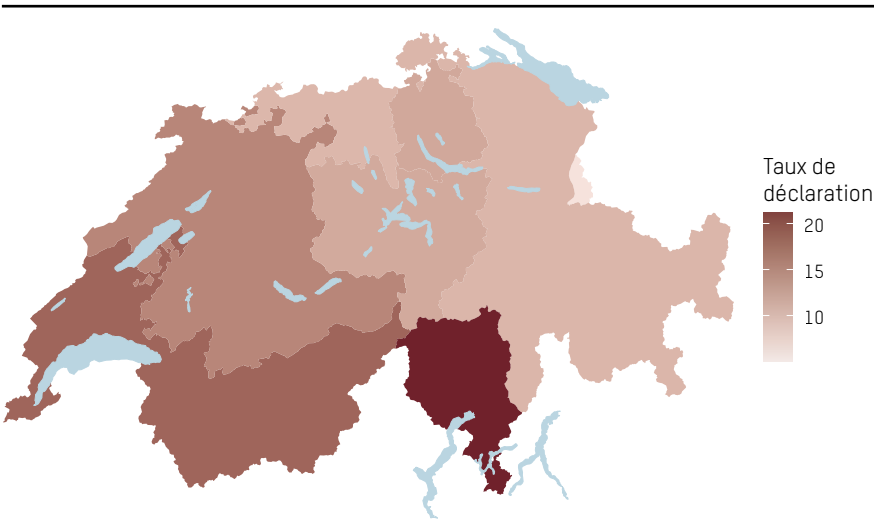
Tableau 1
Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile et année de déclaration, 2019 – 2023

Grande région	Année du diagnostic				
	2019	2020	2021	2022	2023
Région lémanique	17,3	13,7	15,1	17,2	15,7
Espace Mittelland	12,5	9,9	10,3	11,7	12,9
Suisse du Nord-Ouest	9,1	9,1	8,1	8,2	8,6
Zurich	9,2	8,4	8,3	10,5	9,9
Suisse orientale	8,3	8,0	7,7	10,2	8,7
Suisse centrale	6,5	6,5	7,4	5,9	9,7
Tessin	23,0	16,8	19,0	20,9	21,2
Liechtenstein	12,9	2,6	10,2	5,0	5,0
Total Suisse et Liechtenstein	11,7	10,0	10,5	11,7	11,8

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 3
Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile, 2023



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

OFSP, état : 10.06.2024

(43 ans) concernait le petit groupe des hommes qui avaient contracté une hépatite C dans le cadre de relations sexuelles avec des hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Le taux de déclaration global de l'hépatite C en 2023 masque d'importantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Comme les années précédentes, les chiffres les plus élevés se situaient dans la grande région du Tessin, ce qui n'est pas surprenant étant donné la proximité de l'Italie et l'immi-

gration qui y est associée. L'Italie fait en effet partie des pays européens ayant historiquement la plus forte prévalence de l'hépatite C [5]. La région lémanique se caractérisait aussi par un taux de déclaration nettement au-dessus de la moyenne, comme les années précédentes. Après le creux de 2020, le taux de déclaration a augmenté dans toutes les régions, sauf dans la Suisse du Nord-Ouest. En 2022, dernière année avec des données européennes disponibles, le taux de déclaration global enregistré en

Suisse (11,7 cas pour 100 000 personnes) était environ le double de celui relevé en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (6,2/100 000). On observait par contre l'inverse pour l'incidence des cas aigus, avec respectivement 0,2 et 0,4 cas pour 100 000 personnes [4]. Cela reflète probablement de nombreuses importations de cas chroniquement infectés et une faible transmission en Suisse. Il est cependant à noter que les systèmes de surveillance, l'intensité des tests diagnostiques et du screening, les définitions de cas et la proportion de la population originaire de pays à moyenne/haute endémicité (voir carte sous [6]) peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Le taux global de déclaration pour l'Allemagne et l'Autriche en 2022 était par exemple un peu inférieur à celui de la Suisse, avec respectivement 9,5 et 10,1 cas pour 100 000 personnes, alors que l'incidence des cas aigus y était supérieure (respectivement 0,8 et 0,7 cas pour 100 000 personnes) [4]. Le taux de déclaration avait fortement augmenté en Allemagne en 2022 (+ 66 %), partiellement en raison de l'afflux de réfugiés provenant d'Ukraine [7].

VOIE D'INFECTION

Pour l'hépatite C, il est souvent difficile d'identifier les voies de transmission étant donné que le moment de l'infection est rarement connu. De ce fait, la voie d'infection était inconnue dans 71,1 % du total des cas en 2023

(y compris ceux sans déclaration clinique). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite C, globalement et par grande région. Dans la grande majorité des cas, la transmission du VHC se fait par pénétration de sang contenant le virus – de très petites quantités suffisent – dans la circulation sanguine ou dans les tissus du récepteur. La mise en évidence par PCR du virus de l'hépatite C dans le sang est fiable. Son matériel génétique peut aussi être détecté dans d'autres fluides corporels (salive, sueur, larmes, sperme et lait maternel). Toutefois, la mise en évidence de l'ARN du VHC ne permet pas nécessairement de conclure à son infectiosité; une infection par l'intermédiaire de ces fluides est considérée comme extrêmement improbable. Parmi les 302 cas déclarés avec des informations sur la voie d'infection présumée, la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, désignée ci-après par l'abréviation IDU (*injection drug use*) était la voie la plus souvent déclarée en 2023. Elle concernait 63,6 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection. On trouve à la deuxième place les infections acquises dans le contexte médical (11,3 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection). Ces cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomiale, comprennent, outre la dialyse, les interventions thérapeutiques

ou diagnostiques, la transfusion de produits sanguins (en Suisse et dans les pays comparables en particulier avant 1990), mais aussi les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection (pas forcément exclusive) pour 25 des cas déclarés en 2023. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à la réception de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHC, qui n'est généralement pas connu. Les femmes constituaient 27,1 % des cas avec une transmission IDU et 58,8 % de celles avec une transmission nosocomiale. Depuis le début des années 2000, une augmentation du nombre de cas d'hépatite C a été constatée dans l'étude suisse de cohorte VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [8]. Les facteurs de risque pour l'augmentation du nombre d'infections dans ce groupe sont, outre le partage de seringues, la consommation de drogues intranasales (p. ex. utilisation du même instrument pour sniffer la cocaïne [9]), mais aussi les pratiques sexuelles sanglantes ou l'utilisation commune de douches anales [10,11,12]. D'après les études suisses concernant les HSH sans VIH, mais avec un risque élevé d'autres infections sexuellement transmissibles, l'hépatite C n'était pas plus fréquente dans ce groupe que dans la population générale [13,14].

Tableau 2
Cas d'hépatite C déclarés, par voie d'infection¹ et grande région² de domicile, 2023

Voie d'infection	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDU	52	19,4	63	25,4	21	20,4	14	8,9	21	19,8	10	12,2	10	13,3	1	50,0	0	0,0	192	18,4
Nosocomiale	8	3,0	8	3,2	2	1,9	7	4,5	3	2,8	4	4,9	2	2,7	0	0,0	0	0,0	34	3,3
HSH	1	0,4	0	0,0	3	2,9	1	0,6	1	0,9	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,7
Autre	17	6,3	17	6,9	6	5,8	11	7,0	6	5,7	6	7,3	5	6,7	0	0,0	1	20,0	69	6,6
Inconnue	190	70,9	160	64,5	71	68,9	124	79,0	75	70,8	61	74,4	58	77,3	1	50,0	4	80,0	744	71,1
Total	268	100,0	248	100,0	103	100,0	157	100,0	106	100,0	82	100,0	75	100,0	2	100,0	5	100,0	1046	100,0

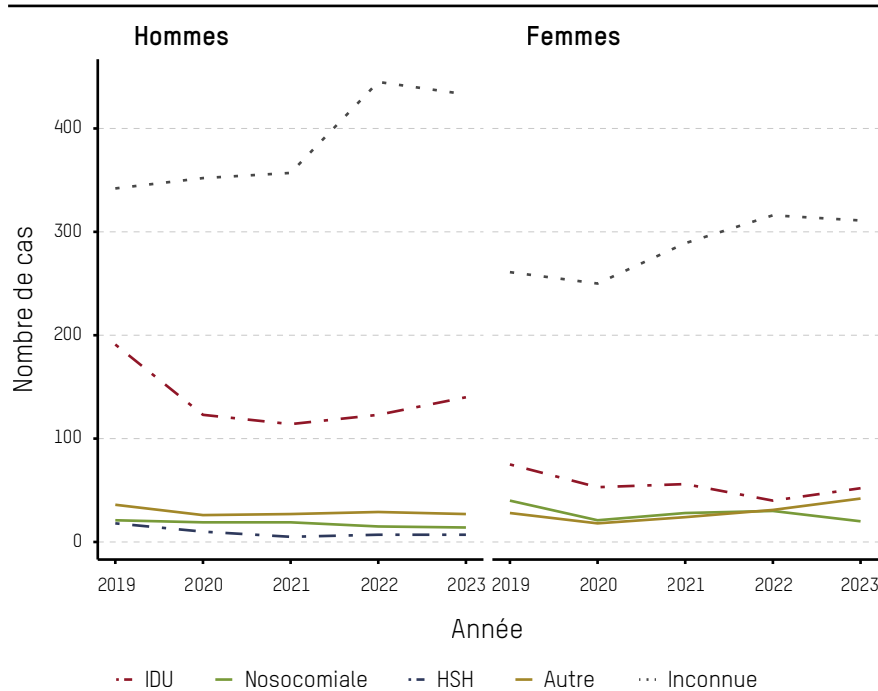
¹ IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; Nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles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

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

OFSP, état : 10.06.2024

Figure 4

Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite C déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2019 – 2023



OFSP, état : 10.06.2024

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

Rapporté au nombre estimé de HSH en Suisse, le taux annuel de déclaration d'infections par le VHC était, dans les

années 2010 à 2013, de 28 pour 100 000 HSH [15]. Ce chiffre est nettement plus bas que celui des infections

VIH déclarées chez les HSH (260 pour 100 000) et un peu plus élevé que dans la population générale durant la même période (environ 13 pour 100 000, voir les taux de déclaration ajustés pour les infections avec évidence de répllication virale à la figure 5). En 2023, les rapports sexuels entre hommes ont été déclarés comme voie d'infection pour 7 hommes (0,7 % du total des cas, respectivement 3,7 % des hommes avec la mention d'au moins une voie d'infection).

Une transmission présumée hétérosexuelle était indiquée dans 20 cas, mais cette hypothèse est extrêmement sujette à caution [16,17,18]. Les expositions supposées par contact non sexuel, notamment dans le cadre familial, ont été mentionnées pour 30 cas. D'autres types d'exposition – tels que tatouages, piercings, passage chez le barbier et acupuncture dans des conditions d'hygiène douteuses – ont joué, avec 2 cas au total, un rôle marginal. Enfin, 8 cas d'hépatite C périnatale ont été déclarés, dont deux enfants (une Suisse de 18 mois et une Ukrainienne de 7 ans), tous deux sans atteinte hépatique et avec détection d'ARN viral. Les 6 autres cas sont des adultes chez lesquels une transmission verticale à la naissance est supposée. Tous ces cas sont désignés dans les tableaux par *Autre*.

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas avec

Tableau 3

Cas d'hépatite C déclarés, par origine (continent) et voie d'infection¹, 2023

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	75	39,1	12	35,3	3	42,9	20	29,0	127	17,1	237	22,7
Europe hors CH et FL	48	25,0	17	50,0	1	14,3	25	36,2	193	25,9	284	27,2
Afrique	5	2,6	1	2,9	0	0,0	0	0,0	16	2,2	22	2,1
Amérique	1	0,5	2	5,9	1	14,3	0	0,0	5	0,7	9	0,9
Asie	22	11,5	0	0,0	0	0,0	5	7,2	38	5,1	65	6,2
Océanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inconnue	41	21,4	2	5,9	2	28,6	19	27,5	365	49,1	429	41,0
Total	192	100,0	34	100,0	7	100,0	69	100,0	744	100,0	1046	100,0

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

OFSP, état : 10.06.2024

transmission IDU était globalement à la baisse chez les hommes et les femmes, mais avec une légère reprise chez les hommes après le creux de 2020 et 2021 dû au COVID-19. Le nombre de cas est passé de 191 à 140 chez les hommes de 2019 à 2023, respectivement de 75 à 52 chez les femmes (figure 4). Il est toutefois à noter que la forte augmentation depuis 2020 de la proportion des cas sans exposition documentée pourrait masquer un retour en 2023 quasi à la situation de 2019 du nombre de cas avec transmission IDU. Pour les infections nosocomiales, on constatait une tendance à la baisse chez les deux sexes sur les cinq dernières années; le nombre annuel moyen de cas était de 18 pour les hommes et de 28 pour les femmes. Il y avait également une tendance à la baisse sur cinq ans chez les HSH, avec en moyenne 9 cas par an.

PAYS D'ORIGINE

Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine du patient ou de la patiente. Si cette indication manquait, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité dans les analyses. Le continent d'origine ainsi complété restait inconnu pour 41,0 % des cas déclarés en 2023 (cf. tableau 3). Les cas originaires d'Europe sans la Suisse et le Liechtenstein étaient les plus nombreux (46,0 % du total des cas avec une origine connue), suivis par ceux originaires de Suisse et du Liechtenstein (38,4 %). À noter que la proportion des cas originaires de Suisse et du Liechtenstein diminue continuellement ces dernières années et que pour la pre-

mière fois en 2023 ils ne constituaient plus la catégorie la plus fréquente. Jusqu'en 2021, ils constituaient toujours plus de la moitié des cas avec une origine connue. À relever également que, en 2023, 143 cas (13,7 % du total ou 23,2 % des cas avec un continent d'origine connu) étaient originaires d'Ukraine contre seulement 3 à 10 cas par année, avant l'arrivée de nombreux réfugiés ukrainiens dès mars 2022 (114 cas en 2022). Le tableau 3 détaille l'origine des patients et patientes pour les principales voies d'infection présumées. La moitié des cas avec une origine connue étaient d'origine suisse parmi les personnes relevant de la catégorie IDU et plus d'un tiers pour la catégorie nosocomiale.

LIEU DE L'INFECTION

Le lieu de l'infection est généralement inconnu (71,6 % des cas; tableau 4). Parmi les cas avec un lieu de l'infection connu, 60,3 % avaient été infectés à l'étranger et 39,7 % en Suisse ou au Liechtenstein. Les cas originaires de Suisse ont le plus souvent été infectés en Suisse et ceux d'origine étrangère à l'étranger (tableau 4).

STADE CLINIQUE

Les cas aigus correspondent à des infections récentes, symptomatiques ou non. Une minorité d'entre elles va guérir spontanément. Les autres deviendront chroniques, souvent longtemps sinon toujours sans manifestations hépatiques, et pourront éventuellement évoluer vers une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. Tous ces cas sont infectieux, quel que soit leur stade clinique, à moins d'une guérison spontanée au

stade aigu ou d'une élimination du virus au stade chronique, au moyen d'un antiviral direct. Plus de la moitié des personnes chez qui une hépatite C a pour la première fois été déclarée en 2023 se trouvaient au stade « Autre infection chronique par le VHC, sans atteinte hépatique »; 58,7 %, 1,1 % des cas étaient déclarés au stade aigu et 16,3 % montraient des signes ou symptômes d'hépatite C chronique ou de ses séquelles (« Infections chronique par le VHC avec atteinte hépatique »; tableau 5). Le stade clinique était inconnu dans 23,9 % des cas (cas sans déclaration clinique). Le stade « Autre infection chronique sans atteinte hépatique » était prédominant pour toutes les voies d'infection en 2023, sauf la transmission HSH très rare (tableau 5). Le tableau 5 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 38 cas d'hépatite chronique avec une cirrhose seulement et 17 cas d'hépatite chronique avec un CHC (dont 6 aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2023, correspondant à un taux de déclaration combiné de 0,6 cas d'au moins une de ces complications pour 100 000 personnes. Ce chiffre est probablement inférieur à l'incidence de la cirrhose/CHC réelle car seules les complications présentes lors de la première déclaration du cas d'hépatite C sont prises en compte (pas de suivi des cas). Il est à noter que de nombreux cas ne sont confirmés en laboratoire que par des anticorps positifs. Il est alors impossible d'établir s'il s'agit d'infections guéries (le cas échéant avec une PCR négative, résultat non soumis à la déclaration obligatoire), de plus en plus nombreuses depuis l'introduction des antiviraux à action directe, ou d'infections non testées pour l'ARN viral ou l'antigène. Ainsi, de nombreux cas figurant dans ce rapport, en particulier ceux ne présentant aucune atteinte hépatique, pourraient concerner des personnes guéries, spontanément ou suite à un traitement, et qui ne sont donc plus infectieuses. Afin d'estimer

Tableau 4
Cas d'hépatite C déclarés, par lieu présumé de l'infection et origine, 2023

Lieu de l'infection	Origine							
	Suisse ou Liechtenstein		Étrangère		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ou Liechtenstein	77	32,5	18	4,7	23	5,4	118	11,3
Étranger	11	4,6	144	37,9	24	5,6	179	17,1
Inconnu	149	62,9	218	57,4	382	89,0	749	71,6
Total	237	100,0	380	100,0	429	100,0	1046	100,0

OFSP, état: 10.06.2024

Tableau 5
Cas d'hépatite C déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2023

Stade d'évolution clinique	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hépatite C aiguë	4	2,1	0	0,0	3	42,9	0	0,0	5	0,7	12	1,1
Hépatite C chronique symptomatique*	45	23,4	12	35,3	2	28,6	16	23,2	95	12,8	170	16,3
dont cirrhose	14		5		0		1		18		38	
dont carcinome hépatocellulaire	1		1		0		0		9		11	
dont cirrhose et carcinome	0		0		0		0		6		6	
Autre infection chronique asymptomatique par le VHB*	143	74,5	22	64,7	2	28,6	53	76,8	394	53,0	614	58,7
Inconnu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	250	33,6	250	23,9
Total	192	100,0	34	100,0	7	100,0	69	100,0	744	100,0	1046	100,0

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

* Hépatite C chronique avec atteinte hépatique documentée; Autre infection chronique par le VHC, sans atteinte hépatique documentée dans la déclaration clinique (les éventuels signes et symptômes extra-hépatiques n'entrent pas dans la classification clinique des cas).

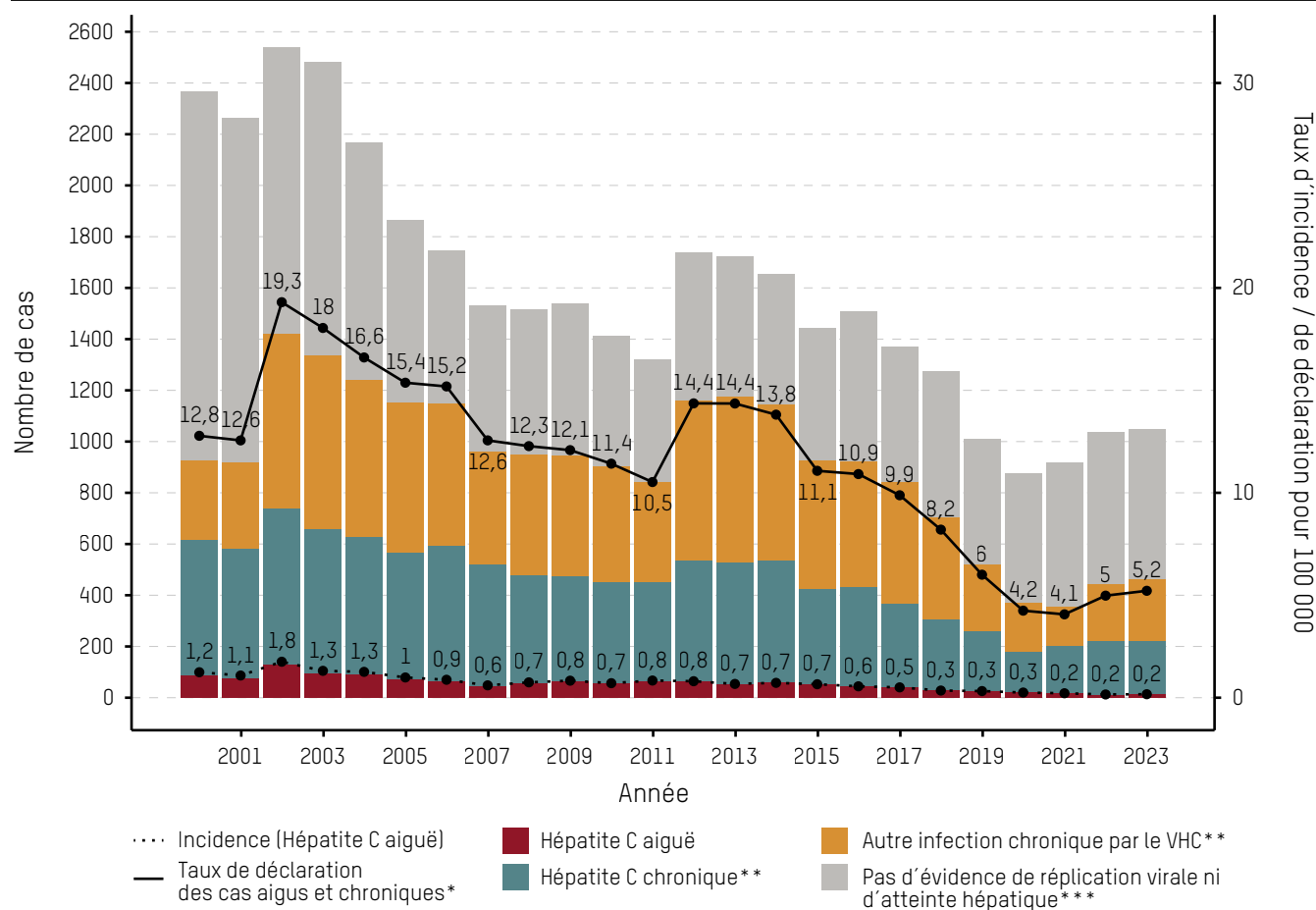
OFSP, état : 10.06.2024

leur nombre, les cas sans atteinte hépatique (y compris ceux sans information sur la clinique en raison d'une déclaration clinique incomplète ou manquante) et **sans évidence de réplication virale** (aucune déclaration d'un résultat d'ARN ou d'antigène) ont été individualisés (colonnes grises dans la figure 5). Dans l'interprétation des cas « Sans évidence de réplication virale », il convient de garder à l'esprit qu'une partie d'entre eux auraient été classés comme infections avec évidence de réplication virale si toute l'information virologique et clinique avait été disponible. Il ne faut donc pas tous les considérer comme guéris. Contrairement au tableau 5, la catégorie « Autre infection chronique » (colonnes orange) de cette figure ne regroupe plus que les cas sans atteinte hépatique **avec évidence de réplication virale** (certaines de ces personnes peuvent souffrir de symptômes non hépatiques dus à l'infection au VHC). De plus, les cas avec évidence de réplication virale (au moins une déclaration d'un résultat d'ARN ou d'antigène) mais sans déclaration de résultats cliniques ont été ventilés dans les trois autres catégories, proportionnellement

au poids respectif de ces dernières. Cet ajustement permet de suivre l'évolution à long terme de l'ensemble des cas d'hépatite C selon leur stade clinique au moment de la première déclaration, indépendamment des variations de la proportion des cas sans déclaration clinique (figure 5). L'incidence ainsi ajustée des infections aiguës par le VHC se situait à 0,2 cas pour 100 000 personnes en 2023, soit une baisse de 90,6 % depuis son pic en 2002. Dans le même temps, le taux de déclaration global de l'hépatite C a moins diminué (–65,8 %), pour atteindre 11,8 cas pour 100 000 personnes. Cette baisse plus lente du taux de déclaration global alors que la transmission du VHC semble avoir chuté en Suisse résulte largement de l'immigration de personnes déjà infectées, provenant de pays à moyenne et haute endémicité. Cet apport de l'immigration reste toutefois moins marqué que pour l'hépatite B. Globalement, on constate que pour 585 cas d'hépatite C (55,9 % du total) déclarés en 2023, on ne disposait d'aucune indication en faveur d'une infection avec atteinte hépatique et réplication virale (test pas effectué

ou plus vraisemblablement test avec un résultat négatif, donc pas à déclarer). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé pour chaque pays un objectif d'au plus 5 nouvelles infections par le VHC pour 100 000 personnes en 2030 [19]. L'incidence actuellement déclarée en Suisse – 0,2 cas aigus pour 100 000 personnes – est déjà très inférieure à ce seuil. Elle ne reflète cependant pas l'incidence réelle, impossible à mesurer à travers la déclaration obligatoire en raison de la discrétion clinique de l'infection par le VHC. Par contre, le taux de déclaration des infections aiguës ou chroniques était de 5,2 cas pour 100 000 personnes en 2023. Ce taux reflète largement la dynamique passée de la transmission indigène et de l'immigration de personnes infectées (ainsi que celle de l'effort de test). Il a diminué de 73,0 % depuis 2002, baisse un peu inférieure à celle de l'incidence des cas aigus. Cette double tendance à la baisse à long terme et des études de prévalence dans diverses populations à risque montrent que la transmission régresse en Suisse. En conséquence, le fait que le taux de déclaration des

Figure 5

Évolution du nombre de cas d'hépatite C déclarés, par stade clinique¹, 2000 – 2023

OFSP, état : 10.06.2024

¹ Ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.

* Calculé sur le total des cas aigus et des cas chroniques avec atteinte hépatique documentée ainsi que des autres infections chroniques sans atteinte hépatique et avec évidence d'un ARN/antigène.

** Hépatite C chronique, avec atteinte hépatique documentée; Autre infection chronique par le VHC, sans atteinte hépatique et avec évidence d'ARN/antigène (les éventuels signes et symptômes extra-hépatiques n'entrent pas dans la classification clinique des cas).

*** Autre infection sans atteinte hépatique et sans évidence d'ARN/antigène. Une majorité de ces cas pourraient être des cas guéris.

infections aiguës ou chroniques soit similaire à l'objectif d'incidence de l'OMS pour 2030 suggère que l'incidence est actuellement déjà très inférieure à cet objectif.

SYNTHÈSE

Les principaux éléments de la stratégie visant à éliminer l'hépatite C sont avant tout des mesures préventives telles que l'utilisation de matériel à usage unique stérile, la sécurité du don de sang et d'organes, la sensibilisation et la réduction des dommages chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse et intranasale, qui contribuent notablement, en Suisse, à la transmission du virus de l'hépatite C.

Des mesures préventives ont été mises en place dans le domaine des drogues il y a déjà plusieurs années (voir p. ex. www.hepch.ch). La réduction des dommages constitue une partie importante de la stratégie nationale Addictions (www.bag.admin.ch/addictions). Avec *Infodrog* et d'autres professionnels, l'OFSP a publié des directives nationales portant sur la prévention, le conseil, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues [20]. Depuis octobre 2017, toutes les personnes infectées peuvent être traitées sans restriction par des médicaments antiviraux directs pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ces

personnes ont des taux de guérison d'environ 95 % (environ 25 % de guérison spontanée de l'hépatite C aiguë sans traitement [21,22,23]). Déjà avant l'introduction de ces nouveaux médicaments en 2014, les mesures prises avaient permis de stabiliser la charge de morbidité, et même de la diminuer [24]. Pour ces raisons et compte tenu d'une modélisation des différents scénarios de dépistage [25], l'OFSP considère qu'il n'est pas pertinent de prendre des mesures supplémentaires telles que le dépistage du VHC dans de grands groupes de personnes, et encore moins dans la population générale. C'est aussi la position défendue par le Conseil fédéral [26].

L'orientation prise est plutôt de continuer à se concentrer sur la mise en œuvre, recommandée depuis 1993, de dépistages ciblés sur la base des facteurs de risque individuels actuels ou anciens, ainsi que de la situation clinique [27].

Il convient en outre de conseiller, tester et traiter systématiquement les groupes présentant un risque élevé de transmission, autrement dit les consommateurs de drogues et les HSH coinfectés par le VIH. Les interventions sur la sensibilisation à la question du sang (*Blood Awareness*) lors des rapports sexuels [28] menées dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH constitue de ce point de vue une approche prometteuse.

Contact

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFS

Code NUTS	Grande région	Cantons/FL
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, FR, JU, NE, SO
CH03	Suisse du Nord-Ouest	AG, BL, BS
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG
CH06	Suisse centrale	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
CH07	Tessin	TI
LI0	Liechtenstein	FL

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à de fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*). Dans la nomenclature NUTS, le Liechtenstein constitue une unité à part entière.

Bibliographie

- Houghton M (2009). The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *J Hepatol*; 51(5):939–948
- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Mäusezahl M (2018). The epidemiology of hepatitis C in Switzerland: trends in notifications, 1988–2015. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Office fédéral de la santé publique (2021). Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020. *OFS-P-Bulletin*; 30:8–13
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis C. In: ECDC, Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC
- Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A, Estill J, Keiser O, Swiss Hepatitis C Cohort Study (2016). Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLoS ONE*; 11(5):e0155464
- Centers for Disease Control and Prevention (2023). Hepatitis C. CDC Yellow Book 2024
- Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). Anstieg der übermittelten Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16
- Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Günthard HF, Clerc O, Calmy A, Stöckle M, Bernasconi E, Furrer H, Rauch A, Swiss HIV Cohort Study (2012). Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis*; 55(10):1408–1416
- Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, Mildvan D, Simm M (2008). Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis*; 47(7): 931–934
- Schmidt AJ, Weatherburn P, Wang H, Lutz T, Schewe K, Mauss S, Krznaric I, Baumgarten A et al. (2024). Still trouble with Bleeding: Risk Factors for HCV transmission in men who have sex with men and behavioural trajectories from 2019 to 2021. *HIV Medicine*: 1–14. doi:10.1111/hiv.13657
- Schmidt AJ, Bremer V (2016). Response to the calculation of population attributable fractions (PAFs) of risk factors for hepatitis C transmission. *AIDS*; 30(10):1683–1684
- Apers L, Vanden Berghe W, De Wit S, Kabeya K, Callens S, Buyze J, Kenyon C, Florence E, Buvé A (2015). Risk factors for HCV acquisition among HIV-positive MSM in Belgium. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 68(5):585–593
- Schmidt AJ, Falcato L, Zahno B, Burri A, Regenass S, Müllhaupt B, Bruggmann P (2014). Prevalence of hepatitis C in a Swiss sample of men who have sex with men: whom to screen for HCV infection? *BMC Public Health*; 14:3
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Schmidt AJ, Altpeter E (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populations of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sex Transm Infect*; 95(4):285–291

- ¹⁶ Wyld R, Robertson JR, Brettell RP, Mellor J, Prescott L, Simmonds P (1997). Absence of hepatitis C virus transmission but frequent transmission of HIV-1 from sexual contact with doubly-infected individuals. *J Infect*; 35(2):163–166
- ¹⁷ Vandelli C, Renzo F, Romanò L, Tisminetzky S, De Palma M, Stroffolini T, Ventura E, Zanetti A (2004). Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol*; 99(5):855–859
- ¹⁸ Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, Tavis JE, Kiss A, Levin TR, Gish RG, Busch MP, Reingold AL, Alter MJ (2013). Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. *Hepatology*; 57(3): 881–889
- ¹⁹ World Health Organization (2022). Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: WHO
- ²⁰ Office fédéral de la santé publique, Infodrog (2019). L'hépatite C chez les usagers de drogue: Directives avec fiches d'information spécifiques à chaque contexte. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- ²¹ Grebely J, Prins M, Hellard M, Cox AL, Osburn WO, Lauer G, Page K, Lloyd AR, Dore GJ (2012). Hepatitis C virus clearance, reinfection, and persistence, with insights from studies of injecting drug users: towards a vaccine. *Lancet Infect Dis*; v12(5):408–414
- ²² Hajarizadeh B, Grebely J, Dore G (2013). Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*; 10:553–562
- ²³ Smith DJ, Jordan AE, Frank M, Hagan H (2016). Spontaneous viral clearance of hepatitis C virus (HCV) infection among people who inject drugs (PWID) and HIV-positive men who have sex with men (HIV+ MSM): a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*; 16:471
- ²⁴ Zahnd C, Brezzi M, Bertisch B, Giudici F, Keiser O (2017). Analyse de Situation des Hépatites B et C en Suisse. Berne: Institut für Sozial und Präventivmedizin, Universität Bern
- ²⁵ Estill J, Sadeghimehr M, Keiser O, Bertisch B (2018). Impact of Screening and Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection in Switzerland. A Comprehensive Mathematical Model of the Swiss HCV Epidemic. Geneva: Institute of Global Health, Université de Genève
- ²⁶ Avis du Conseil Fédéral du 21.08.2019. Motion 19.3743
- ²⁷ Office fédéral de la santé publique (2001). Hépatite C en Suisse; Pour une information et un conseil individualisé. *OFSP-Bulletin*; 46:877–881
- ²⁸ Künzler-Heule P, Fierz K, Schmidt AJ, Rasi M, Bogdanovic J, Kocher A, Engberg S, Battegay M, Nöstlinger C, Lehner A, Kouyos R, Schmid P, Braun DL, Fehr J, Nicca D (2021). Response to a sexual risk reduction intervention provided in combination with hepatitis C treatment by HIV/HCV co-infected men who have sex with men: a reflexive thematic analysis. *BMC Infectious Diseases*; 21:319



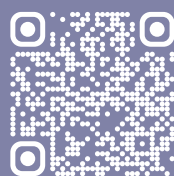
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Nous devons agir aujourd'hui pour disposer d'antibiotiques efficaces à l'avenir également.



Les antibiotiques:

quand il faut,
comme il faut.



Plus d'informations ici:
quand-il-faut-comme-il-faut.ch

www.anresis.ch:

Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse

FQR-E. coli *Escherichia coli* résistants aux fluoroquinolones, définis comme tous les *E. coli* résistants à la norfloxacine et/ou à la ciprofloxacine.

ESCR-E. coli *Escherichia coli* résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme *E. coli* résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe, 85–100 % de ces ESCR-E. coli sont productrices de BLSE (β -Lactamases à Spectre Étendu).

ESCR-KP *Klebsiella pneumoniae* résistants aux céphalosporines à large spectre, définis comme *K. pneumoniae* résistants à au moins une des céphalosporines de troisième ou quatrième génération testées. En Europe 85–100 % de ces ESCR-KP sont productrices de BLSE.

MRSA *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline, définis comme tous les *S. aureus* résistants à au moins l'un des antibiotiques céfoxitine, flucloxacilline, méthicilline ou oxacilline.

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

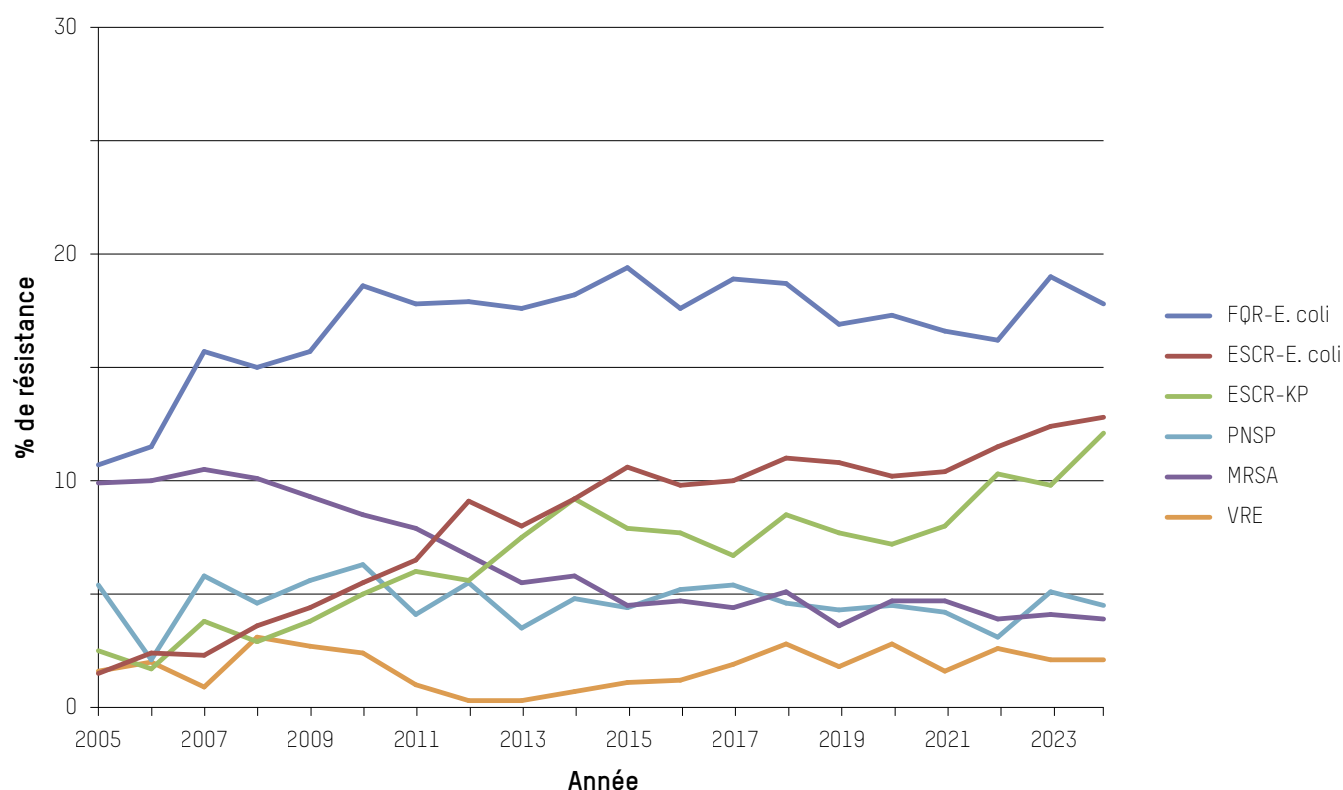
VRE *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine, définis comme tous les *E. faecium* résistants à l'antibiotique vancomycine.

Anresis:

Situation: enquête anresis.ch du 15.11.2024

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2005–2024

Afin de présenter les données conformément aux nouvelles directives européennes (EUCAST), certaines adaptations* ont été mises en œuvre à partir de novembre 2024. Tous les taux de résistance ayant été adaptés rétroactivement, ils ne sont donc pas comparables avec ceux figurant jusqu'ici dans le bulletin de l'OFSP.



* Adaptations mises en œuvre :

- Les isolats qui étaient auparavant qualifiés de résistance intermédiaire (« i ») sont désormais considérés comme sensibles en cas d'exposition accrue (« i » pour « susceptible, increased exposure ») et comptent donc parmi les isolats sensibles. Auparavant, ils étaient représentés avec les germes résistants (« r ») comme « non-susceptible ».
- Les *E. faecium* résistant à la vancomycine font désormais l'objet d'un rapport distinct; les représentations précédentes comprenaient aussi les *E. faecalis*.
- Pour certains antibiotiques, les valeurs limites pour la définition de la résistance varient en fonction du type d'infection (p. ex. infection des voies urinaires, pneumonie) ou du mode d'administration (orale, intraveineuse). Désormais, dans le cas d'un isolat ayant subi plusieurs tests de résistance, la valeur la plus résistante est indiquée pour chaque antibiotique.

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
FQR– E. coli	% 10.7	11.5	15.7	15.0	15.7	18.6	17.8	17.9	17.6	18.2	19.4	17.6	18.9	18.7	16.9	17.3	16.6	16.2	19.0	17.8
	n 1611	2151	2343	2762	2983	3196	3315	3336	3718	4489	5072	5196	5595	6098	6360	6168	6229	6524	6578	4562
ESCR– E. coli	% 1.5	2.4	2.3	3.6	4.4	5.5	6.5	9.1	8.0	9.2	10.6	9.8	10.0	11.0	10.8	10.2	10.4	11.5	12.4	12.8
	n 1613	2153	2341	2760	2981	3221	3354	3350	3720	4494	5068	5199	5599	6098	6367	6175	6272	6619	6688	4622
ESCR– KP	% 2.5	1.7	3.8	2.9	3.8	5.0	6.0	5.6	7.5	9.2	7.9	7.7	6.7	8.5	7.7	7.2	8.0	10.3	9.8	12.1
	n 277	351	423	482	530	585	588	609	668	835	932	1004	1049	1155	1313	1344	1457	1580	1630	1135
PNSP	% 5.4	2.1	5.8	4.6	5.6	6.3	4.1	5.5	3.5	4.8	4.4	5.2	5.4	4.6	4.3	4.5	4.2	3.1	5.1	4.5
	n 467	534	671	674	658	510	583	493	542	505	635	640	764	763	772	493	468	806	929	688
MRSA	% 9.9	10.0	10.5	10.1	9.3	8.5	7.9	6.7	5.5	5.8	4.5	4.7	4.4	5.1	3.6	4.7	4.7	3.9	4.1	3.9
	n 835	1057	1113	1203	1288	1271	1330	1263	1336	1640	1790	1838	2050	2029	2305	2299	2415	2486	2541	1784
VRE	% 1.6	2.0	0.9	3.1	2.7	2.4	1.0	0.3	0.3	0.7	1.1	1.2	1.9	2.8	1.8	2.8	1.6	2.6	2.1	2.1
	n 61	102	108	194	186	250	298	343	373	451	565	517	533	537	500	608	702	734	677	378

Explications

Le tableau et le graphique prennent en compte tous les isolats provenant de cultures d'échantillons de sang et de liquide céphalorachidien enregistrés dans la base de données à la date spécifiée et qui ont été testés pour les substances citées. Les résultats envoyés par les laboratoires sont intégrés tels quels et les données analysées. anresis.ch ne procède à aucun test de validation de résistance sur les isolats individuels.

La quantité de données envoyée est relativement constante depuis 2009. De légères distorsions dues à des retards de transmission ou à des changements dans l'organisation des laboratoires sont cependant possibles, notamment en ce qui concerne les données les plus récentes. A cause de ces distorsions, la prudence est de mise lors de l'interprétation des chiffres absolus; ces données ne permettent pas une extrapolation à l'échelle nationale.

Seul l'isolat initial a été pris en compte lors de doublons (même germe chez le même patient dans la même année de déclaration). Les examens de dépistage et les tests de confirmation provenant de laboratoires de référence ont été exclus. Les données de résistance sont utilisées pour la surveillance épidémiologique de résistances spécifiques, mais sont trop peu différenciées pour orienter le choix d'un traitement.

Contact

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

Renseignements complémentaires

Des données de résistance supplémentaires concernant les principaux micro-organismes sont disponibles sur les sites www.anresis.ch et guide.anresis.ch.

Modification de l'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT): entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025

L'ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (ODMT; RS 818.101.126), qui répertorie individuellement chaque maladie infectieuse soumise à l'obligation de déclarer, est réexaminée et révisée si nécessaire une fois par an en vue de garantir sa pertinence et son adéquation. Les modifications, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2025, concernent les déclarations d'analyses cliniques (annexe 1) et les déclarations de résultats d'analyses de laboratoire (annexe 3).

Pour les médecins, les hôpitaux et les autres institutions du secteur de la santé, le changement concerne l'obligation de déclarer le charbon, le botulisme, la brucellose, les entérobactéries productrices de carbapénèmases, la fièvre de Chikungunya, la fièvre de dengue, l'infection à *Escherichia coli* entérohémorragique (EHEC, STEC, VTEC), la méningo-encéphalite verno-estivale (FSME), la fièvre jaune, la fièvre de Hantaan, l'infection invasive à *Haemophilus influenzae*, l'infection à VIH, la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre de Lassa, la légionellose, la listériose, le paludisme (malaria), la fièvre de Marburg, le coronavirus MERS, Mpox (variole du singe), la maladie à pneumocoques invasive, la rubéole, la syphilis, le tétanos, la trichinellose, la rage, la tularémie, la fièvre typhoïde/paratyphoïde et la fièvre du Nil occidental.

Pour les laboratoires, les changements touchent les déclarations suivantes: entérobactéries productrices de carbapénèmases, *Corynebacterium diphtheriae* et autres corynebactéries produisant la toxine (*C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*), VIH, *Legionella spp.*, virus de la rubéole, SARS-CoV-2 et *Shigella spp.*

1. MODIFICATIONS TOUCHANT LES MÉDECINS, LES HÔPITAUX ET LES AUTRES INSTITUTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ (ANNEXE 1)

Correction des données relatives à l'observation soumise à déclaration

Dans l'ordonnance, certaines informations saisies par les médecins, les hôpitaux et d'autres institutions sont complétées.

- **Décours** (charbon, botulisme, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa, fièvre de Marburg, coronavirus MERS, variole du singe et tularémie): en lien avec le « décours », les données relatives à l'établissement du diagnostic et à l'évaluation du degré de gravité de la maladie sont demandées de manière standardisée.
- **Statut vaccinal** (fièvre de dengue et fièvre du Nil occidental): les données relatives au « statut vaccinal » par rapport aux flavivirus sont demandées de manière standardisée pour la fièvre de dengue et la fièvre du Nil occidental, afin de détecter de possibles réactions croisées.
- **Mesures prises** (brucellose, fièvre de Chikungunya, fièvre de dengue, infection à *Escherichia coli* entérohémorragique (EHEC, STEC, VTEC), méningo-encéphalite verno-estivale (FSME), fièvre jaune, fièvre de Hantaan, infection invasive à *Haemophilus influenzae*, légionellose, listériose, paludisme (malaria), maladie à pneumocoques invasive, tétanos, trichinellose, rage, tularémie, fièvre typhoïde/paratyphoïde et fièvre du Nil occidental): les données relatives aux « mesures prises » sont demandées de manière standardisée. Il est important que les médecins cantonaux sachent si des mesures adéquates ont déjà été prises. L'OFSP assure la haute surveillance et doit être en mesure de déterminer si les mesures prises sont proportionnées.

Entérobactéries productrices de carbapénèmases

L'obligation actuelle de déclarer les résultats cliniques est désormais complétée par les informations « prénom, nom, adresse et numéro de téléphone ». Ces indications sont nécessaires pour assurer la traçabilité et prendre d'éventuelles mesures.

Nouvelles directives en matière de test VIH

Elles remplacent le concept de test VIH. Le renvoi dans l'ODMT sera adapté en conséquence. La directive sur les tests VIH décrit les détails et les spécificités du dépistage du VIH dans les laboratoires.

Légionellose

Le délai de déclaration des résultats cliniques a été raccourci, passant d'une semaine à 24 heures.

Variole du singe

Le terme variole du singe est adapté en Mpox conformément à la terminologie de l'OMS.

Rubéole

La suspicion clinique complète désormais les résultats positifs des analyses de laboratoire en tant que critère de déclaration, afin de détecter rapidement les cas et d'éviter les flambées. Cela correspond aux directives de l'OMS et permet en outre de comparer les données au niveau international et d'évaluer le statut d'élimination selon les normes internationales.

Syphilis

Si un résultat d'analyse de laboratoire est positif, les résultats de l'analyse clinique doivent désormais être déclarés spontanément par le médecin (plus de demande par le médecin cantonal).

2. MODIFICATIONS TOUCHANT LES LABORATOIRES (ANNEXE 3)**Entérobactéries productrices de carbapénèmases**

L'obligation actuelle de déclarer les résultats d'analyses de laboratoire est désormais complétée par les informations « prénom, nom, adresse et numéro de téléphone ».

***Corynebacterium diphtheriae* et autres corynébactéries produisant la toxine (*C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*)**

Désormais, tous les résultats négatifs doivent être déclarés (non seulement ceux concernant le test du gène de la toxine, mais aussi les autres). Cela permet de lever les mesures prises à titre préventif. Statu quo : il ne faut toujours pas déclarer les évaluations du statut immunitaire.

***Shigella* spp.**

Désormais, tous les isolats doivent être transmis au centre de référence désigné par l'OFSP, et pas seulement sur demande expresse de l'office. Cela permet de détecter rapidement les flambées.

Nouvelles directives en matière de test VIH

Elles remplacent le concept de test VIH. Le renvoi dans l'ODMT sera adapté en conséquence.

Sars-CoV-2

Le délai de déclaration a été allongé, passant de 24 heures à une semaine.

Légionellose

Le délai de déclaration a été raccourci, passant d'une semaine à 24 heures.

Variole du singe

Le terme variole du singe est adapté en virus Mpox conformément à la terminologie de l'OMS.

Virus de la rubéole

Désormais, les résultats d'analyses de laboratoire négatifs par PCR doivent être déclarés. Cela permet de lever les mesures prises à titre préventif.

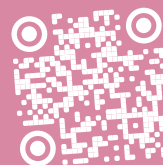
L'Office fédéral de la santé publique remercie tous les médecins, laboratoires et institutions de santé de prendre bonne note des modifications de l'ordonnance, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2025, et de contribuer à déclarer les observations de maladies transmissibles de l'homme.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Prévention et services de santé
Division Maladies transmissibles
Téléphone 058 463 87 06
epi@bag.admin.ch

PRÊTE! POUR ALLER CHEZ MOI.

Faites votre
safer sex check:



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants		
Vol d'ordonnances		
Les ordonnances suivantes sont bloquées		
Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Bâle-Campagne		10502614
Genève		11438187
		11627268
Vaud		11367897
		11847405

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

OFSP-Bulletin

Semaine
48/2024