

Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein : évaluation épidémiologique pour l'année 2024

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 font 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 2024, tout en les inscrivant dans leur évolution temporelle.

RÉSUMÉ DES TENDANCES EN 2024

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 en 2020 en raison de la pandémie du COVID-19, il est légèrement remonté en 2021 et 2022, avant de se stabiliser en 2023 et de diminuer en 2024. Cette dernière année, l'OFSP a enregistré 318 cas, soit 25,7 % de moins que le niveau prépandémique de 2019. À titre de comparaison, on comptait en moyenne environ 1300 déclarations par an dans les années 1990. L'incidence du VIH a atteint en 2023 son plus bas niveau historique (2020 excepté), avec 3,5 cas pour 100 000 personnes. 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 : en 2024, 6968 personnes, principalement des hommes ayant des rapports sexuels

avec des hommes (HSH), avaient participé à ce programme.

Le nombre de cas d'infections à chlamydia déclarés augmente continuellement et fortement de 2000 à 2022, à l'exception de l'année 2020, première année de la pandémie du COVID-19. Cette tendance s'est récemment interrompue, avec une légère diminution en 2023 et une stabilisation en 2024. Cette dernière année, l'incidence a atteint 142,1 cas pour 100 000 personnes, soit une légère baisse de 4,1 % par rapport à 2022. Le nombre de cas chez les femmes a atteint un plateau dès 2016, avant de diminuer à partir de 2023. Chez les hommes, l'augmentation des cas se poursuit, un peu moins vite depuis 2023. Bien que les infections à chlamydia continuent d'être majoritairement diagnostiquées chez les femmes, en particulier celles de 15 à 24 ans, la différence entre les deux sexes s'est fortement amenuisée.

L'augmentation du nombre de cas de gonorrhée déclarés que l'on observe depuis plusieurs années se poursuit. En

2024, l'incidence s'est élevée à 75,6 cas pour 100 000 personnes, soit une hausse de 17,7 % par rapport à l'année précédente. L'augmentation est toujours forte chez les hommes, alors que le nombre de cas stagne pour la première fois depuis longtemps chez les femmes. 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 est probablement due en grande partie à l'élargissement des tests de dépistage.

Après le rattrapage du creux de 2020 induit par la pandémie du COVID-19, le nombre de cas de syphilis a connu une légère baisse en 2024. L'incidence était alors de 11,6 cas pour 100 000 personnes (–7,9 % par rapport à l'année précédente), à un niveau similaire à la situation prépandémique. Les infections de syphilis sont principalement diagnostiquées chez des HSH.

Après le creux de 2020 associé à la pandémie du COVID-19, les taux de déclaration de l'hépatite B ont continuellement augmenté pour atteindre 13,5 cas pour 100 000 personnes en 2024. Ce taux est similaire à celui observé les trois années avant le début de la pandémie. L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution continue ces 30 dernières années, atteignant en 2022–2024 un minimum historique de 0,2 cas pour 100 000 personnes. Il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B qui est recommandé à l'ensemble de la population. Selon les données les plus récentes dans 15 cantons, la couverture vaccinale en Suisse s'élève à 81 % 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, avant de se stabiliser. Le taux de déclaration était de 11,8 cas pour 100 000 personnes en 2024. De 2021

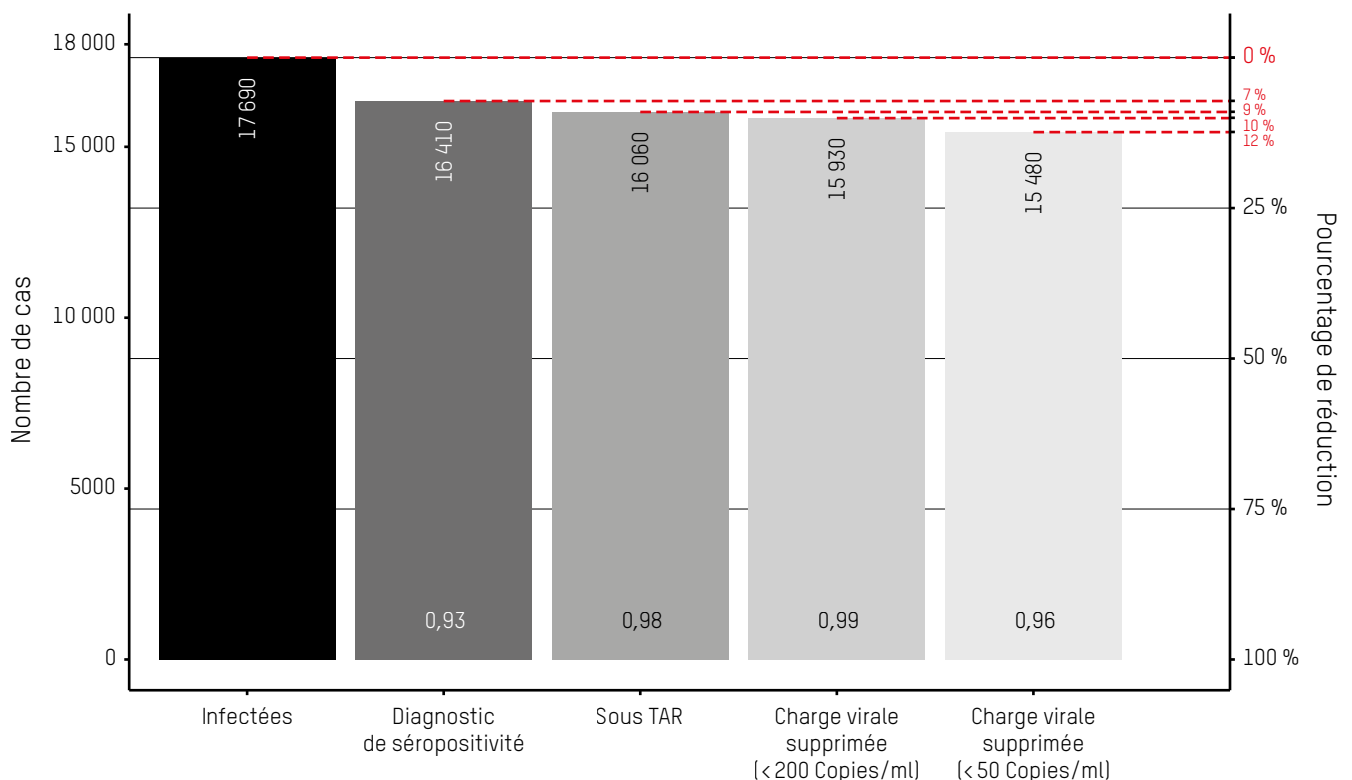
à 2023, l'incidence de l'hépatite C aiguë était à un minimum historique de 0,2 cas pour 100 000 personnes (0,3/100 000 en 2024). La consommation de drogues injectables reste la principale exposition identifiée ces cinq dernières années (stable).

CASCADE VIH EN SUISSE EN 2024

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 diagnosti-

quées. 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 2024 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 antirétroviral et 96 % 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 essentiellement 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.

Figure 1
Cascade VIH en Suisse en 2024



OFSP, état : 17.02.2025

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE VIH

En 2024, 318 cas de VIH ont été déclarés à l'OFSP, correspondant à une incidence de 3,5 cas pour 100 000 personnes. Le nombre de cas a diminué de 10,9 % par rapport à l'année précédente, après le rebond modéré post pandémie du COVID-19. Il est sensiblement inférieur à son niveau pré-pandémique de 2019 (-25,7 %).

La tendance globalement à la baisse du nombre de nouveaux cas de VIH témoigne 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* [3], qui a été clairement confirmée par de grandes études dix ans après sa publication [4] : *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 [5]. 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. En 2024, 6968 personnes s'étaient protégées grâce à la PrEP, essentiellement des HSH. Ceux-ci présentent un risque accru de contamination en raison de la prévalence comparativement élevée du VIH dans ce groupe (8 %, voir [6]) 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 [7,8]. L'OMS recommande l'utilisation de la PrEP comme un moyen de prévention supplémentaire du VIH auquel il est possible de renoncer après une période de risque élevé de VIH [9]. 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 [10]. 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 [5].

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). L'amorce d'une légère baisse semble même se dessiner ces deux dernières années. À l'inverse, la tendance à la hausse se poursuit chez les hommes, qui sont maintenant presque aussi nombreux que les femmes parmi les cas déclarés (46,4 % en 2024). Généralement asymptomatique, la chlamydie est l'infection sexuellement transmissible (IST) à déclaration obligatoire la plus fréquente en Suisse. Les mêmes tendances ont été observées en 2024 pour la gonorrhée : poursuite de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes et stagnation chez les femmes, ici à un niveau très inférieur à celui des hommes (seulement 16,1 % des cas sont des femmes).

Le nombre élevé de cas est dû aux contrôles de routine dans les cabinets gynécologiques et au couplage du diagnostic de la chlamydie avec 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 l'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 dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie asymptomatiques est recommandé principalement pour réduire le nombre de porteurs dans les différents réseaux sexuels et le maintenir le plus bas possible, l'OFSP considère qu'il est important que le coût à la charge des patients soit faible [11].

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, voire régresser légèrement pour la première fois en 2024, à la suite du rattrapage consécutif au creux de 2020 dû à la pandémie du COVID-19. En 2024, l'incidence était de 11,6 cas pour

100 000 personnes, soit une baisse de 7,9 % par rapport à l'année précédente. Ainsi, l'incidence se situait ces trois dernières années à un niveau similaire à celui 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 (73,6 % du total des cas avec un sexe et une exposition connus) ainsi que des travailleuses du sexe [10, 12]. 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 [12].

HÉPATITE B

Les taux de déclaration de l'hépatite B ont continuellement augmenté après le creux de 2020 associé à la pandémie du COVID-19. Le taux atteint en 2024 (13,5 cas pour 100 000 personnes en 2024) reste toutefois similaire à ceux observés durant les trois années précédant le début de la pandémie. 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 de 2022 à 2024, un minimum historique. Une majorité des cas déclarés étaient des hommes (60,4 % du total), avec un taux de déclaration à la hausse après 2020, alors que celui des femmes s'est stabilisé depuis 2022. 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 gé-

nérale (vaccination des enfants et des adolescents) que des groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). La couverture vaccinale de l'hépatite B était récemment de 81 % chez les jeunes de 16 ans [13], mais ce pourcentage était nettement inférieur chez les adultes sexuellement actifs [10, 12]. L'OFSP encourage les acteurs cliniques à vérifier le statut vaccinal pour l'hépatite B lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre IST, et à initier ou compléter la vaccination immédiatement. 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 2024, 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. Il a augmenté à 0,3 pour 100 000 en 2024. Comme habituellement, les hommes constituaient la majorité des cas en 2024 (60,0 %).

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 sont pris en charge en Suisse pour les patients asymptomatiques 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 Vernazza P, Bernard EJ (2018). HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later. *Swiss Med Wkly*; 146:w14246
- ⁴ 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
- ⁵ 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
- 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 Compendium.ch (13.4.2021). Emtricitabin-Tenofovir-Mepha Lactab®. Nouveau générique de Truvada® commercialisé. Berne: HCI Solutions AG
- ⁸ Le magazine queer suisse (25.3.2021). PrEP: enfin des génériques en Suisse. Genève: Presse 360
- ⁹ 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
- ¹⁰ Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aepli-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
- ¹¹ Office fédéral de la santé publique (2021). Liste des analyses (LA). Modifications au 1.7.2021
- ¹² Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150: w20392
- ¹³ Office fédéral de la santé publique (2025). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2024

La surveillance des tests VIH et IST dans les centres VCT en Suisse en 2024

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 globalement fortement augmenté ces dernières années dans les centres VCT de Suisse, mais plus modérément en 2024. Cette hausse est notamment due à la poursuite de la campagne annuelle de dépistage des IST, menée par l'Aide suisse contre le sida pour la première fois en mai 2017 et renouvelée annuellement depuis lors. En 2024, le recours aux tests de dépistage des IST a toutefois stagné chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et chez les femmes, n'augmentant plus que chez les hommes hétérosexuels.

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 2024), 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**atenerfassungssystem, système de conseil et de saisie des données). 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.

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 et clientes sont prié(e)s, 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. L'OFSP utilise les données obtenues pour planifier la prévention du VIH rapidement et de manière ciblée.

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.

Une nouveauté majeure en 2020 touchait le consentement éclairé (*Informed Consent*) permettant la conservation, y compris après l'entretien, des données introduites dans le système par les clients et clientes. 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 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. De plus, 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 2024, les centres VCT participant au système BerDa ont enregistré au total 37 498 consultations. Pour 24 801 d'entre elles (66,1 %), les clients ont

activement accepté le stockage de l'intégralité de leur jeu de données.

Les figures 1 à 3 ci-dessous montrent aussi une estimation des données d'exposition 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].

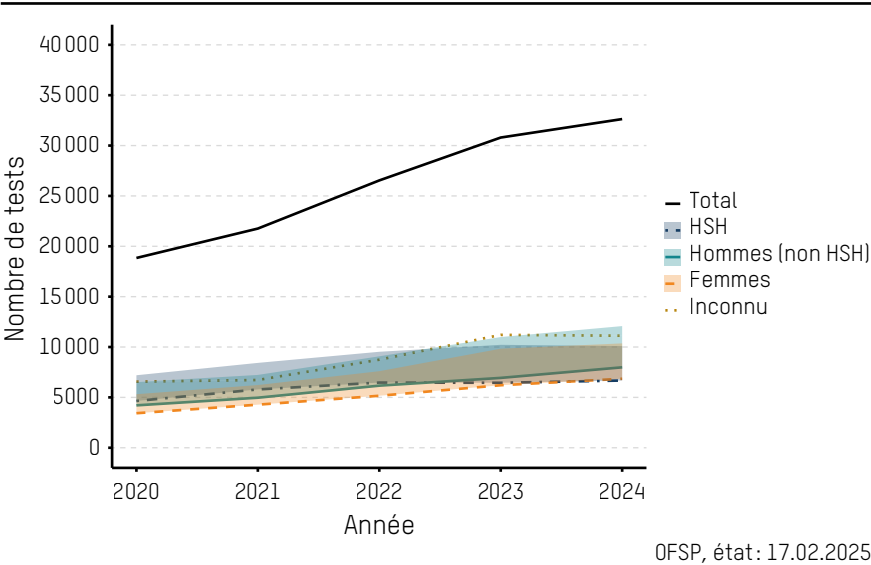
DÉPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS

En 2024, les centres VCT ont réalisé et saisi dans BerDa 32 630 tests VIH, principalement des tests rapides, et 30 088 tests de la syphilis. Depuis le 19 juin 2018, la vente de tests VIH à usage personnel est autorisée en Suisse. De plus, le programme SwissPrEPared a démarré l'année suivante. Malgré ces deux alternatives aux centres VCT, le nombre global de tests VIH enregistrés dans BerDa a recommencé à augmenter après 2020 (figure 1), alors qu'il avait stagné en 2018 et 2019 et même régressé en 2020 du fait de la forte baisse des visites dans les centres VCT au début de la pandémie du COVID-19. L'augmentation globale en 2024 était toutefois moindre que celle des trois années précédentes. Pour les tests de la syphilis, en revanche, la tendance à l'augmentation observée depuis plusieurs années s'est poursuivie, bien que de manière moins marquée en 2024 (figure 2).

Le nombre (ajusté) des tests VIH enregistrés pour les HSH a augmenté de 40,2 % entre 2020 et 2024, alors que l'augmentation pour les autres hommes

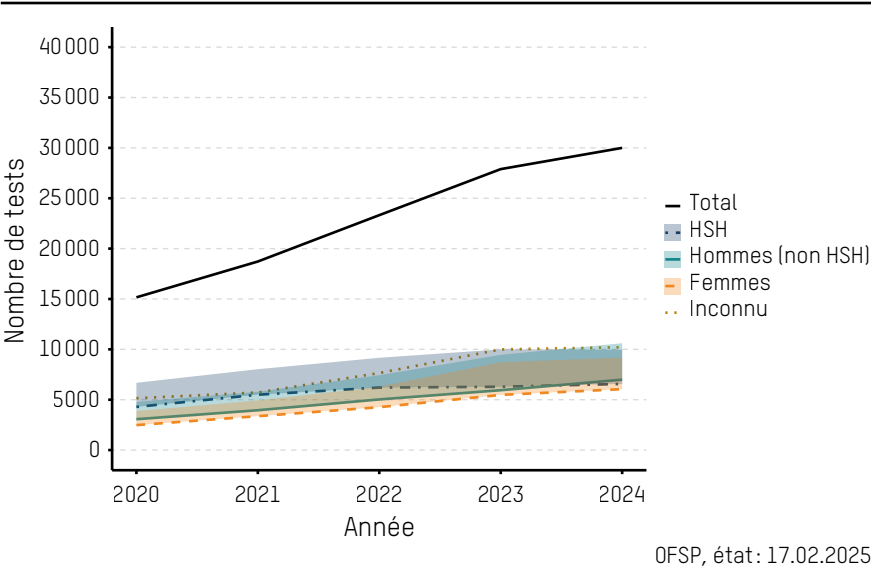
et les femmes était respectivement de 85,2 % et 95,0 %. Notons toutefois que le nombre de tests chez les HSH et les femmes a stagné en 2024 par rapport

Figure 1
Nombre de tests VIH dans les centres VCT suisses par groupe d'exposition¹, 2020 – 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.

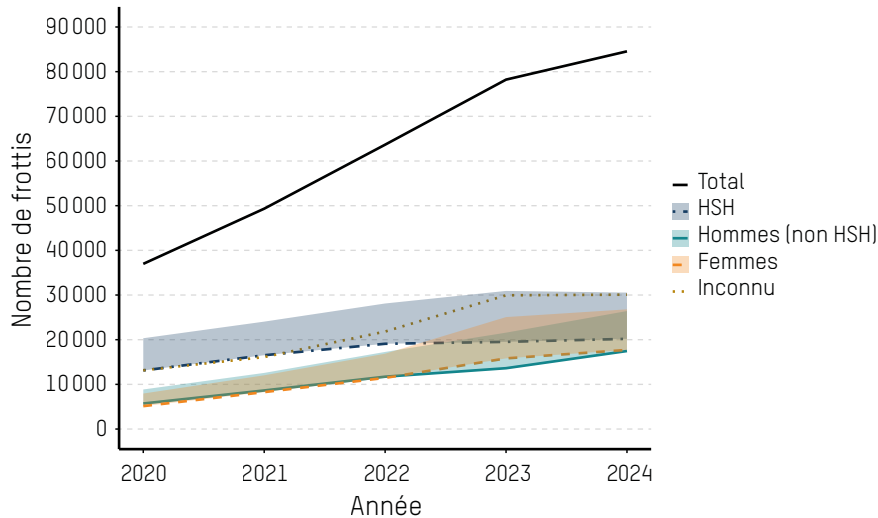
Figure 2
Nombre de tests de la syphilis dans les centres VCT suisses par groupe d'exposition¹, 2020 – 2024



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 3

Nombre de frottis pour la recherche de gonocoques et/ou de chlamydias dans les centres VCT suisses par groupe d'exposition¹, 2020 – 2024



OFSP, état: 17.02.2025

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

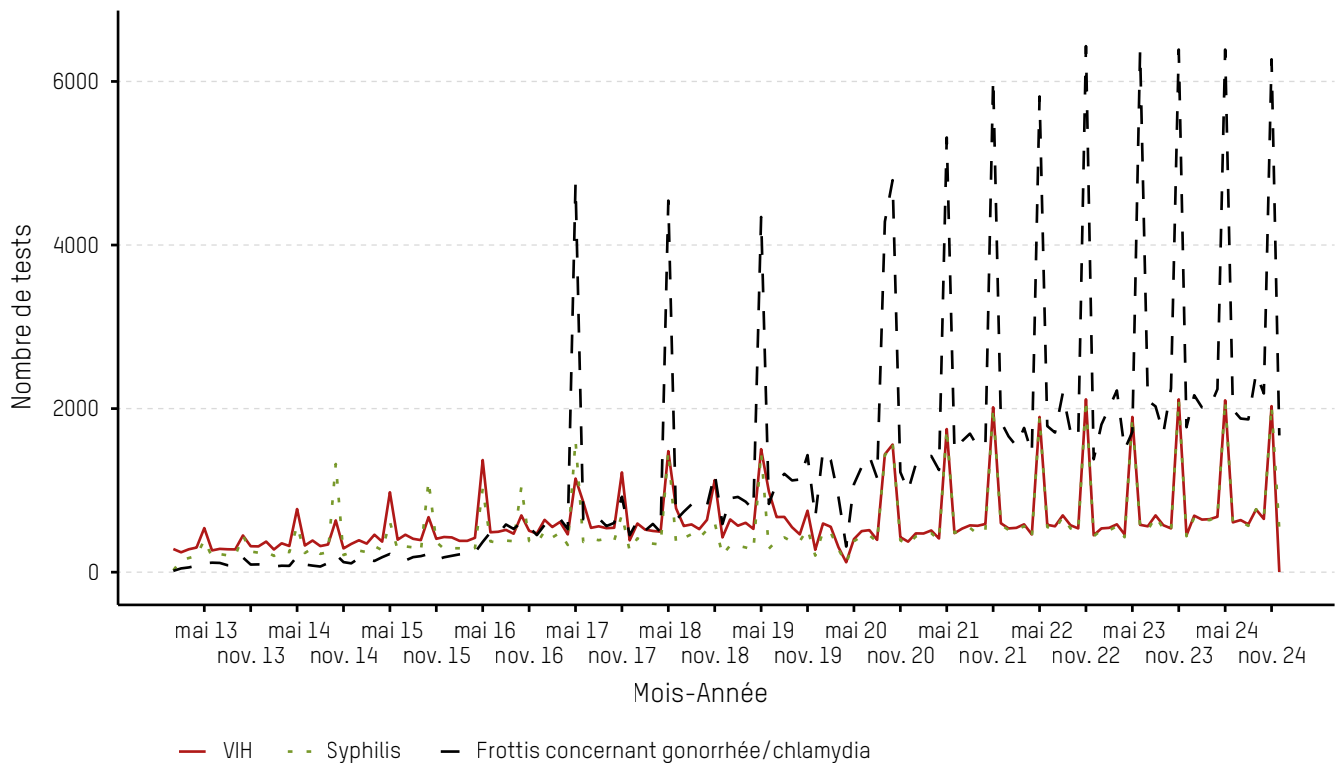
Lignes: frottis documentés. **Bord de la zone ombrée colorée correspondante:** nombre, calculé par extrapolation, de frottis après l'ajustement lié aux expositions non connues depuis la modification du système en 2020.

à l'année précédente. Pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 11,6 % des HSH [3], 0,4 % des autres hommes et 0,4 % des femmes ont fait un test de dépistage du VIH dans les centres VCT suisses en 2024.

Le nombre de tests de la syphilis effectués dans les centres VCT chez les HSH en 2024 a augmenté de 48,8 % par rapport à 2020 ; cette augmentation atteignait même respectivement 120,2 % et 134,7 % chez les autres hommes et chez les femmes, bien que ces tests, dépistage pendant la grossesse non compris, ne soient recommandés que pour les HSH et les travailleuses du sexe et leurs clients. Comme pour les tests VIH, l'augmentation observée en 2024 par rapport à l'année précédente était essentiellement imputable aux hommes hétérosexuels. Pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, on estime que 11,6 % des HSH, 0,4 % des autres hommes et 0,3 % des femmes ont fait un test de

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, 2014 – 2024



OFSP, état: 17.02.2025

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

dépistage de la syphilis dans les centres VCT suisses en 2024.

FROTTIS DE DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE ET DE LA CHLAMYDIOSE

La figure 3 montre l'augmentation récente massive – bien que moins marquée en 2024 – des frottis visant à dépister la gonorrhée et/ou la chlamydie. En 2024, 84 553 frottis ont été documentés dans le système BerDa, ce qui, par rapport à 2020, correspond à une augmentation de 50,3 % chez les HSH et de respectivement 198,2 % et 237,1 % chez les autres hommes et chez les femmes. Notons toutefois que, comme pour le dépistage du VIH et de la syphilis, l'augmentation observée en 2024 par rapport à l'année précédente était essentiellement imputable aux hommes homosexuels. 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. Il est important de noter que jusqu'à trois frottis peuvent être effectués par examen (urètre/vagin, gorge et anus).

Le pourcentage de diagnostics de gonorrhée et de chlamydie chez les personnes testées est resté stable sur la période 2020–2024. L'augmentation du nombre de cas de gonorrhée chez les HSH (voir « Gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein en 2024 ») 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 [4] 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 [Swiss StatementHome | Aide Suisse contre le Sida](http://www.suisse-sida.ch)

VIH et sida en Suisse et au Liechtenstein en 2024

En Suisse et au Liechtenstein, 318 nouveaux cas de VIH ont été déclarés en 2024, soit moins que l'année précédente (357). Ces chiffres restent inférieurs aux valeurs pré-pandémiques, ce qui s'explique d'une part par une « cascade VIH » durable, dans laquelle presque toutes les personnes séropositives connaissent leur statut et sont rapidement traitées efficacement, de sorte qu'elles ne peuvent plus transmettre le virus, et d'autre part en raison d'une utilisation accrue de la prophylaxie préexposition (PrEP), un traitement antirétroviral préventif.

DÉFINITION DES CAS ET SITUATION ACTUELLE

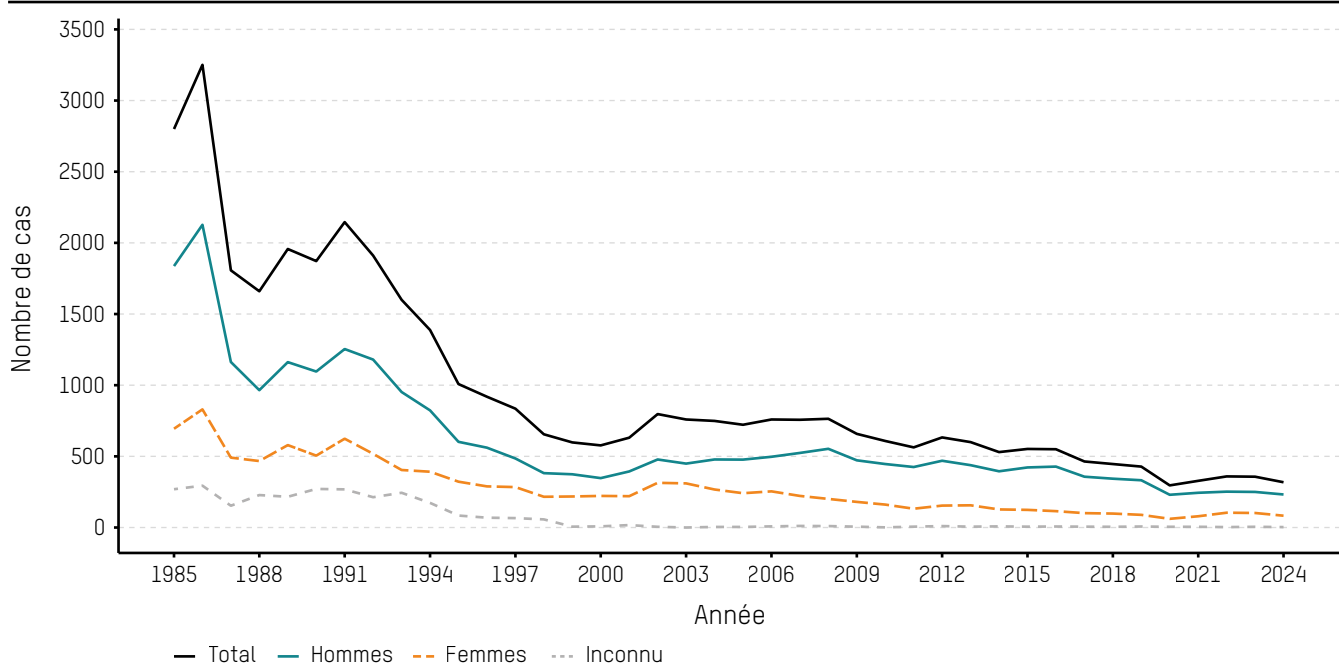
En Suisse et au Liechtenstein, la surveillance du VIH est en place depuis 1985. Conformément au concept de dépistage du VIH en vigueur jusqu'à fin 2024 [1], les laboratoires agréés ont communiqué à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au service médical cantonal concerné les informations sur

l'âge, le sexe et le lieu de résidence des personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH. En complément, les médecins déclarent d'autres informations, comme la voie d'infection ou la nationalité, via le « formulaire de déclaration des résultats cliniques » (cf. [remarque 1](#)).

Les laboratoires ont déclaré 318 cas confirmés de VIH pour l'année 2024

(état au 17 février 2025), ce qui correspond à une incidence de 3,5 cas pour 100 000 personnes. La baisse de 10,9 % observée par rapport à l'année précédente (357 cas) s'inscrit dans une tendance à long terme amorcée avant la pandémie du COVID-19, après une chute marquée en 2020 suivie d'un rebond modéré au cours des deux années suivantes (figure 1). En 2024, le nombre

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de VIH déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1985 – 2024



OFSP, état: 17.02.2025

de nouveaux cas reste nettement inférieur à celui enregistré avant la pandémie (428 cas en 2019).

Une diminution des cas a été constatée chez les hommes infectés par des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (figure 4). En 2024, 6968 personnes présentant un risque accru d'infection par le VIH, principalement des HSH, ont participé au programme *SwissPrEPared*, lancé en avril 2019. Ce programme leur permet de bénéficier d'un suivi médical tout en prenant un traitement préventif contre le VIH (prophylaxie pré-exposition, ou « PrEP »).

RÉPARTITION PAR SEXE

La majorité des cas de VIH en 2024 étaient des hommes (73,0 %). Un cas était une femme trans (identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), tandis qu'aucun cas n'a été rapporté chez des hommes trans (identité de genre masculine, sexe de naissance féminin), ni chez les VDS (variation du développement sexuel [intersexe]). En 2024, l'incidence était plus faible que l'année précédente aussi bien chez les

Tableau 1
Incidence des cas de VIH déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, 2020 – 2024

Grande région	Année du diagnostic				
	2020	2021	2022	2023	2024
Région lémanique	4,6	6,2	6,8	5,6	6,2
Espace Mittelland	2,8	2,9	2,4	3,9	2,9
Suisse du Nord-Ouest	2,4	2,1	2,8	1,5	2,1
Zurich	5,1	6,0	5,4	5,2	4,8
Suisse orientale	1,7	1,7	3,0	3,3	2,2
Suisse centrale	2,3	1,4	2,4	2,7	1,8
Tessin	2,6	2,0	3,4	3,4	1,7
Liechtenstein	2,6	2,5	2,5	2,5	0,0
Total Suisse et Liechtenstein	3,4	3,7	4,1	4,0	3,5

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

OFSP, état : 17.02.2025

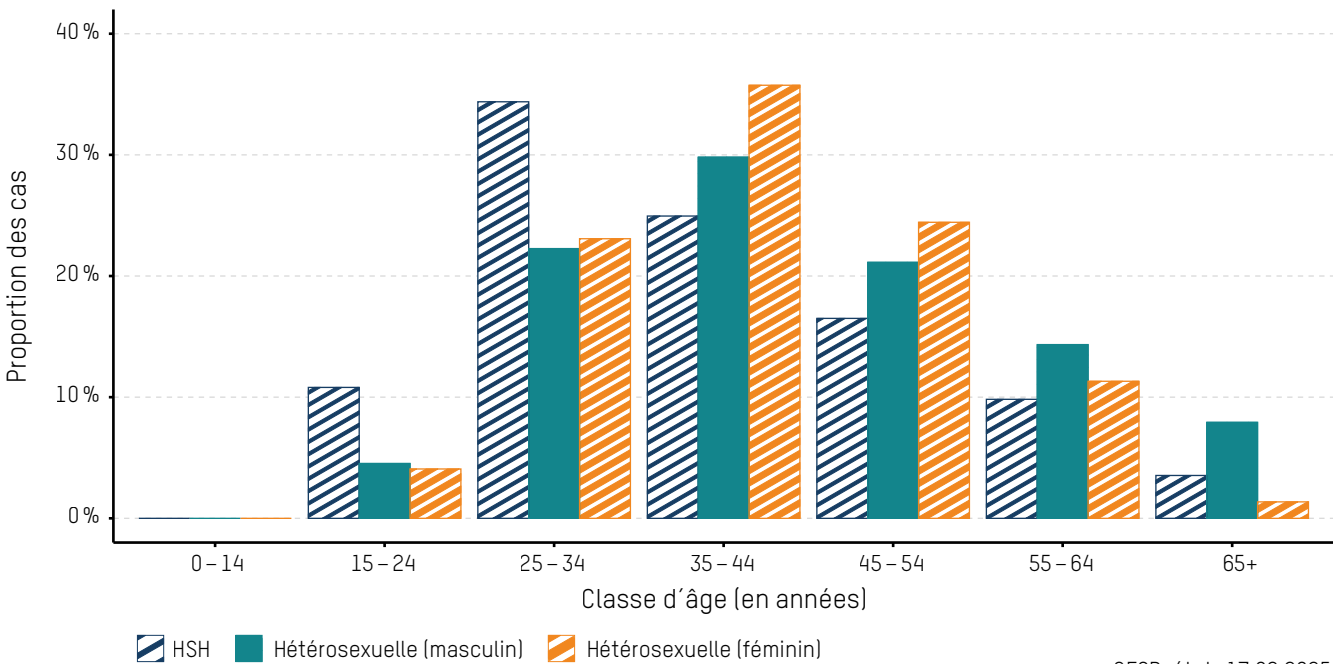
femmes (1,8 cas pour 100 000 personnes contre 2,3) que chez les hommes (5,2 contre 5,6).

RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian au moment du diagnostic du VIH était de 42 ans chez les femmes hétérosexuelles, 43 ans chez les hommes hétérosexuels et 36 ans chez les HSH. Parmi

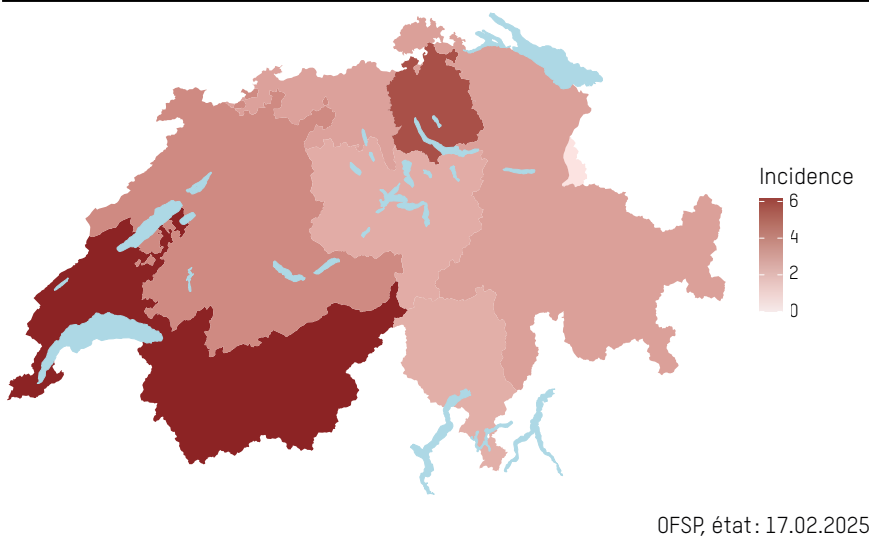
les femmes hétérosexuelles, la proportion la plus élevée des cas se situait dans la tranche des 35 à 44 ans (35,7 %), suivie des 45 à 54 ans (24,4 %). Chez les hommes hétérosexuels, la répartition par âge était plus homogène, mais la tranche des 35 à 44 ans (29,8 %) restait la plus représentée. Lors du diagnostic, les HSH étaient plus jeunes que les deux autres groupes, avec une concentration

Figure 2
Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de VIH déclarés, 2020 – 2024 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



¹ HSH: rapports sexuels avec des hommes.

Figure 3
Incidence des cas de VIH déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2024



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

maximale de cas dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans (34,4 %). De plus, la proportion des 15 à 24 ans était particulièrement élevée (10,8 %) chez les HSH, comparés aux hétérosexuels (figure 2).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

L'incidence des nouveaux diagnostics de VIH était de 3,5 pour 100 000 personnes en 2024. Toutefois, d'importantes disparités régionales étaient observées, avec une fourchette allant de 0 à 6,2 cas pour 100 000 personnes (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées étaient enregistrées dans 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 dépistage médical, mais aussi à davantage de partenaires sexuels, en particulier parmi les minorités sexuelles [2, 3]. Les incidences les plus basses étaient observées dans les régions principalement rurales de la Suisse centrale et du Tessin.

VOIE D'INFECTION

Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus souvent indiquée en 2024 chez les hommes diagnostiqués

avec le VIH a été les relations sexuelles avec d'autres hommes (50,8 %, soit 101 cas). Les relations hétérosexuelles (24,1 %, 48 cas) arrivent en deuxième position. L'injection de drogues (IDU) a été mentionnée pour 5 cas masculins. Chez les hommes, la voie d'infection était inconnue pour 19,6 % des cas. En 2024, comme les années précédentes, les femmes diagnostiquées avec le VIH ont principalement été infectées par voie hétérosexuelle (60,9 %, 42 cas). Aucune infection par des rapports sexuels entre femmes n'a été déclarée. L'injection de drogues a été indiquée comme voie d'infection dans un seul cas. La voie d'infection n'était pas connue pour 33,3 % des cas chez les femmes.

La figure 4 montre l'évolution récente des cas de VIH par sexe, selon la voie d'infection. La tendance est à la baisse aussi bien chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels. Le nombre de cas attribués à l'injection de drogues est resté faible (moins de 7 cas chez les hommes et moins de 2 cas chez les femmes par an depuis 2020). Chez les femmes, le nombre de cas infectés par voie hétérosexuelle est passé de 38 en 2020 à 42 en 2024 (figure 4, graphique de droite). Zurich se distingue au niveau régional, avec 50,0 % des cas de VIH concernant des HSH, un chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale (31,8 %). Cela s'explique par une proportion plus élevée de HSH dans la population de cette région [4].

Tableau 2
Cas de VIH déclarés, par voie d'infection¹ et grande région², 2024

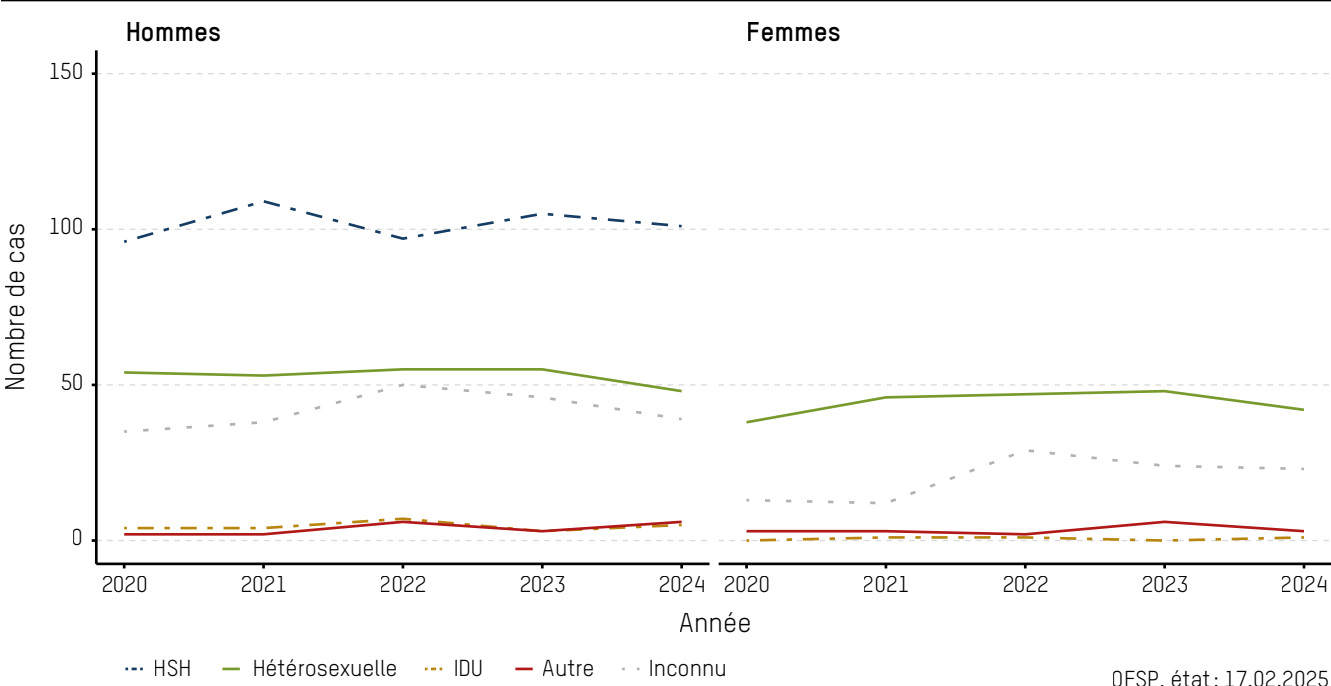
Voie d'infection	Grande région																		Total	
	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechten- stein		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	28	33,3	19	38,0	8	34,8	35	50,0	6	24,0	4	36,4	1	16,7	0	Na	0	0,0	101	31,8
Hétérosexuelle (masculin)	17	20,2	6	12,0	5	21,7	12	17,1	3	12,0	2	18,2	2	33,3	0	Na	1	2,0	48	15,1
Hétérosexuelle (féminin)	16	19,0	12	24,0	1	4,3	7	10,0	3	12,0	2	18,2	1	16,7	0	Na	0	0,0	42	13,2
Autre	5	6,0	1	2,0	0	0,0	4	5,7	4	16,0	1	9,1	0	0,0	0	Na	0	0,0	15	4,7
Inconnue	18	21,4	12	24,0	9	39,1	12	17,1	9	36,0	2	18,2	2	33,3	0	Na	48	98,0	112	35,2
Total	84	100,0	50	100,0	23	100,0	70	100,0	25	100,0	11	100,0	6	100,0	0	100,0	49	100,0	318	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.

OFSF, état : 17.02.2025

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas de VIH déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2020 – 2024



OFSP, état : 17.02.2025

¹ HSH: rapports sexuels avec des hommes; IDU: consommation de drogues par injection; Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

NATIONALITÉ

En 2024, près d'un tiers des cas dont la nationalité était connue étaient des ressortissants suisses ou liechtensteinois (30,6 %), avec des variations selon la voie d'infection et le sexe. Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle, 21,9 % étaient suisses ou liechtensteinoises, contre 41,7 % des hommes (hors nationalité inconnue). Parmi ces femmes, 37,5 % étaient ressortissantes d'un pays à haute préva-

lence du VIH (PHP) selon les Nations Unies (cf. [remarque 2](#)), contre 19,4 % des hommes. De plus, 9,4 % des femmes et 8,3 % des hommes avec voie d'infection hétérosexuelle étaient ressortissants d'un pays non-PHP non européen (catégorie « autre » dans le tableau 3). Comme les deux années précédentes, une part importante des cas provenait d'un pays européen (30,6 % des hommes et 31,2 % des femmes hétérosexuels).

Parmi les cas avec une voie d'infection HSH, 33,3 % étaient suisses ou liechtensteinois et 37,0 % issus d'autres pays européens (hors nationalité inconnue). Seul 17,3 % des cas avec voie d'infection HSH dont la nationalité était connue provenaient d'un PHP, mais ce chiffre pourrait sous-estimer la réalité en raison de la stigmatisation dans certains de ces pays, qui pousse une partie des HSH à ne pas déclarer leur orientation sexuelle lors des tests [5]. La répartition

Tableau 3
Cas de VIH déclarés, par nationalité et voie d'infection¹, 2024

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	27	26,7	15	31,2	7	16,7	2	13,3	13	11,6	64	20,1
Europe hors CH et FL	30	29,7	11	22,9	10	23,8	7	46,7	17	15,2	75	23,6
Pays à haute prévalence du VIH	14	13,9	7	14,6	12	28,6	2	13,3	12	10,7	47	14,8
Autre	10	9,9	3	6,2	3	7,1	3	20,0	4	3,6	23	7,2
Inconnue	20	19,8	12	25,0	10	23,8	1	6,7	66	58,9	109	34,3
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

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

OFSP, état : 17.02.2025

par nationalité et voie d'infection des cas de VIH peut varier fortement d'une année à l'autre du fait des effectifs limités par catégorie.

En 2018, l'OFSP a introduit une classification combinant voie d'infection et nationalité, destinée aux acteurs de la prévention. Les checkpoints et les actions menées par l'Aide Suisse contre le sida et ses partenaires ciblent en priorité les HSH qui s'identifient comme homosexuels ou bisexuels lors des tests, indépendamment de leur nationalité. Les pays à haute prévalence correspondent à la définition des Nations Unies, mise à jour annuellement, avec l'ajout du Brésil (cf. [remarque 2](#)).

En 2024, 101 cas résultaient de contacts sexuels entre hommes (toutes nationalités confondues, y compris HSH consommateurs de drogues injectables), 49 de contacts hétérosexuels chez des non-ressortissants d'un PHP et 19 de contacts hétérosexuels chez des ressortissants d'un PHP, Brésil compris (figure 5). La baisse des cas chez les personnes venant d'un PHP et infectées par

voie hétérosexuelle s'explique en grande partie par une diminution de l'immigration en provenance de ces pays. En revanche, l'augmentation des cas en provenance de pays européens est principalement liée à l'afflux de réfugiés ukrainiens, surtout des femmes, à la suite du conflit russo-ukrainien. Parmi les 10 cas issus d'Europe déclarés en 2024 chez les femmes hétérosexuelles, 5 étaient des Ukrainiennes.

LIEU DE L'INFECTION

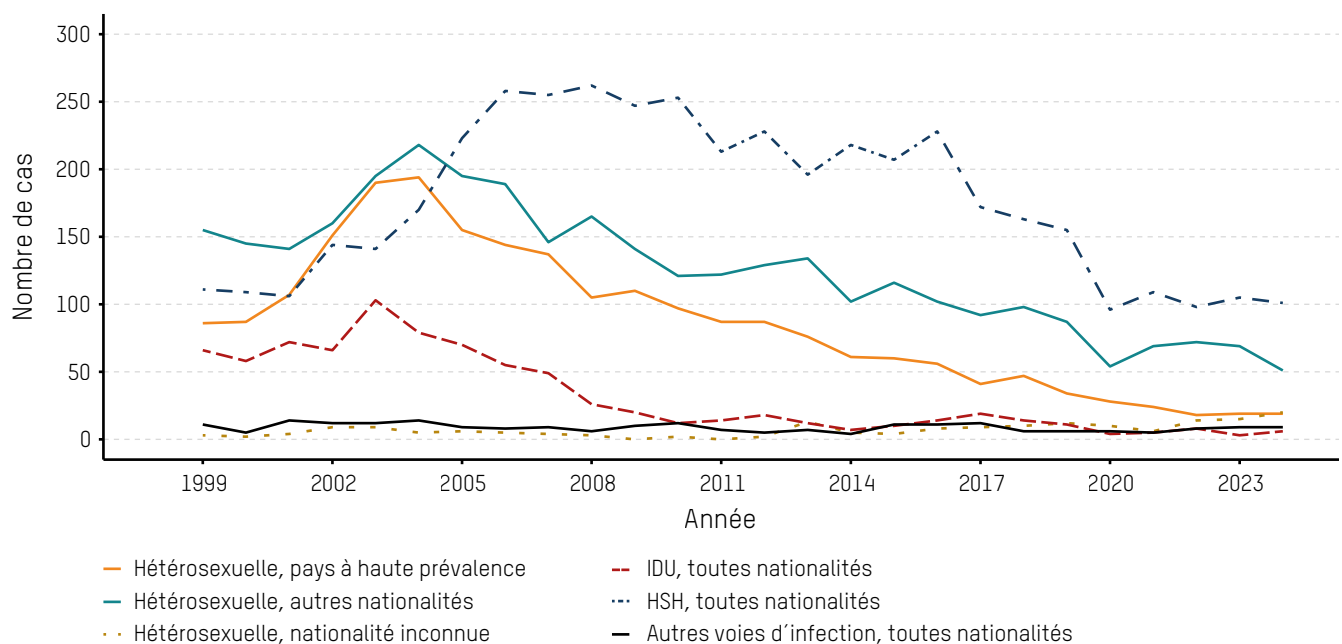
Selon les indications figurant sur les déclarations de VIH transmises par les médecins, les personnes de nationalité étrangère ayant contracté le VIH par voie hétérosexuelle se sont infectées bien plus souvent à l'étranger qu'en Suisse ou au Liechtenstein. Inversement, les personnes de nationalité suisse ou liechtensteinoise 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 80,8 % des cas chez les personnes de nationalité étrangère infectées à l'étranger, la nationalité indiquée corres-

pondait au pays d'infection présumé, lorsque ces deux informations figuraient sur la déclaration. Cela laisse supposer que ces personnes étaient déjà séropositives avant de s'établir en Suisse ou au Liechtenstein, ou ont principalement été infectées lors de voyages dans leur pays d'origine. 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 présumé de l'infection était souvent absente, ce qui limite la fiabilité de l'analyse.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

Parmi les femmes infectées par voie hétérosexuelle en 2024 dont la source de l'infection est connue, 72,7 % l'ont été par un partenaire connu, 18,2 % par un partenaire anonyme et 9,1 % lors de relations sexuelles tarifées (prostitution). Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 52,2 %, 21,7 % et

Figure 5
Cas de VIH¹, par voie d'infection et par nationalité. Répartition axée sur la prévention, 1999 – 2024



OFSP, état : 17.02.2025

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 VIH déclarés, par voie d'infection¹, nationalité et lieu présumé de l'infection, 2024

Voie d'infection	Nationalité	Lieu de l'infection						Total	
		Suisse/Liechtenstein		Étranger		Inconnue			
		N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	CH/FL	16	59,3	8	29,6	3	11,1	27	100,0
	Étranger	15	28,3	25	47,2	13	24,5	53	100,0
	Inconnu	8	38,1	5	23,8	8	38,1	21	100,0
Hétérosexuelle (masculin)	CH/FL	3	20,0	7	46,7	5	33,3	15	100,0
	Étranger	6	28,6	13	61,9	2	9,5	21	100,0
	Inconnu	2	16,7	2	16,7	8	66,7	12	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100,0
	Étranger	5	20,0	17	68,0	3	12,0	25	100,0
	Inconnu	5	50,0	5	50,0	0	0,0	10	100,0
Autre	CH/FL	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Étranger	2	16,7	9	75,0	1	8,3	12	100,0
	Inconnu	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Inconnue	CH/FL	4	30,8	0	0,0	9	69,2	13	100,0
	Étranger	3	9,4	21	65,6	8	25,0	32	100,0
	Inconnu	2	3,0	2	3,0	63	94,0	67	100,0
Total		76	23,9	117	36,8	125	39,3	318	100,0

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

OFSP, état: 17.02.2025

26,1 %. Compte tenu de la faible prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe en Suisse [6] et du nombre élevé d'infections contractées à l'étranger, certains de ces derniers cas pourraient être liés au tourisme sexuel. Chez les HSH, 43,6 % des infections dont la source est connue, proviennent d'un partenaire connu, 43,6 % d'un partenaire anonyme et 12,7 % de relations tarifées. L'absence de données pour environ deux tiers du total des cas limite toutefois la pertinence de l'analyse (tableau 5).

MOMENT DE L'INFECTION
Le moment de l'infection par le VIH n'est généralement pas connu. Une primo-infection (infection aiguë) permet toutefois de situer l'infection dans les semaines précédant le diagnostic (cf. remarque 3). En Suisse et au Liechtenstein, les infections survenues moins d'un an avant le diagnostic peuvent être détectées grâce à un test spécifique (« infection récente », cf. remarque 4). À l'inverse, un diagnostic « tardif » correspond à une infection avancée, avec des symptômes du sida attendus ou déjà présents.

En 2024, 4 hommes hétérosexuels (10,5 %, calculé sur les cas avec un indicateur du moment de l'infection connu), 4 femmes hétérosexuelles (12,9 %) et 21 HSH (25,9 %) ont reçu un diagnostic de primo-infection (tableau 6). Aucune femme infectée par voie hétérosexuelle n'a été identifiée avec une infection récente contre 5,3 % des hommes. Chez les HSH, ce pourcentage était de 6,2 %.

Comme les années précédentes, les diagnostics tardifs étaient plus fréquents lors de transmission hétérosexuelle

Tableau 5
Cas de VIH déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d'infection¹, 2024

Type de relation sexuelle	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	24	23,8	12	25,0	16	38,1	0	0,0	0	0,0	52	16,4
Partenaire anonyme	24	23,8	5	10,4	4	9,5	1	6,7	2	1,8	36	11,3
Relations sexuelles tarifées	7	6,9	6	12,5	2	4,8	0	0,0	2	1,8	17	5,3
Inconnu	46	45,5	25	52,1	20	47,6	14	93,3	108	96,4	213	67,0
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

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

OFSP, état: 17.02.2025

Tableau 6
Indicateurs relatifs au moment de l'infection selon la voie d'infection¹, 2024

Indicateur	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infection aiguë ²	21	20,8	4	8,3	4	9,5	0	0,0	7	6,2	36	11,3
Infection récente ³	5	5,0	2	4,2	0	0,0	0	0,0	1	0,9	8	2,5
Infection ancienne ⁴	41	40,6	13	27,1	17	40,5	3	20,0	27	24,1	101	31,8
Test tardif ⁵	14	13,9	19	39,6	10	23,8	4	26,7	12	10,7	59	18,6
Inconnu ⁶	20	19,8	10	20,8	11	26,2	8	53,3	65	58,0	114	35,8
Total	101	100,0	48	100,0	42	100,0	15	100,0	112	100,0	318	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

² Primo-infection avec symptômes précoces (souvent semblable à ceux de la grippe), quelques semaines après l'infection.

³ Infection par le VIH moins d'une année avant le diagnostic (avec l'immunoblot Inno-Lia, cf. remarque 4), sans critère de primo-infection.

⁴ Infection par le VIH plus d'une année avant le diagnostic (avec l'immunoblot Inno-Lia, cf. remarque 4), sans sida dans les trois mois.

⁵ Indication de stade CDC C sur la déclaration VIH ou diagnostic du VIH et sida en l'espace de trois mois.

⁶ Aucune information disponible ou concluante.

OFSP, état: 17.02.2025

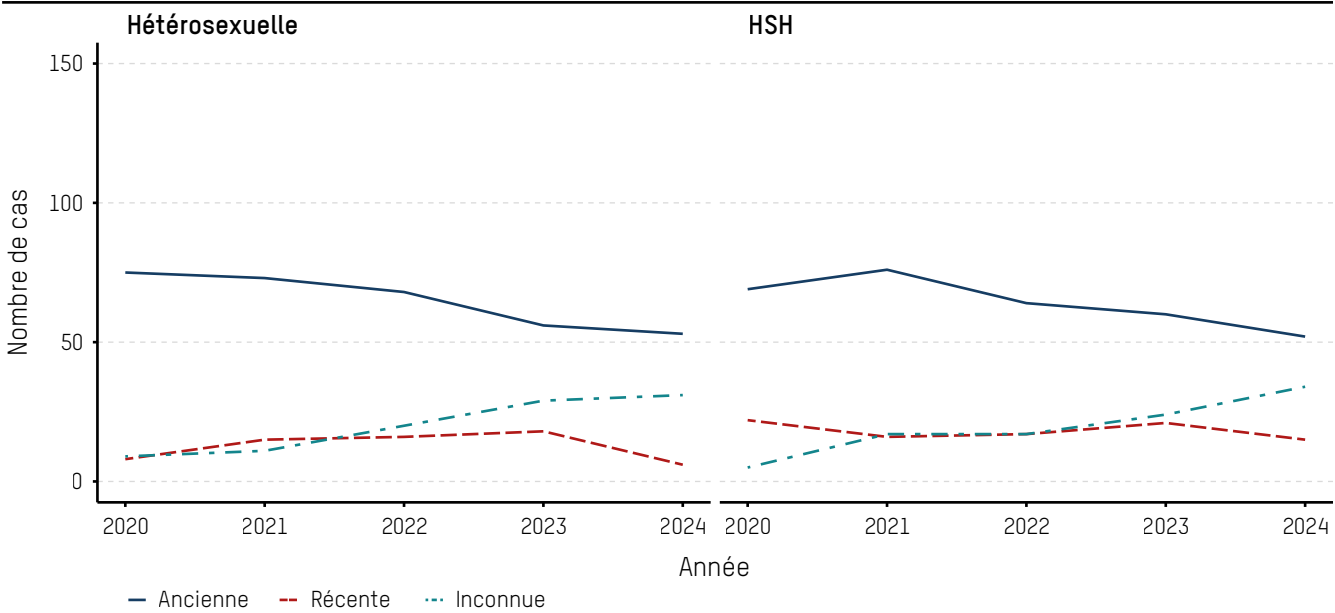
(hommes : 50,0 %, femmes : 32,3 %) que chez les HSH (17,3 %). L'ensemble des indicateurs du tableau 6 suggèrent que les infections par le VIH sont diagnostiquées plus tard chez les cas avec une transmission hétérosexuelle que chez ceux avec une transmission HSH, probablement parce que ces derniers sont plus conscients du risque et se font tester plus régulièrement (voir le chapitre « Surveillance des tests »).

Les infections chez les personnes originaires d'un PHP sont souvent supposées avoir été contractées dans leur pays d'origine. Une étude européenne montre toutefois que ce n'est pas le cas pour 45 % d'entre elles [7]. De plus, l'accès aux ressources médicales étant souvent limité dans ces pays, de nombreux immigrants infectés par le VIH peuvent ignorer leur statut. Les médecins peuvent améliorer la prévention et

accélérer les diagnostics dans cette population en Suisse, en lui proposant un test VIH, même en l'absence de suspicion directe (dépistage VIH à l'initiative du médecin *PICT* [8]).

Entre 2020 et 2024, le pourcentage moyen d'infections récentes différait selon les groupes : il s'élevait à 6,2 % chez les HSH et à moins de 2,2 % pour les personnes infectées par voie hétéro-

Figure 6
Infections par le VIH récentes et anciennes, selon la voie d'infection¹, 2020 – 2024



¹ HSH: rapports sexuels avec des hommes.

OFSP, état: 17.02.2025

sexuelle dont l'indicateur était connu. Ces dernières années, ce pourcentage a subi des variations significatives (figure 6), en partie dues à la précision limitée de la méthode utilisée pour différencier les infections récentes et anciennes (cf. remarque 4).

Lorsque la fréquence des tests est stable, une variation des infections récentes indique une évolution de l'incidence du VIH. Or, pour interpréter ces tendances, il faut disposer de données sur le nombre de tests réalisés. L'OFSP suit l'évolution des tests à partir des données des centres de dépistage suisses (VCT). Ces données indiquent une hausse continue des tests VIH, surtout chez les HSH (voir le chapitre « Surveillance des tests »). À une incidence constante, plus de tests entraînerait plus de diagnostics récents. La diminution des infections récentes observée chez les HSH indique donc probablement une baisse de l'incidence du VIH dans ce groupe.

CAS DE SIDA

Le nombre annuel de nouveaux cas de sida était de 60 à 70 durant les années précédant la pandémie du COVID-19. Selon des extrapolations tenant compte des délais de déclaration parfois longs (cf. remarque 5), une baisse du nombre de cas a été observée pendant la pandémie, qui s'est stabilisée à ce niveau les années suivantes (entre 40 et 43 cas annuels pour la période de 2020 à 2023 ; tableau 7).

En 2024, le nombre de cas de sida extrapolé a fortement augmenté pour atteindre 93 cas. Toutefois, les variations annuelles du nombre de cas selon la voie d'infection sont probablement d'origine statistique et ne reflètent pas nécessairement des tendances réelles. Cela semble tout particulièrement vrai pour 2024, avec quelques cas associés à une exposition particulièrement rare qui ont fourni des valeurs extrapolées exceptionnellement élevées. Le nombre de cas de sida extrapolé pour 2024 est très probablement fortement surestimé.

Dans plus de 98,4 % des cas, le VIH a été détecté moins d'un an avant le diagnostic du sida. Cela signifie que le dia-

Tableau 7
Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, selon la voie d'infection¹ et le sexe, 2019 – 2024 (corrigés des retards de déclaration)

Voie d'infection	Sexe	Année du diagnostic					
		2019	2020	2021	2022	2023	2024
HSH	Hommes	18	17	12	16	10	7
IDU	Hommes	3	2	0	1	0	0
	Femmes	0	1	0	1	0	10
Hétérosexuelle	Hommes	20	10	9	5	12	30
	Femmes	10	2	7	7	8	14
Autre	Hommes	16	8	9	9	9	30
	Femmes	3	3	3	4	4	2
Total		70	43	40	43	43	93
Dont déjà déclaré		70	43	40	43	39	37

OFSP, état : 17.02.2025

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

gnostic de VIH a été posé à un stade avancé de l'infection, et que l'administration des antirétroviraux n'a pas suffi à empêcher la progression vers le stade du sida.

SYNTHÈSE

Le nombre total de diagnostics de VIH en 2024 était plus bas qu'en 2023. Cette diminution doit être interprétée comme un retour à la tendance à la baisse observée avant la pandémie du COVID-19. En 2020, la pandémie a entraîné une baisse des tests de dépistage du VIH et probablement des modifications de comportement, de sorte que le nombre de déclarations de VIH a été inhabituellement bas, avec un rattrapage jusqu'en 2023. Le nombre de cas au cours de l'année sous revue était 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 vraisemblablement contribué à cette baisse.

73 % des cas étaient des hommes, dont l'incidence était environ trois fois plus élevée que celle des femmes. Comme les années précédentes, la voie d'infection la plus fréquente était les relations sexuelles entre hommes, chez les hommes, et les relations hétérosexuelles, chez les femmes. En 2024, comme ces dernières années, les infec-

tions liées à l'injection de drogues ne représentaient plus qu'une faible part des cas déclarés.

Quelle que soit leur nationalité, les HSH se sont plus souvent infectés en Suisse ou au Liechtenstein qu'à l'étranger. En revanche, les personnes étrangères infectées par voie hétérosexuelle ont principalement contracté le VIH à l'étranger ; dans plus des trois quarts des cas, le pays de l'infection correspondait à leur nationalité. Cette année, comme les deux années précédentes, en raison du conflit russo-ukrainien et de l'arrivée consécutive de réfugiés, le nombre de cas de nationalité européenne (hors Suisse) a fortement augmenté, particulièrement chez les femmes hétérosexuelles. En moyenne sur les cinq dernières années, les infections récentes ont été plus souvent diagnostiquées chez les HSH que chez des personnes infectées par voie hétérosexuelle. Cependant, le nombre des infections récentes chez les HSH suit une tendance à la baisse depuis six ans, suggérant une diminution de l'incidence dans ce groupe. Cette baisse coïncide avec une hausse parallèle de la fréquence des tests.

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

Rapport annuel 2024 et Portail d’information sur les maladies transmissibles : des chiffres légèrement différents pour le VIH et le sida

Le Portail d’information sur les maladies transmissibles de l’OFSP a été étoffé, fin août 2025, d’un nouveau thème relatif aux Infections sexuellement transmissibles (IST). Il fournit des informations épidémiologiques de base sur les six IST couvertes par le présent rapport annuel (VIH/sida, chlamydie, gonorrhée, syphilis, hépatite B et hépatite C). Ces données sont actualisées chaque mois.

Cette extension du Portail d’information aux IST a été l’occasion de standardiser la manière de sélectionner les cas à publier. Cette standardisation a une influence sur la manière :

- de déterminer le pays de domicile d’un cas ;
- de fixer la date du cas ;
- de sélectionner les déclarations pertinentes, lorsqu’il y a plusieurs déclarations de laboratoire ou cliniques pour le même cas.

Cette standardisation débouche globalement sur une baisse annuelle d’environ 3 % du nombre de cas.

L’ancienne méthode de sélection des cas de VIH/sida a été utilisée pour la dernière fois dans le présent rapport. La nouvelle méthode est utilisée dans le Portail d’information et sera désormais utilisée en routine pour toutes les analyses VIH/sida de l’OFSP, y compris rétroactivement depuis l’introduction de cette surveillance en 1983. Cette modification méthodologique ne touche pas les autres IST, qui utilisaient déjà la méthode standard.

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 des 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.

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 disponibles pour 80 % à 90 % des cas. Pour les cas sans DRC, il manquait donc des informations allant au-delà du sexe, de l’âge et du canton de résidence, notamment sur la voie d’infection, le lieu de l’infection et la nationalité.
2. Selon l’ONUSIDA et l’OMS, un pays est considéré comme à forte prévalence du VIH lorsque la prévalence 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, la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade et Trinidad et Tobago. L’ajout du Brésil, par exemple, tient compte du profil d’immigration de la Suisse.
3. 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.
4. 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.
5. En raison des retards de déclaration, seuls 60 % environ des cas de sida déclarés au cours d’une année donnée ont habituellement 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 [9].

Bibliographie

- ¹ OFSP (2013). Concept suisse de test VIH – récapitulatif actualisé. *OFSP-Bulletin*; 47:6–14
- ² Farmer GW, Blossnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- ³ Vlahov D & Galea S (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). Richtlinie des Bundesamtes für Gesundheit zur Durchführung des HIV-Tests in Privatpraxen, Ambulatorien, Notfallstationen und Spitälern. *OFSP-Bulletin*; 21:375–379
- ⁸ Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A, Zuure F, Barros H, 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 Rosenberg PS (1990). A simple correction of AIDS surveillance data for reporting delays. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 3(1):49–54

La chlamydie en Suisse et au Liechtenstein en 2024

En 2024, les laboratoires en Suisse et au Liechtenstein ont déclaré 12 793 cas de chlamydie à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Avec 142,1 cas pour 100 000 habitants, l'incidence de la chlamydie est restée stable par rapport à 2023 (142,0) et à l'année pré-pandémique 2019 (143,2). La tendance à l'augmentation des infections à chlamydia déclarées, observée depuis le début des années 2000, semble ralentir et ne concerne depuis 2016 plus que les hommes, bien que la majorité des cas continue d'être rapportée chez les femmes.

SITUATION ACTUELLE

Depuis 1988, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de chlamydie en Suisse et au Liechtenstein via le système de déclaration obligatoire. L'OFSP collecte les résultats positifs d'analyses de laboratoire incluant le sexe, la date de naissance et le canton de domicile de la personne

concernée. En raison du nombre élevé de cas, les déclarations de résultats d'analyses cliniques ne sont pas requises. Pour 2024, 12 793 cas ont été déclarés, soit une augmentation d'à peine 0,1 % par rapport à l'année précédente (incluant les déclarations tardives jusqu'au 17 février 2025).

RÉPARTITION PAR SEXE

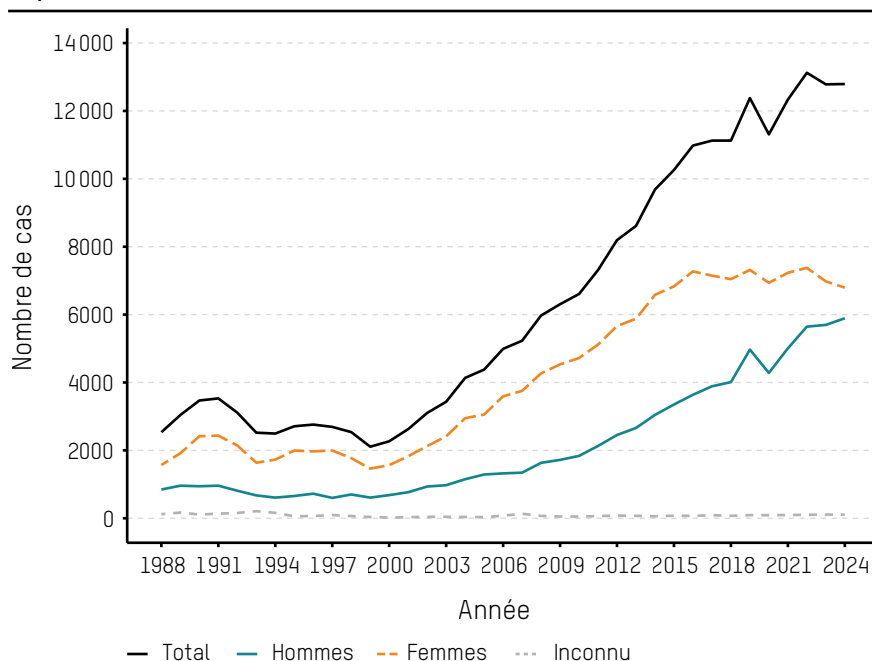
La majorité des cas de chlamydie concernait des femmes, bien que leur part dans le nombre total de cas ait diminué ces dernières années (2024 : 53,1 %). Depuis 2000, le nombre total de cas a été multiplié par 4,6 : par 3,3 chez les femmes et par 7,6 chez les hommes (figure 1). La chlamydie asymptomatique est détectée chez les femmes grâce à des tests fréquents effectués lors d'exams gynécologiques réguliers. Depuis 2016, les centres VCT suisses (« Voluntary Counselling and Testing ») testent également de plus en plus d'hommes (voir le chapitre « Surveillance des tests » dans ce même bulletin).

RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les cinq dernières années, l'âge médian des femmes diagnostiquées avec une chlamydie était de 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 chez les femmes 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.

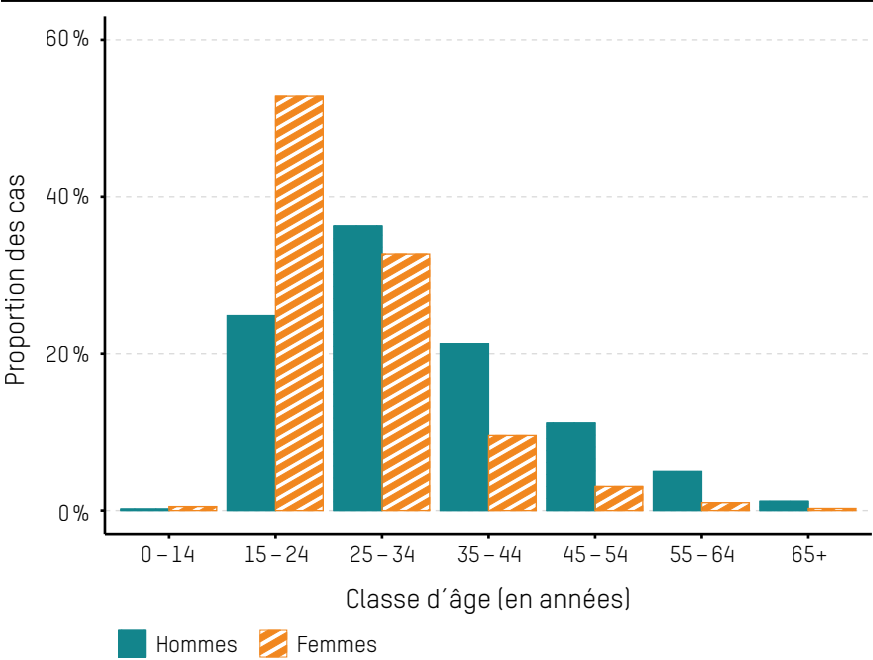
La plus forte incidence de la chlamydie chez les jeunes femmes s'explique par plusieurs facteurs. Durant les premières années de fertilité, le tractus génital féminin est plus vulnérable aux in-

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de chlamydie déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2024



OFSP, état : 17.02.2025

Figure 2
Distribution par sexe et âge des cas de chlamydie déclarés, 2020 – 2024
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 17.02.2025

fections à chlamydia en raison de l'expansion de l'épithélium du canal cervical vers l'exocol (ectopie du col de l'utérus) [1]. De plus, le système immunitaire développe une immunité partielle après une infection à chlamydia, mais les personnes ayant eu peu ou pas de rapports sexuels ne disposent pas encore de cette protection [2]. Enfin, le nombre moyen de partenaires sexuels, et donc le risque de contact avec les

chlamydias, est plus élevé à cet âge qu'aux périodes ultérieures de la vie [3].

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Pour l'ensemble de la Suisse et du Liechtenstein, et tous sexes confondus, l'incidence s'élevait en 2024 à 142,1 cas pour 100 000 habitants. Toutefois, d'importantes disparités régionales étaient observées (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 du pays. Une corrélation entre l'incidence et l'urbanisation est probable, car les zones urbaines offrent 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, en particulier pour les personnes appartenant aux minorités sexuelles [4, 5]. À l'inverse, les incidences les plus basses étaient observées dans les régions principalement rurales de la Suisse orientale et de la Suisse centrale.

SYNTHÈSE

En 2024, le nombre total de cas de chlamydie et l'incidence des infections à chlamydia diagnostiquées étaient identiques à ceux de l'année précédente et restaient similaires aux valeurs pré-pandémiques de 2019. Globalement, la hausse du nombre d'infections diagnostiquées, visible depuis le début du millénaire, semble ralentir. 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 diagnostiqués concernaient des femmes, et les groupes d'âge les plus jeunes restaient 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 la poursuite de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes après 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 suggèrent que l'augmentation des cas chez les hommes concernait 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

Tableau 1
Incidence des cas de chlamydie déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, 2020 – 2024

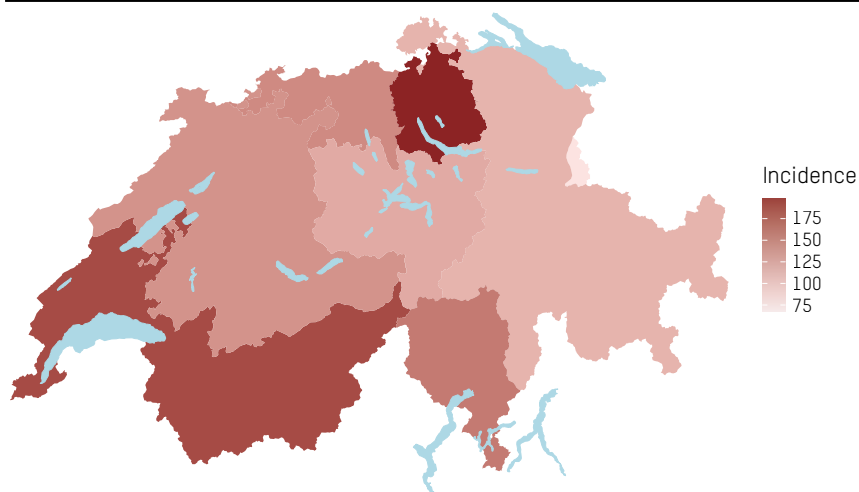
Grande région	Année du diagnostic				
	2020	2021	2022	2023	2024
Région lémanique	155,8	178,3	174,6	162,8	172,2
Espace Mittelland	110,2	115,2	125,1	123,3	122,4
Suisse du Nord-Ouest	120,8	135,9	136,1	132,0	128,2
Zurich	176,6	194,0	210,9	205,7	198,3
Suisse orientale	99,6	102,0	109,4	98,4	99,9
Suisse centrale	97,4	93,7	105,8	103,5	106,2
Tessin	119,4	118,4	140,4	139,2	138,7
Liechtenstein	79,4	84,0	95,8	95,0	67,5
Total Suisse et Liechtenstein	129,9	140,5	148,2	142,0	142,1

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

OFSP, état : 17.02.2025

Figure 3

Incidence des cas de chlamydie déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2024



OFSP, état: 17.02.2025

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

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	Cantons/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 des 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

- Buttram VC, Reiter RC (1981). Uterine Leiomyomata: Etiology, Symptomatology, and Management. *Fertil Steril*; 36(4):433–445
- Batteiger BE, Xu F, Johnson RE, Rekart M (2010). Protective Immunity to Chlamydia trachomatis Genital Infection: Evidence from Human Studies. *J Infect Dis*; 201(S2):178–189
- Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*; 382(9907):1781–1794
- Farmer GW, Blosnich JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- 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 2024

En 2024, les laboratoires et les médecins de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré à l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) 6805 cas de gonorrhée. Avec 75,6 cas pour 100 000 personnes, l’incidence de la gonorrhée était plus élevée en 2024 que les années précédentes et nettement supérieure au niveau prépandémique de 2019. Cette augmentation s’explique en grande partie par l’extension des dépistages.

SITUATION ACTUELLE

Depuis 1988, l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les cas de gonorrhée via le système de déclaration obligatoire. En 2024, les laboratoires et les médecins de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré 6805 cas de gonorrhée (y compris les déclarations tardives jusqu’au 17 février 2025), soit une hausse de 11,6 % par rapport à l’année précédente.

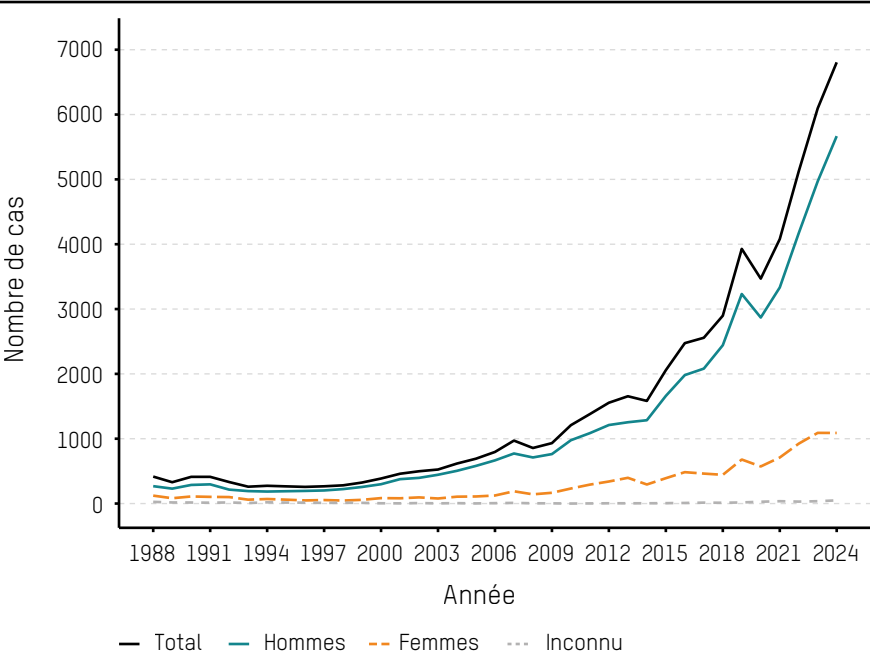
RÉPARTITION PAR SEXE

Depuis 2001, le nombre de cas a été multiplié par 13,8. La grande majorité concernait des hommes (2024 : 83,3 %), une proportion en hausse continue (figure 1). 18 cas ont été déclarés chez des femmes trans (identité de genre féminine, sexe de naissance masculin), 3 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 hommes infectés par *Neisseria gonorrhoeae* lors de rapports sexuels avec des hommes (HSH), l’âge médian, établi sur les cinq dernières années, était de 35 ans : la moitié avait moins de 35 ans et l’autre moitié plus de 35 ans. Avec un âge médian de 31 ans, les hommes infectés par voie hétérosexuelle étaient plus jeunes que les HSH. Mais la tranche d’âge la plus touchée, les 25 à 34 ans, était la même pour les deux groupes (figure 2). L’âge médian des cas chez les femmes était encore plus bas (26 ans), avec le plus de cas dans la tranche d’âge des 15 à 24 ans.

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de gonorrhée déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2024



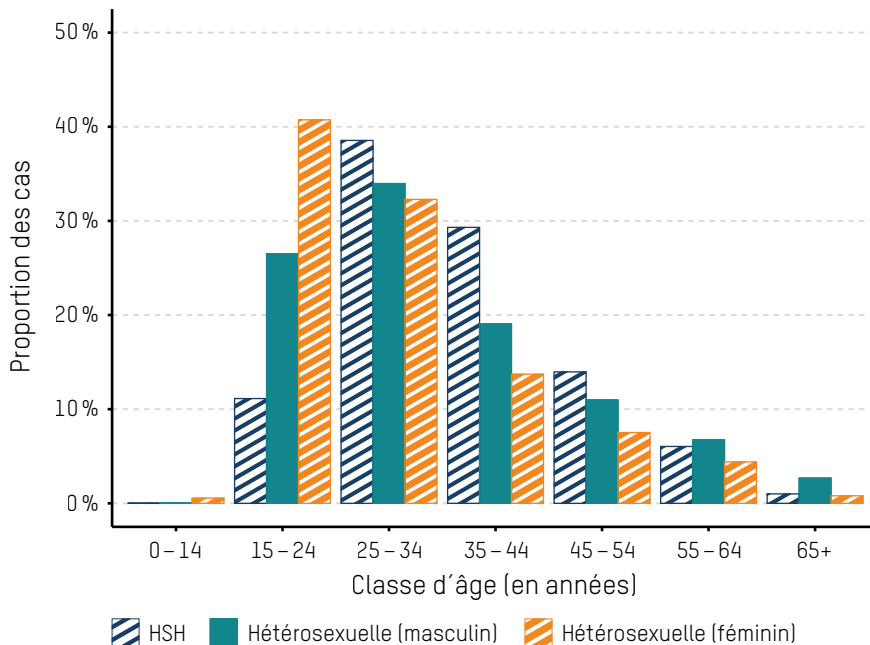
RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

En 2024, l’incidence de la gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein était de 75,6 cas pour 100 000 personnes. Toutefois, d’importantes disparités régionales étaient observées (tableau 1, figure 3). Les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich et la région lémanique, où se trouvent les plus grandes villes du pays. En milieu urbain, l’accès au diagnostic médical est plus facile, tout comme l’accès à des relations sexuelles tarifées et, de manière générale, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, notamment parmi les minorités sexuelles [1, 2]. À l’inverse, l’incidence était nettement plus basse dans les régions plus rurales de Suisse et au Liechtenstein.

OFSP, état : 17.02.2025

Figure 2

Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de gonorrhée déclarés, 2020 – 2024 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)

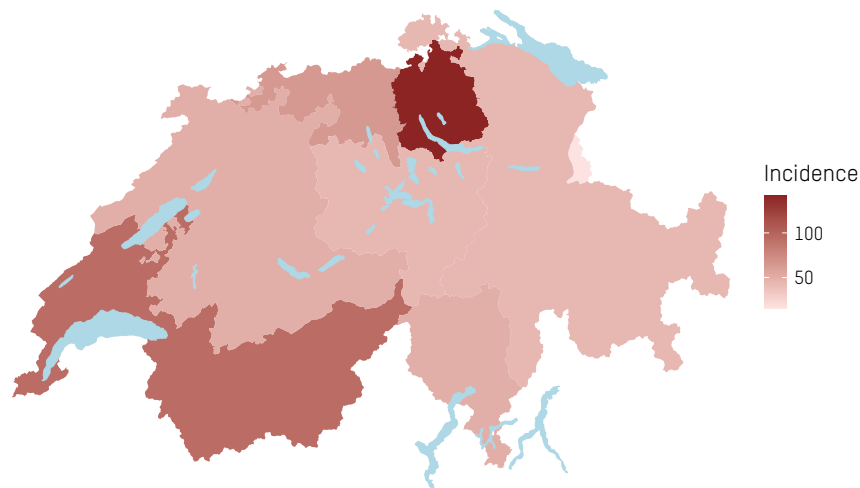


OFSP, état: 17.02.2025

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes.

Figure 3

Incidence des cas de gonorrhée déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2024



OFSP, état: 17.02.2025

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

VOIE D'INFECTION

Sur les 6805 cas de gonorrhée en 2024, 2053 (30,2 % ; tableau 2) avaient une voie d'infection inconnue. Parmi les autres, 58,3 % s'étaient infectés lors de rapports sexuels entre hommes, 26,2 % lors de relations hétérosexuelles avec une femme, 14,9 % lors de relations hétérosexuelles avec un homme et 0,3 % lors de relations sexuelles entre femmes.

Les femmes représentaient 36,2 % des infections d'origine hétérosexuelle, un pourcentage en hausse depuis 2015, période marquée par une augmentation du dépistage chez les travailleuses du sexe, notamment dans le cadre du STAR-trial [3]. Chez les hommes dont la voie d'infection était connue, 68,8 % étaient des HSH. Comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne représentent qu'environ 3 % de la population masculine sexuellement active [4], ils sont donc particulièrement touchés par la gonorrhée. Leur forte présence dans la grande région de Zurich [4] explique également pourquoi l'incidence des cas y est particulièrement élevée (tableau 2). Au cours des cinq dernières années, on observe une tendance modérée à l'augmentation du nombre de cas infectés par voie hétérosexuelle (figure 4), surtout chez les hommes. En revanche, le nombre de HSH a fortement progressé après le creux de 2020.

NATIONALITÉ

Parmi les cas de gonorrhée déclarés en 2024 avec une nationalité connue (61,1 % du total des cas), 67,3 % étaient des Suisses ou des Liechtensteinois. Ce pourcentage est un peu inférieur à la proportion de citoyens suisses dans la population résidente (73 %) [5]. La part des personnes de nationalité suisse ou liechtensteinoise variait selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3). Elle atteignait 64,6 % chez les HSH et, chez les cas infectés par voie hétérosexuelle, 73,5 % chez les hommes et 66,2 % chez les femmes. Le pourcentage relativement élevé de femmes originaires d'Amérique (3,6 %) et d'Europe hors Suisse et Liechtenstein (26,0 %) suggère une plus forte exposition des travailleuses du sexe. La gonorrhée est en effet bien plus fréquente

Tableau 1
Incidence des cas de gonorrhée déclarés pour 100 000 personnes,
par grande région¹ et année du diagnostic, 2020 – 2024

Grande région	Année du diagnostic				
	2020	2021	2022	2023	2024
Région lémanique	46,7	67,7	80,6	95,4	95,2
Espace Mittelland	26,8	29,1	38,0	46,2	49,7
Suisse du Nord-Ouest	32,4	38,2	45,1	51,6	64,3
Zurich	82,1	84,9	105,7	122,0	141,8
Suisse orientale	19,1	21,5	30,4	33,0	44,8
Suisse centrale	27,2	28,1	35,9	44,4	44,8
Tessin	17,7	27,0	36,2	42,5	49,8
Liechtenstein	10,2	12,7	25,2	25,0	15,0
Total Suisse et Liechtenstein	39,8	46,5	57,9	67,7	75,6

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

OFSP, état : 17.02.2025

dans ce groupe que dans le reste de la population féminine, et la majorité des femmes travaillant dans ce secteur en Suisse sont originaires d’Amérique latine et d’Europe de l’Est [3].

LIEU DE L’INFECTION
La majorité des gonorrhées ont été contractées en Suisse et au Liechtenstein (tableau 4). Chez les personnes de nationalité suisse ou liechtensteinoise dont le lieu de l’infection était précisé, ce pourcentage atteignait 90,1 % chez les HSH et 88,0 % chez celles infectées par voie hétérosexuelle. Cependant, dans le formulaire de déclaration, l’information sur le lieu de l’infection était

Tableau 2
Cas de gonorrhée déclarés, par voie d’infection¹ et grande région², 2024

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	593	35,9	316	32,7	256	32,5	1302	57,2	136	24,5	127	33,2	41	23,0	1	16,7	0	Na	2772	40,7
Hétérosexuelle (masculin)	157	9,5	190	19,6	162	20,6	371	16,3	188	33,9	134	35,0	41	23,0	2	33,3	0	Na	1245	18,3
Hétérosexuelle (féminin)	137	8,3	100	10,3	90	11,4	193	8,5	95	17,1	57	14,9	32	18,0	2	33,3	0	Na	706	10,4
Autre	6	0,4	3	0,3	8	1,0	6	0,3	2	0,4	4	1,0	0	0,0	0	0,0	0	Na	29	0,4
Inconnue	759	45,9	358	37,0	272	34,5	404	17,8	134	24,1	61	15,9	64	36,0	1	16,7	0	Na	2053	30,2
Total	1652	100,0	967	100,0	788	100,0	2276	100,0	555	100,0	383	100,0	178	100,0	6	100,0	0	100,0	6805	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 : 17.02.2025

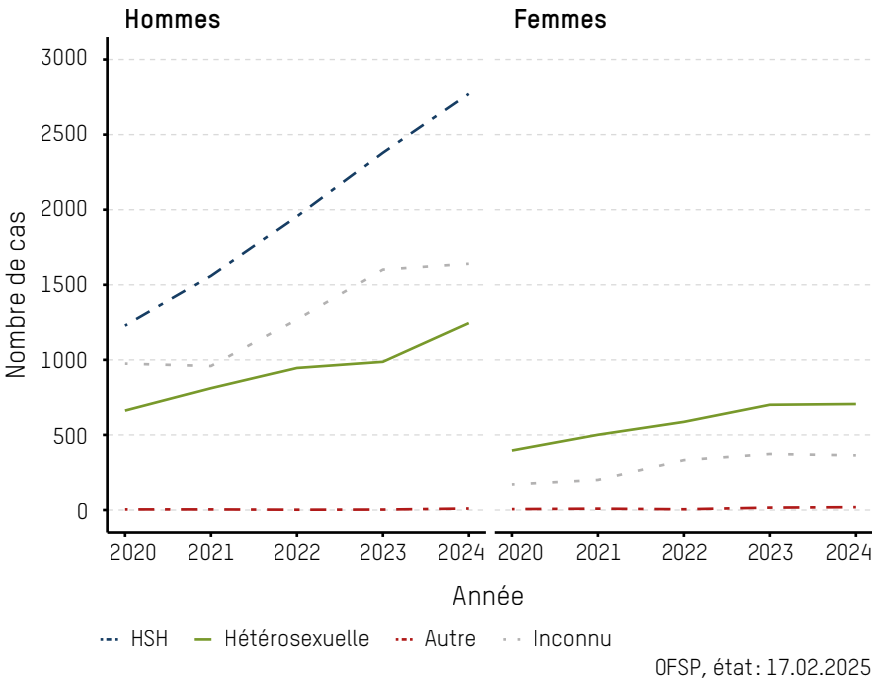
Tableau 3
Cas de gonorrhée déclarés, par nationalité (continent) et voie d’infection¹, 2024

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	1463	52,8	684	54,9	372	52,7	21	72,4	256	12,5	2796	41,1
Europe hors CH et FL	553	19,9	171	13,7	146	20,7	3	10,3	82	4,0	955	14,0
Afrique	29	1,0	33	2,7	13	1,8	1	3,4	13	0,6	89	1,3
Amérique	167	6,0	12	1,0	20	2,8	0	0,0	12	0,6	211	3,1
Asie	46	1,7	30	2,4	11	1,6	1	3,4	9	0,4	97	1,4
Océanie	7	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1
Inconnue	507	18,3	315	25,3	144	20,4	3	10,3	1681	81,9	2650	38,9
Total	2772	100,0	1245	100,0	706	100,0	29	100,0	2053	100,0	6805	100,0

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

OFSP, état : 17.02.2025

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas de gonorrhée déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2020 – 2024



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

souvent manquante pour certains groupes (jusqu'à un quart des cas), limitant ainsi la fiabilité de l'analyse.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

Chez les hommes avec une gonorrhée, il reste difficile d'obtenir des informations précises sur le type de relation sexuelle avec le partenaire présumé contagieux. Cette information manquait pour 33,9 % des HSH et 21,1 % des hommes infectés par voie hétérosexuelle. Parmi les cas avec cette information, 83,6 % des cas féminins avec une transmission hétérosexuelle avaient été infectées par un partenaire connu, 10,1 % par un partenaire anonyme et 6,3 % lors de rapports sexuels tarifés. Les rapports sexuels anonymes (34,2 %) et tarifés (10,0 %) étaient plus fortement représentés chez les cas masculins avec transmission hétérosexuelle. Chez les HSH, le partenaire était moins souvent connu (48,8 %) que chez les autres cas masculins (55,8 %), et les relations sexuelles tarifées (2,1 %) ne constituaient pas un risque significatif d'infection de gonorrhée dans ce groupe (tableau 5).

Tableau 4
Cas de gonorrhée déclarés, par voie d'infection¹, nationalité et lieu présumé de l'infection, 2024

Voie d'infection	Nationalité	Lieu de l'infection						Total	
		Suisse/Liechtenstein		Étranger		Inconnue		N	%
		N	%	N	%	N	%		
HSH	CH/FL	943	64,5	129	8,8	391	26,7	1463	100,0
	Étranger	462	57,6	112	14,0	228	28,4	802	100,0
	Inconnu	250	49,3	29	5,7	228	45,0	507	100,0
Hétérosexuelle (masculin)	CH/FL	485	70,9	66	9,6	133	19,4	684	100,0
	Étranger	159	64,6	36	14,6	51	20,7	246	100,0
	Inconnu	220	69,8	25	7,9	70	22,2	315	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	287	77,2	20	5,4	65	17,5	372	100,0
	Étranger	137	72,1	12	6,3	41	21,6	190	100,0
	Inconnu	100	69,4	8	5,6	36	25,0	144	100,0
Autre	CH/FL	14	66,7	1	4,8	6	28,6	21	100,0
	Étranger	2	40,0	1	20,0	2	40,0	5	100,0
	Inconnu	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Inconnue	CH/FL	105	41,0	11	4,3	140	54,7	256	100,0
	Étranger	43	37,1	3	2,6	70	60,3	116	100,0
	Inconnu	39	2,3	4	0,2	1638	97,4	1681	100,0
Total		3249	47,7	457	6,7	3099	45,5	6805	100,0

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

OFSP, état : 17.02.2025

Tableau 5
Cas de gonorrhée déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d'infection¹, 2024

Type de relation sexuelle	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	893	32,2	548	44,0	503	71,2	19	65,5	63	3,1	2026	29,8
Partenaire anonyme	899	32,4	336	27,0	61	8,6	3	10,3	50	2,4	1349	19,8
Relations sexuelles tarifées	39	1,4	98	7,9	38	5,4	3	10,3	17	0,8	195	2,9
Inconnu	941	33,9	263	21,1	104	14,7	4	13,8	1923	93,7	3235	47,5
Total	2772	100,0	1245	100,0	706	100,0	29	100,0	2053	100,0	6805	100,0

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

OFSP, état : 17.02.2025

Les données existantes soulignent le rôle non négligeable des relations sexuelles tarifées dans la transmission hétérosexuelle, surtout chez les hommes. Ces pratiques sont probablement sous-déclarées dans les formulaires en raison de la stigmatisation sociale. Parler de sexe tarifé, tout comme d'homosexualité, demeure un sujet tabou, y compris dans le milieu médical [6, 7].

RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

Selon les données du Centre suisse de surveillance de la résistance aux antibiotiques ANRESIS, la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux céphalosporines orales, aux quinolones (70 % en 2024) et à l'azithromycine (21 %) est en augmentation (données de résistance Médecine humaine – ANRESIS).

La ceftriaxone reste le seul antibiotique de première ligne et ne devrait être prescrite qu'à des doses élevées afin de prévenir le développement de résistances (cf. [guidelines SSI](#)).

SYNTHÈSE

Observée depuis plusieurs années, l'augmentation de l'incidence des cas de gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein s'est poursuivie en 2024, après une baisse temporaire en 2020 liée à la pandémie du COVID-19. Des disparités régionales étaient néanmoins présentes. La grande majorité des cas étaient des hommes, dont environ 70 % de HSH lorsque l'exposition était connue. Probablement sous-déclaré, le rôle des relations hétérosexuelles tarifées n'est pas à négliger dans la lutte contre la transmission de la gonorrhée chez les hommes. L'augmentation des

cas de gonorrhée en Suisse et au Liechtenstein est essentiellement attribuable à l'accroissement du nombre de tests de laboratoire pour la gonorrhée.

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, 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

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 (2024). Evolution des données démographiques, de 1950 à 2023

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

⁷ Gerheim U (2012). *Die Produktion des Freiens. 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
LI0	Liechtenstein	FL

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

La syphilis en Suisse et au Liechtenstein en 2024

En 2024, les médecins et les laboratoires de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré 1042 cas de syphilis à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Selon le médecin, 776 d'entre eux remontaient à moins d'un an au moment du diagnostic (syphilis précoce). Avec 11,6 cas pour 100 000 personnes, l'incidence de l'ensemble des cas était inférieure au maximum de 2023 et même à celle de 2019, juste avant et après la baisse des déclarations observée durant la pandémie du COVID-19. L'incidence de la syphilis précoce (8,6 cas pour 100 000 personnes) était elle aussi en recul après le pic de 2022 (9,7/100 000). Les personnes touchées sont principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).

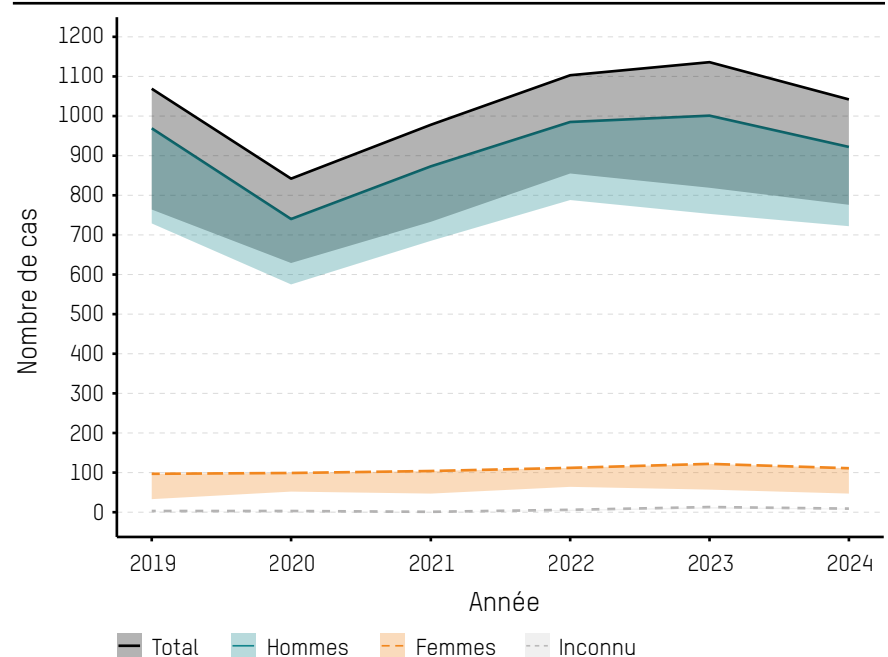
DÉFINITION DE CAS ET SITUATION ACTUELLE

En Suisse et au Liechtenstein, la syphilis fait l'objet d'une surveillance au moyen du 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 lors, les chiffres s'appuient exclusivement sur les données fournies par la déclaration clinique des médecins, les résultats détaillés des diagnostics de laboratoire n'étant plus disponibles pour l'évaluation des cas. 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. Ces changements dans la surveillance de 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 d'après l'estimation du médecin déclarant (stade primaire, secondaire ou de latence pré-

cocce; ci-après « syphilis précoce »), conformément à la définition de cas du Centre Européen de Prévention et de Contrôle des maladies (ECDC).

Pour 2024, les médecins ont déclaré à l'OFSP 1042 nouveaux cas de syphilis (déclarations tardives prises en considération jusqu'au 17 février 2025), ce qui

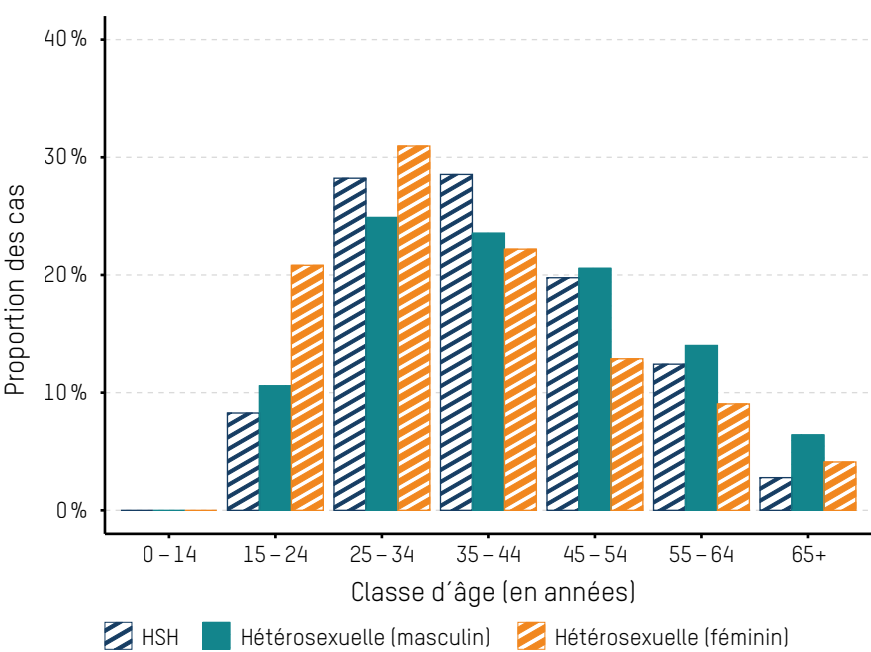
Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis déclarés par sexe, 2019 – 2024



OFSP, état : 17.02.2025

Courbes : diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections (d'après l'évaluation des médecins déclarants). Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante : cas de syphilis précoce, sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).

Figure 2
Distribution par voie d'infection¹, sexe et âge des cas de syphilis déclarés, 2020 – 2024 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 17.02.2025

¹ HSH : rapports sexuels entre hommes, y compris 21 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.

correspond à une diminution de 8,3 % par rapport aux 1136 cas de l'année précédente. 776 d'entre eux étaient des cas de syphilis précoce, soit 5,3 % de moins que l'année précédente.

RÉPARTITION PAR SEXE
La majorité des cas de syphilis déclarés en 2024 étaient des hommes (89,3 % des cas dont le sexe était connu), pourcentage stable depuis 2011 ; 10 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 un des personnes avec VDS (variation du développement sexuel [intersexe]).

La diminution du nombre de cas observée en 2024 par rapport à 2023 concernait les hommes comme les femmes et cela aussi bien pour le total des cas que pour les cas de syphilis précoce (définition de cas de l'ECDC ; bord inférieur de la zone ombrée grise sur la figure 1).

RÉPARTITION PAR ÂGE
Au moment du diagnostic, l'âge médian des HSH 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. Les hommes infectés par voie hétérosexuelle avaient un âge médian (40 ans) similaire à celui des HSH, mais supérieur à celui des femmes (34 ans). La classe d'âge la plus touchée était celle des 25 à 34 ans pour ces trois groupes (figure 2).

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE
Pour l'ensemble de la Suisse et du Liechtenstein, l'incidence des cas de syphilis s'élevait en 2024 à 11,6 pour 100 000 personnes pour le total des cas et à 8,6 pour 100 000 pour la syphilis précoce. On observait toutefois d'im-

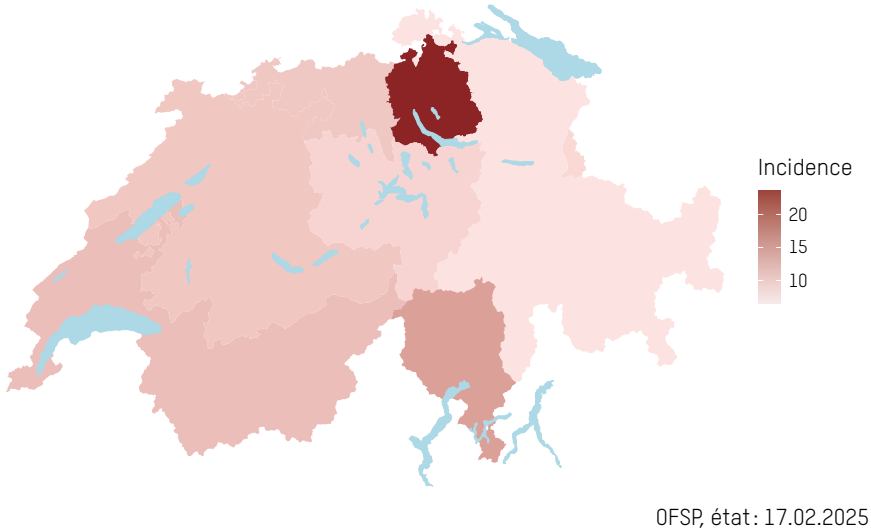
Tableau 1
Incidence des cas de syphilis déclarés pour 100 000 personnes, par grande région¹ et année du diagnostic, respectivement pour le total des cas et les cas de syphilis précoce², 2020 – 2024

Grande région	Année du diagnostic									
	2020		2021		2022		2023		2024	
	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce	Total	Précoce
Région lémanique	17,0	11,2	18,7	12,9	18,5	13,5	18,0	11,8	9,8	6,8
Espace Mittelland	5,1	3,6	5,7	3,2	7,5	5,6	9,3	6,1	9,0	6,2
Suisse du Nord-Ouest	7,1	5,6	7,5	6,0	8,6	6,8	9,6	7,0	9,0	6,4
Zurich	16,5	13,6	19,2	16,0	20,9	17,4	19,9	15,9	23,7	19,9
Suisse orientale	4,2	3,0	7,5	6,1	7,7	5,3	7,1	5,4	6,5	4,3
Suisse centrale	5,2	4,5	5,4	4,7	8,6	7,5	7,0	6,0	8,0	6,9
Tessin	7,1	6,3	7,7	5,4	10,2	8,2	12,6	9,2	12,6	7,0
Liechtenstein	5,1	5,1	5,1	5,1	15,1	12,6	10,0	10,0	7,5	7,5
Total Suisse et Liechtenstein	9,7	7,2	11,1	8,4	12,5	9,7	12,6	9,1	11,6	8,6

¹ Pour la définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe. OFSP, état : 17.02.2025

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

Figure 3
Taux d'incidence des cas de syphilis déclarés (tous stades confondus) pour 100 000 personnes, par grande région¹, 2024



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

portantes disparités entre les régions (tableau 1, figure 3). Pour le total des cas et ceux de syphilis précoce, les incidences les plus élevées concernaient la grande région de Zurich, plus grand centre urbain de Suisse. En revanche, la région lémanique, autre grand pôle urbain de Suisse, a enregistré un fort recul des incidences. 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 de syphilis précoce, l'incidence s'élevait en 2023 à 9,9 pour 100 000 personnes dans l'Espace économique européen (EEE), à 4,3 en Italie, à 10,8 en Allemagne et à 22,0 en Espagne (données non disponibles pour la France et l'Autriche) [4].

VOIE D'INFECTION

En 2024, 1000 cas de syphilis (96,0 % 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 41 cas (3,9 %).

Lorsque le sexe du cas et du partenaire était connu, les rapports sexuels entre hommes constituaient la majorité des voies d'infection, suivis de loin par les rapports hétérosexuels chez les hommes puis par les rapports sexuels chez les femmes (tableau 2).

Les femmes constituaient 32,4 % des cas infectés par voie hétérosexuelle. Ce pourcentage est passé d'environ 24,0 % avant 2015 à environ 35,0 % après, à la suite de l'intensification du dépistage chez les travailleuses du sexe en Suisse [5]. Chez les hommes, 80,7 % des infections découlaient de 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]. Les HSH sont donc particulièrement touchés par la syphilis. Il y a 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 (tableau 2) et l'incidence (figure 3) y sont particulièrement élevés.

Tableau 2
Cas de syphilis déclarés, par voie d'infection¹ et grande région², 2024

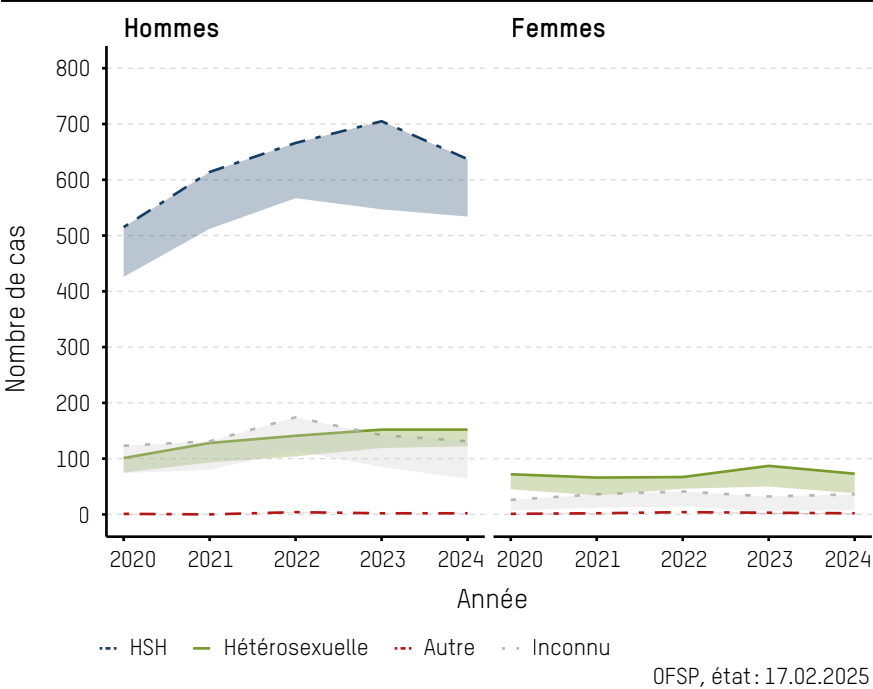
Voie d'infection	Grande région																		Total	
	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechtenstein		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	93	54,4	98	55,7	65	59,1	272	71,6	44	54,3	44	64,7	15	33,3	2	66,7	4	50,0	637	61,1
Hétérosexuelle (masculin)	28	16,4	30	17,0	22	20,0	39	10,3	14	17,3	10	14,7	9	20,0	0	0,0	0	0,0	152	14,6
Hétérosexuelle (féminin)	19	11,1	13	7,4	3	2,7	18	4,7	6	7,4	6	8,8	6	13,3	0	0,0	2	25,0	73	7,0
Autre	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	4	0,4
Inconnue	31	18,1	34	19,3	20	18,2	49	12,9	17	21,0	8	11,8	14	31,1	1	33,3	2	25,0	176	16,9
Total	171	100,0	176	100,0	110	100,0	380	100,0	81	100,0	68	100,0	45	100,0	3	100,0	8	100,0	1042	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 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 (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes ;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu.

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

OFSP, état : 17.02.2025

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2020 – 2024



Courbes : diagnostics de syphilis, nouvelles infections ou réinfections (d'après l'évaluation des médecins déclarants). **Bord inférieur de la zone ombrée colorée correspondante :** cas de syphilis précoce, sur la base de la définition de cas de l'UE (ECDC).

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 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 (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes;
Inconnue: y compris les cas sans déclaration clinique.

Au cours des cinq dernières années, la tendance chez les HSH est, après un fort creux en 2020 dû au COVID-19, à l'augmentation du nombre de cas jusqu'en 2023, suivie par une baisse en 2024 (figure 4). La même tendance est obser-

vée pour les hommes hétérosexuels, mais avec simplement une stabilisation du nombre de cas en 2024. La tendance sur cinq ans est stable chez les femmes infectées par voie hétérosexuelle. Un cas de transmission de la mère à l'enfant (syphilis congénitale) a été rapporté en 2024, de sorte qu'il y a eu en Suisse ces dix dernières années au total 10 cas de syphilis néonatale déclarés. Aucun cas d'« avortement dû à une infection par la syphilis » n'a été déclaré en 2024.

NATIONALITÉ

La nationalité de 74,1 % des cas de syphilis déclarés en 2024 était connue dont 59,6 % d'entre eux étaient Suisses ou Liechtensteinois. Ce pourcentage variait cependant selon le sexe et la voie d'infection (tableau 3): il était de 33,3 % pour les femmes infectées par voie hétérosexuelle, de 63,1 % pour les hommes hétérosexuels et de 63,1 % pour les HSH. Le pourcentage relativement élevé de femmes originaires d'Amérique latine et d'Europe de l'Est et du Sud indique indirectement que les travailleuses du sexe sont particulièrement touchées.

LIEU DE L'INFECTION

Le lieu présumé de l'infection (Suisse ou Liechtenstein par opposition à étranger) n'était connu que pour 652 des 1042 cas déclarés (62,6 %; tableau 4). Cela limite la fiabilité des conclusions de l'analyse. Les statistiques suivantes n'in-

Tableau 3
Cas de syphilis déclarés, par nationalité (continent) et voie d'infection¹, 2024

Nationalité	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	310	48,7	70	46,1	17	23,3	1	25,0	62	35,2	460	44,1
Europe hors CH et FL	119	18,7	29	19,1	20	27,4	1	25,0	30	17,0	199	19,1
Afrique	7	1,1	7	4,6	2	2,7	0	0,0	1	0,6	17	1,6
Amérique	41	6,4	2	1,3	12	16,4	1	25,0	10	5,7	66	6,3
Asie	12	1,9	3	2,0	0	0,0	0	0,0	13	7,4	28	2,7
Océanie	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Inconnue	146	22,9	41	27,0	22	30,1	1	25,0	60	34,1	270	25,9
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0	1042	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 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 (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu.

cluent que les cas avec un lieu d'infection connu. La majorité des infections ont été contractées en Suisse (78,7 % ; tableau 4). 86,6 % des cas de nationalité suisse ou liechtensteinoise avec une voie d'infection HSH se sont infectés en Suisse. Il en va de même pour 69,1 % des hommes et 90,0 % des femmes avec une voie d'infection hétéro-

sexuelle. Le pourcentage relativement élevé d'expositions hétérosexuelles à l'étranger pourrait refléter le tourisme sexuel.

TYPE DE RELATION SEXUELLE

En 2024, l'information sur le type de relation sexuelle des cas masculins avec le partenaire présumé contagieux man-

quait plus souvent en cas d'exposition HSH (31,9 %) qu'hétérosexuelle (18,4 % ; tableau 5). Parmi les cas avec cette information, 72,2 % des femmes hétérosexuelles ont été infectées par un partenaire connu, 13,0 % par un partenaire anonyme et 14,8 % lors de relations sexuelles tarifées. En cas d'exposition hétérosexuelle, les contacts

Tableau 4
Cas de syphilis déclarés, par voie d'infection¹, nationalité et lieu présumé de l'infection, 2024

Voie d'infection	Nationalité	Lieu de l'infection						Total	
		Suisse/Liechtenstein		Étranger		Inconnue			
		N	%	N	%	N	%	N	%
HSH	CH/FL	194	62,6	30	9,7	86	27,7	310	100,0
	Étranger	96	51,3	29	15,5	62	33,2	187	100,0
	Inconnu	84	60,0	12	8,6	44	31,4	140	100,0
Hétérosexuelle (masculin)	CH/FL	38	54,3	17	24,3	15	21,4	70	100,0
	Étranger	20	47,6	11	26,2	11	26,2	42	100,0
	Inconnu	21	52,5	11	27,5	8	20,0	40	100,0
Hétérosexuelle (féminin)	CH/FL	9	52,9	1	5,9	7	41,2	17	100,0
	Étranger	17	50,0	6	17,6	11	32,4	34	100,0
	Inconnu	11	50,0	4	18,2	7	31,8	22	100,0
Autre	CH/FL	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
	Étranger	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Inconnu	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Inconnue	CH/FL	10	16,1	3	4,8	49	79,0	62	100,0
	Étranger	6	10,3	10	17,2	42	72,4	58	100,0
	Inconnu	4	7,1	5	8,9	47	83,9	56	100,0
Total		513	49,2	139	13,3	390	37,4	1042	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes ; OFSP, état: 17.02.2025
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu.

Tableau 5
Cas de syphilis déclarés, par type de relation sexuelle avec le partenaire infectieux présumé et voie d'infection¹, 2024

Type de relation sexuelle	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Partenaire connu	177	27,8	55	36,2	39	53,4	1	25,0	8	4,5	280	26,9
Partenaire anonyme	243	38,1	52	34,2	7	9,6	2	50,0	10	5,7	314	30,1
Relations sexuelles tarifées	14	2,2	17	11,2	8	11,0	0	0,0	4	2,3	43	4,1
Inconnu	203	31,9	28	18,4	19	26,0	1	25,0	154	87,5	405	38,9
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0	1042	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes ; OFSP, état: 17.02.2025
Autre: voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes;
Inconnue: y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu.

Tableau 6
Cas de syphilis déclarés, par stade clinique et voie d'infection¹, 2024

Stade clinique	Voie d'infection										Total	
	HSH		Hétérosexuelle (masculin)		Hétérosexuelle (féminin)		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaire	237	37,2	83	54,6	21	28,8	2	50,0	49	27,8	392	37,6
Secondaire	138	21,7	29	19,1	12	16,4	1	25,0	17	9,7	197	18,9
Latence précoce (<1 an)	157	24,6	10	6,6	5	6,8	0	0,0	7	4,0	179	17,2
Latence tardive (≥1 an)	48	7,5	17	11,2	11	15,1	0	0,0	28	15,9	104	10,0
Tertiaire	5	0,8	5	3,3	2	2,7	0	0,0	4	2,3	16	1,5
Inconnu	52	8,2	8	5,3	22	30,1	1	25,0	71	40,3	154	14,8
Total	637	100,0	152	100,0	73	100,0	4	100,0	176	100,0	1042	100,0

¹ HSH: rapports sexuels entre hommes, y compris 21 cas chez des hommes qui ont en plus eu des rapports sexuels avec des femmes; OFSP, état : 17.02.2025
Autre : voie d'infection supposée non sexuelle, notamment syphilis congénitale (1 cas), mais aussi exposition sexuelle avec une personne transgenre et 1 cas de transmission homosexuelle chez les femmes;
Inconnue : y compris les rapports sexuels avec des personnes de sexe inconnu.

anonymes ont joué un rôle plus important chez les hommes (41,9 %) que chez les femmes, alors que la fréquence des relations sexuelles tarifées était similaire (13,7 % chez les hommes). En cas d'exposition HSH, le partenaire était presque aussi souvent connu (40,8 %) que chez les hommes avec une exposition hétérosexuelle (44,4 %). Les relations sexuelles tarifées (3,2 %) jouaient un rôle marginal dans la transmission de la syphilis chez les HSH.

INFECTIONS SYPHILITIQUES
ANTÉRIEURES

Une infection antérieure ne protège pas d'une nouvelle infection. En 2024, 31,1 % des cas avec antécédents connus (77,7 % du total des cas) avaient déjà été infectés par le passé. Cette proportion se montait à 37,9 % pour les cas avec une transmission HSH et à 12,5 % pour ceux avec une transmission hétérosexuelle.

STADE CLINIQUE

Dans 14,8 % 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, 44,1 % ont été diagnostiqués au stade primaire. Cependant, pour 32,9 % de ces cas, il n'était apparemment pas possible de déterminer où se situait le chancre induré, qui est le principal

symptôme de la syphilis primaire. 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, 532 HSH (90,9 % des cas HSH avec un stade connu), ainsi que 122 hommes (84,7 %) et 38 femmes (74,5 %) infectés par voie hétérosexuelle 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 (16 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 diagnostiquée un peu plus souvent à un stade précoce chez les HSH reflétait une plus grande fréquence des tests dans ce groupe. Le dépistage de la syphilis au moins une fois par an est en effet un test de routine chez les HSH porteurs d'une infection par le VIH diagnostiquée, et les participants au projet *Swiss-PrEPared* sont testés pour la syphilis tous les trois mois.

SYNTHÈSE

En 2024, l'incidence des diagnostics de syphilis en Suisse et au Liechtenstein était très proche de celles de 2020 et de 2023, tant pour le total des cas que pour les cas de syphilis précoce. La baisse observée en 2020 et 2021 était très probablement due à la pandémie du COVID-19 et la tendance globale de ces dernières années est 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 diagnostics 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 diagnostics

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 des cas avaient entre 25 et 54 ans, et les rapports sexuels entre hommes constituaient la principale voie de contamination. 86,6 % 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].

Remarques à l'intention du corps médical

La surveillance de la syphilis en Suisse a été légèrement modifiée au 1^{er} janvier 2025, afin de pouvoir **explicitement prendre en compte les réinfections**. Jusqu'alors, la classification des cas ne permettait d'enregistrer qu'un seul épisode de syphilis par patient ou patiente. En pratique, une réinfection survenant plus de 2 ans après l'envoi de la dernière déclaration clinique ou de laboratoire était déjà enregistrée comme un nouveau cas, puisque l'anonymisation périodique de la base de données ne permettait plus d'identifier l'ancien cas. Afin de mieux recenser les réinfections, tout cas déclaré par un médecin au moins 180 jours après un diagnostic précédent est dorénavant considéré comme un nouveau cas. Il est dès lors **important que les médecins traitants envoient directement une déclaration clinique pour tout nouveau cas de syphilis (y compris les réinfections) remplissant le critère de déclaration** (résultat positif d'analyses de laboratoire ou initiation d'un traitement antibiotique contre la syphilis). Les médecins cantonaux ne leur en feront en principe plus la demande (il n'est désormais plus pertinent qu'ils filtrent les patients pour lesquels une déclaration clinique existe déjà, puisqu'il s'agit potentiellement d'un nouvel épisode à documenter). Le délai de déclaration reste inchangé, à 7 jours.

Afin de garantir une bonne surveillance de la syphilis, l'OFSP recommande de **compléter les formulaires de déclaration des résultats d'analyses cliniques de manière aussi exhaustive que possible (en particulier l'encadré sur l'évaluation du cas)**, dans la mesure où l'évaluation des cas de syphilis repose exclusivement sur les indications des médecins déclarants.

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 des 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.

Contact

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

Bibliographie

- OFSP (2017). Adaptation du processus de déclaration pour la syphilis. *OFSP-Bulletin*; 51:17–18
- Farmer GW, Bloosnick JR, Jabson JM, Matthews DD (2016). *Gay Acres – Sexual Orientation Differences in Health Indicators Among Rural and Non-rural Individuals*. *J Rural Health*; 32(3):321–331
- Vlahov D & Galea S (2002). *Urbanization, Urbanicity, and Health*. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*; 79:S1–S12
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024). *Syphilis. Annual epidemiological report for 2023*. Stockholm: ECDC
- 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
- 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
- OFSP (2015). Diagnostic et traitement de la syphilis: recommandations actualisées *OFSP-Bulletin*; 21:242–247
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). *The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men*. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392

L'hépatite B en Suisse et au Liechtenstein en 2024

En 2024, les médecins et laboratoires de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré 1219 cas d'hépatite B à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il s'agit généralement d'anciennes infections diagnostiquées et déclarées à un stade chronique. Le nombre de cas est resté globalement stable ces 30 dernières années. Il avait toutefois diminué depuis 2017 jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie du COVID-19. Depuis lors, le nombre de cas a augmenté chaque année, mais reste en 2024 dans la moyenne des 30 dernières années. La forte croissance depuis 2022 du nombre de cas originaires d'Ukraine et d'Afghanistan explique largement l'augmentation récente. Les taux de déclaration des six dernières années sont les plus bas jamais enregistrés (13,5 cas pour 100 000 personnes en 2024). L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution quasi continue ces trente dernières années. Elle est à un minimum historique de 0,2 pour 100 000 personnes depuis 2022. La vaccination contre l'hépatite B est administrée de préférence aux nourrissons depuis 2019. Elle reste cependant expressément recommandée à tous les jeunes de 11 à 15 ans non vaccinés, ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables. Un examen du statut vaccinal pour l'hépatite B devrait accompagner chaque dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible.

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 la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Tout d'abord, les laboratoires déclarent au médecin cantonal et à l'OFSP les résultats positifs pour l'hépatite B (IgM anti-HBc, Ag HBs ou PCR) [1, 2]. Le médecin traitant remplit ensuite une déclaration clinique, si un tel formulaire n'est pas déjà disponible. Ce dernier mentionne 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 ou laquelle a été déclaré un résul-

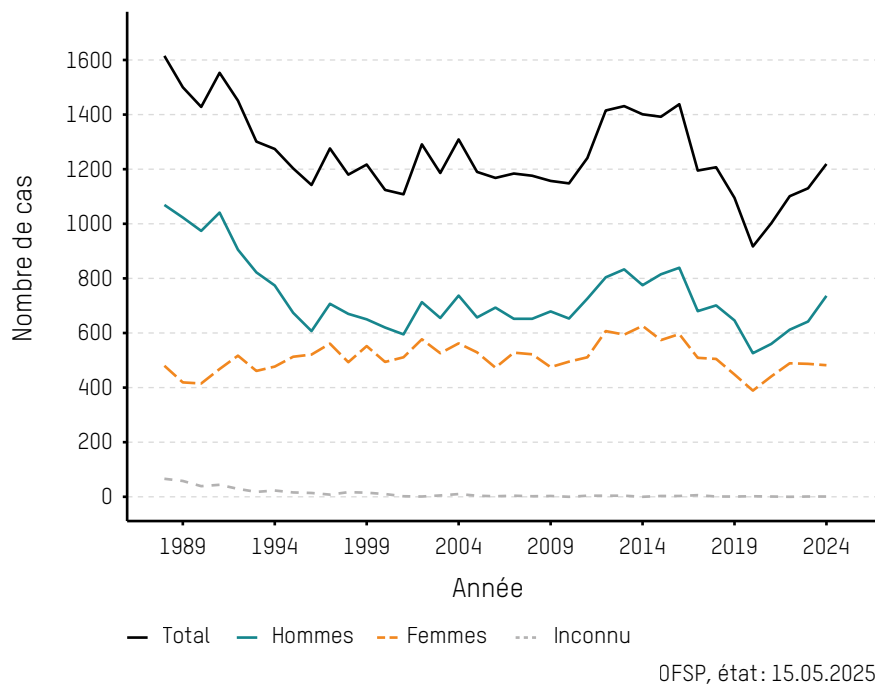
tat de laboratoire positif pour l'hépatite B, des transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer une infection chronique. Un cas est également considéré comme aigu lorsqu'une séroconversion récente est documentée (moins d'un an). Tous les autres cas avec un résultat 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*. Ces autres infections chroniques par le virus de l'hépatite B (VHB) peuvent toutefois présenter des signes et symptômes extra-hépatiques. Si la déclaration clinique manque, 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. Il est probablement souvent très antérieur à l'année du cas.

Les 27 patients et patientes qui vivaient à l'étranger ont été exclus des analyses (sauf ceux du Liechtenstein).

Après un maximum dès la première année sous surveillance, le nombre de cas d'hépatite B déclarés a diminué durant la première moitié des années 1990, mais que chez les hommes. Il est ensuite resté stable pendant 20 ans, avec environ 1200 cas par an. La tendance était à la baisse chez les hommes comme chez les femmes depuis 2017, avant de s'inverser en 2021 chez les deux sexes (figure 1).

Figure 1
Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite B déclarés par sexe depuis le début du relevé, 1988 – 2024



En 2024, 1219 cas d'hépatite B ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 12,4 % par rapport à l'année 2015. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont dispose l'OFSP sur les cas nouvellement déclarés en 2024 (situation au 15.05.2025). Au moins une déclaration de médecin était disponible pour 77,9 % de ces cas. Ce pourcentage reste depuis 2020 nettement inférieur à la moyenne de 2016 à 2019 (92,9 %). Cette faible disponibilité d'informations cliniques et épidémiologiques résulte probablement de la pandémie du COVID-19 et d'une modification structurelle dans la surveillance des hépatites B et C. Depuis 2020, les médecins cantonaux ont en effet accès à la base de données de l'OFSP pour leurs cas et, à la suite d'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. De plus, certaines rubriques sont de tout temps particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

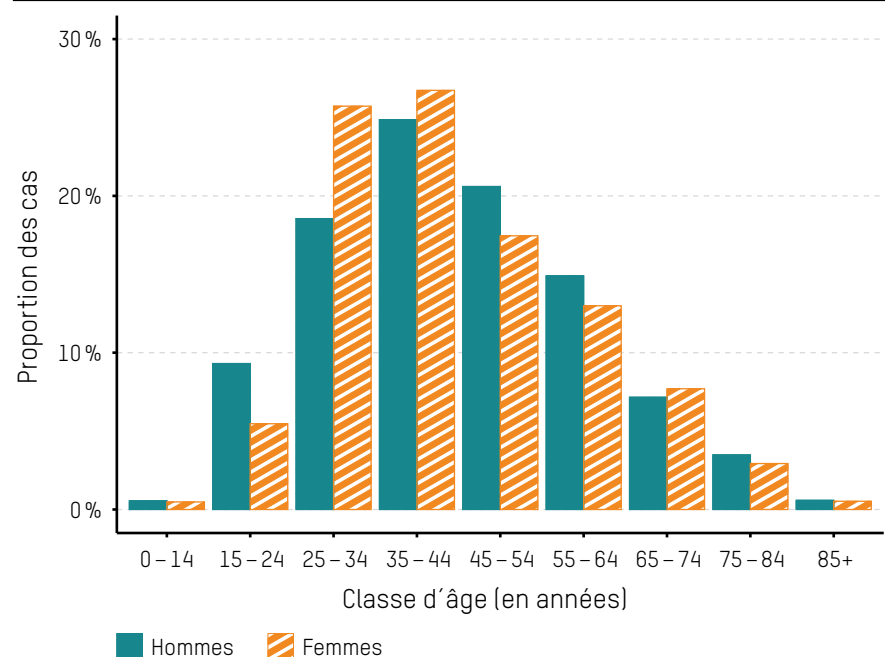
Le taux de déclaration global en 2024 était de 13,5 cas pour 100 000 per-

sonnes, en augmentation de 7,1 % par rapport à l'année précédente (figure 5). Après le creux des années 2020 et 2021 probablement dû à la pandémie du COVID-19, le taux de déclaration est pour la première fois supérieur à celui de l'année prépandémique 2019. Pendant le début de la pandémie, une diminution des déclarations pour la plupart des maladies à déclaration obligatoire avait été observée en Suisse [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 de médecin – était comme les deux années précédentes de 0,2 pour 100 000 personnes, soit le plus bas niveau historique (figure 5).

RÉPARTITION PAR SEXE

En 2024 comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite B était plus élevé chez les hommes (60,4 % du total des cas ; figure 1). Alors que le nombre de cas chez les femmes s'est stabilisé ces deux dernières années, il a continué d'augmenter chez les hommes. Aucun cas n'a été déclaré chez les personnes trans.

Figure 2
Distribution par sexe et âge des cas d'hépatite B déclarés, 2020 – 2024 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



RÉPARTITION PAR ÂGE

La répartition par âge des cas d’hépatite B 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 la transmission. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d’âge de 35 à 44 ans chez les deux sexes (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 44 ans chez les deux sexes. Il variait selon les principales voies d’infection : 38 ans pour les infections périnatales, 42 ans pour la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, 43 ans pour les contacts sexuels, 47 ans lorsque l’infection avait été contractée dans le cadre d’un traitement médical ou d’une activité professionnelle de santé et 45 ans lorsque qu’aucune voie d’infection n’était connue.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Comme les années précédentes, le taux de déclaration global de l’hépatite B variait fortement d’une région à l’autre en 2024 (tableau 1, figure 3). Les taux les plus élevés se situaient dans la région lémanique (en hausse) et au Tessin (en baisse), comme d’habitude.

Les valeurs observées en Suisse et au Liechtenstein en 2023 étaient sensiblement supérieures à la moyenne des pays de l’Union européenne la même année (données pas encore disponibles pour 2024). Le taux de déclaration global était respectivement de 12,6 et 8,1 cas pour 100 000 personnes, alors que l’on observait l’inverse pour l’incidence des cas aigus (0,2 et 0,6 cas pour 100 000 personnes) [4]. 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 prévalence (voir carte sous [5]) peuvent largement

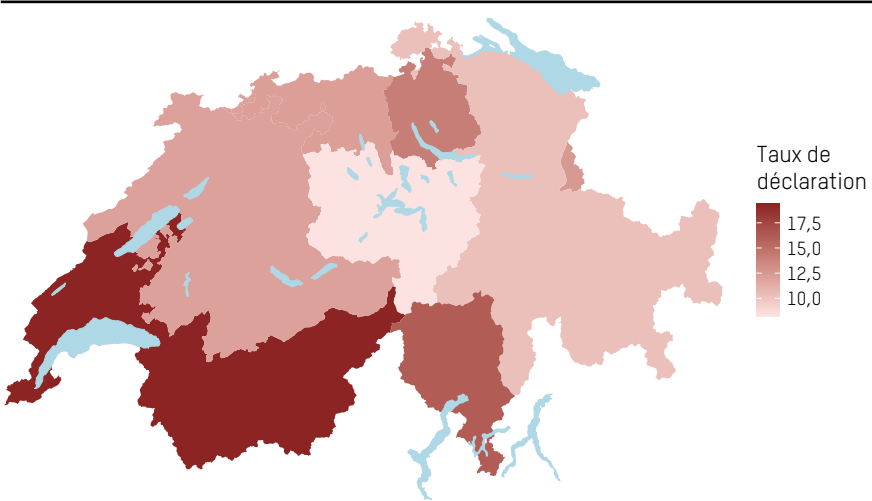
Tableau 1
Taux de déclaration des cas d’hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de domicile¹ et année de déclaration, 2020 – 2024

Grande région	Année du diagnostic				
	2020	2021	2022	2023	2024
Région lémanique	15,0	16,6	15,2	17,6	19,4
Espace Mittelland	9,2	9,0	9,4	10,8	12,0
Suisse du Nord-Ouest	9,2	11,1	12,9	12,1	12,2
Zurich	11,1	11,4	13,7	12,7	14,1
Suisse orientale	8,0	9,3	9,0	8,0	10,3
Suisse centrale	7,3	7,9	10,0	9,9	8,2
Tessin	13,7	12,8	25,4	19,8	16,2
Liechtenstein	7,7	12,7	5,0	5,0	12,5
Total Suisse et Liechtenstein	10,5	11,4	12,4	12,6	13,5

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

OFSF, état : 15.05.2025

Figure 3
Taux de déclaration des cas d’hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de domicile¹, 2024



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

OFSF, état : 15.05.2025

varier d’un pays à l’autre. Les données pour l’Allemagne en 2023 étaient par exemple nettement supérieures à celles de la Suisse la même année, avec un taux de déclaration global de 27,8 cas pour 100 000 personnes (en forte augmentation) et une incidence des cas aigus de 1,3 cas pour 100 000 personnes [4]. Le taux de déclaration y avait déjà fortement augmenté en 2022, partiellement en raison de l’afflux de réfugiés provenant d’Ukraine [6].

VOIE D’INFECTION

Le virus de l’hépatite B est le plus souvent transmis lors de rapports sexuels et par contact avec du sang, bien qu’il soit transmissible par tous les liquides et sécrétions de l’organisme. L’hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse, dix fois plus que le VIH. Cependant, étant donné que le moment de l’infection est rarement connu, il est souvent difficile d’identifier la voie d’infection. Elle est restée inconnue pour 83,1 % du total des cas en 2024 (y compris ceux sans

Tableau 2
Cas d'hépatite B déclarés, par voie d'infection¹ et grande région² de domicile, 2024

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	%
IDU	2	0,6	1	0,4	1	0,7	3	1,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,7
Nosocomiale	5	1,5	3	1,3	1	0,7	6	2,6	3	2,4	0	0,0	1	1,7	1	20,0	0	0,0	20	1,6
Sexuelle	8	2,4	4	1,7	4	2,7	2	0,9	2	1,6	1	1,4	0	0,0	1	20,0	0	0,0	22	1,8
Autre	32	9,5	33	14,1	20	13,3	36	15,9	20	15,7	9	12,9	5	8,6	1	20,0	0	0,0	156	12,8
Inconnue	290	86,1	193	82,5	124	82,7	180	79,3	101	79,5	60	85,7	52	89,7	2	40,0	11	100,0	1013	83,1
Total	337	100,0	234	100,0	150	100,0	227	100,0	127	100,0	70	100,0	58	100,0	5	100,0	11	100,0	1219	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 infections dues à une exposition professionnelle (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 Pour la définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

OFSP, état : 15.05.2025

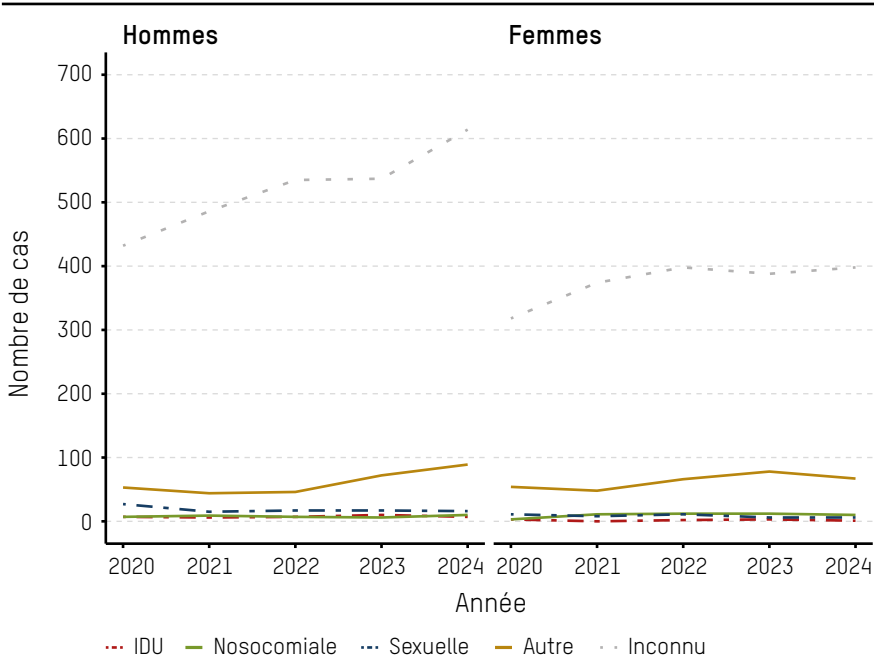
déclaration de médecin). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite B, globalement et par grande région.

Parmi les 206 cas déclarés en 2024 avec des informations sur la voie d'infection présumée, relevons la voie sexuelle (22 cas ; 10,7 %), très majoritairement à la suite d'un rapport hétérosexuel, ainsi que les infections acquises dans le cadre médical (20 cas ; 9,7 %). Ces dernières, regroupées ci-après dans la catégorie nosocomiale (infections « hospitalières »), comprennent aussi bien les cas associés à une dialyse, à une intervention thérapeutique ou diagnostique et à la transfusion de produits sanguins que les cas résultant d'une exposition professionnelle (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie d'infection pour 11 des cas déclarés en 2024. 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'abréviation IDU (*injection drug use*), qui représentaient 8 cas (3,9 %) en 2024.

Les femmes constituaient 18,2 % des cas avec une transmission sexuelle, 50,0 % des cas avec transmission nosocomiale et 12,5 % de ceux avec une transmission IDU.

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,

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite B déclarés, par sexe et voie d'infection¹, 2020 – 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 infections dues à une exposition professionnelle telle 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 : 15.05.2025

infection par le VHB comprise. En revanche, il existe pour celle-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, regroupés dans les tableaux 2 à 4 et la figure 4 sous *Autre*, ont aussi été mentionnés. Il s'agissait principalement des contacts non sexuels ou non précisés avec des personnes infectées (52 cas), mais aussi des tatouages ou des piercings dans des conditions d'hygiène douteuses (1 cas). Par ailleurs, 90 cas d'hépatite B périnatale ont été déclarés. Il s'agissait, pour la majorité, de personnes issues de pays à moyenne ou forte prévalence d'hépatite B. À noter que 9 enfants de moins de 15 ans ont été déclarés, dont 4 originaires d'Ukraine (2, 8, 9 et 11 ans au moment de la déclaration), 1 de Suisse (3 ans), 1 du Vietnam (7 ans) et 3 d'ori-

gine inconnue (0, 1 et 14 ans). Une transmission périnatale est mentionnée pour 2 de ces cas, un contact familial pour 2 autres, alors qu'aucune exposition n'est disponible pour les 5 derniers cas.

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas avec une voie d'infection sexuelle ou nosocomiale était stable chez les hommes comme chez les femmes (figure 4). Il en allait de même pour les cas avec une transmission IDU, à un niveau particulièrement bas chez les femmes. Le nombre de cas infectés autrement tend par contre à augmenter depuis 2022 chez les femmes et 2023 chez les hommes.

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 38,9 % des cas déclarés en 2024 (tableau 3). Les cas originaires d'Europe sans la Suisse et le Liechtenstein étaient les plus nombreux (41,3 % du total des cas avec une origine connue), suivis par ceux originaires d'Afrique (21,6 %), d'Asie (18,7 %) et de Suisse et du Liechtenstein (17,3 %). À noter que, en 2024, 52 cas (4,3 % du total des cas ou 7,0 %

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 (39 cas en 2022 et 48 cas en 2023). 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 doublé en 2022 (de 21 à 41 cas), avant de se stabiliser en 2023 (43 cas) et en 2024 (43 cas). Ensemble, les nouveaux cas originaires de ces deux pays, pour la plupart immigrants récents, représentaient 7,8 % du total des nouveaux cas déclarés en 2024 (12,8 % 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 (70,2 % des cas en 2024 ; tableau 4). Parmi les cas avec un lieu d'infection connu, 82,9 % avaient été infectés à l'étranger et 17,1 % en Suisse ou au Liechtenstein. Les cas originaires de l'étranger ont majoritairement été infectés à l'étranger, probablement le plus souvent avant leur arrivée en Suisse

Tableau 3
Cas d'hépatite B déclarés, par origine (continent) et voie d'infection¹, 2024

Origine	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	0	0,0	1	5,0	5	22,7	20	12,8	103	10,2	129	10,6
Europe hors CH et FL	2	25,0	5	25,0	7	31,8	50	32,1	244	24,1	308	25,3
Afrique	1	12,5	5	25,0	5	22,7	27	17,3	123	12,1	161	13,2
Amérique	0	0,0	0	0	0	0,0	2	1,3	6	0,6	8	0,7
Asie	4	50,0	5	25,0	2	9,1	29	18,6	99	9,8	139	11,4
Océanie	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inconnue	1	12,5	4	20,0	3	13,6	28	17,9	438	43,2	474	38,9
Total	8	100,0	20	100,0	22	100,0	156	100,0	1013	100,0	1219	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 infections dues à une exposition professionnelle telle 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 : 15.05.2025

Tableau 4
Cas d'hépatite B déclarés, par lieu présumé de l'infection et origine, 2024

Lieu de l'infection	Suisse ou Liechtenstein		Origine				Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ou Liechtenstein	30	23,3	23	3,6	9	2,0	62	5,1
Étranger	8	6,2	247	38,4	46	10,3	301	24,7
Inconnu	91	70,5	373	58,0	392	87,7	856	70,2
Total	129	100,0	643	100,0	447	100,0	1219	100,0

OFSP, état: 15.05.2025

(82,1 % des cas avec un lieu d'infection connu).

STADE CLINIQUE

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

(y compris asymptomatiques) sont infectieux.

La majorité des personnes (68,3 % du total des cas) chez qui une hépatite B a pour la première fois été déclarée en 2024 se trouvaient à un stade chronique asymptomatique (infections chroniques sans atteinte hépatique documentée; tableau 5). 8,0 % des cas présentaient des signes d'hépatite B chronique et 1,4 % des cas étaient déclarés au stade aigu. Le stade clinique était inconnu dans 22,2 % 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 d'hépatite B aiguë (12 sur 17).

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, 19 cas d'hépatite chronique avec cirrhose (dont 4 aussi avec un CHC) et 5 cas d'hépatite chronique avec CHC (dont 4 aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2024, correspondant ensemble à un taux de déclaration combiné de 0,2 pour 100 000 personnes. Ce chiffre est probablement inférieur à l'incidence réelle car seuls les cirrhoses et CHC 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,

Tableau 5
Cas d'hépatite B déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2024

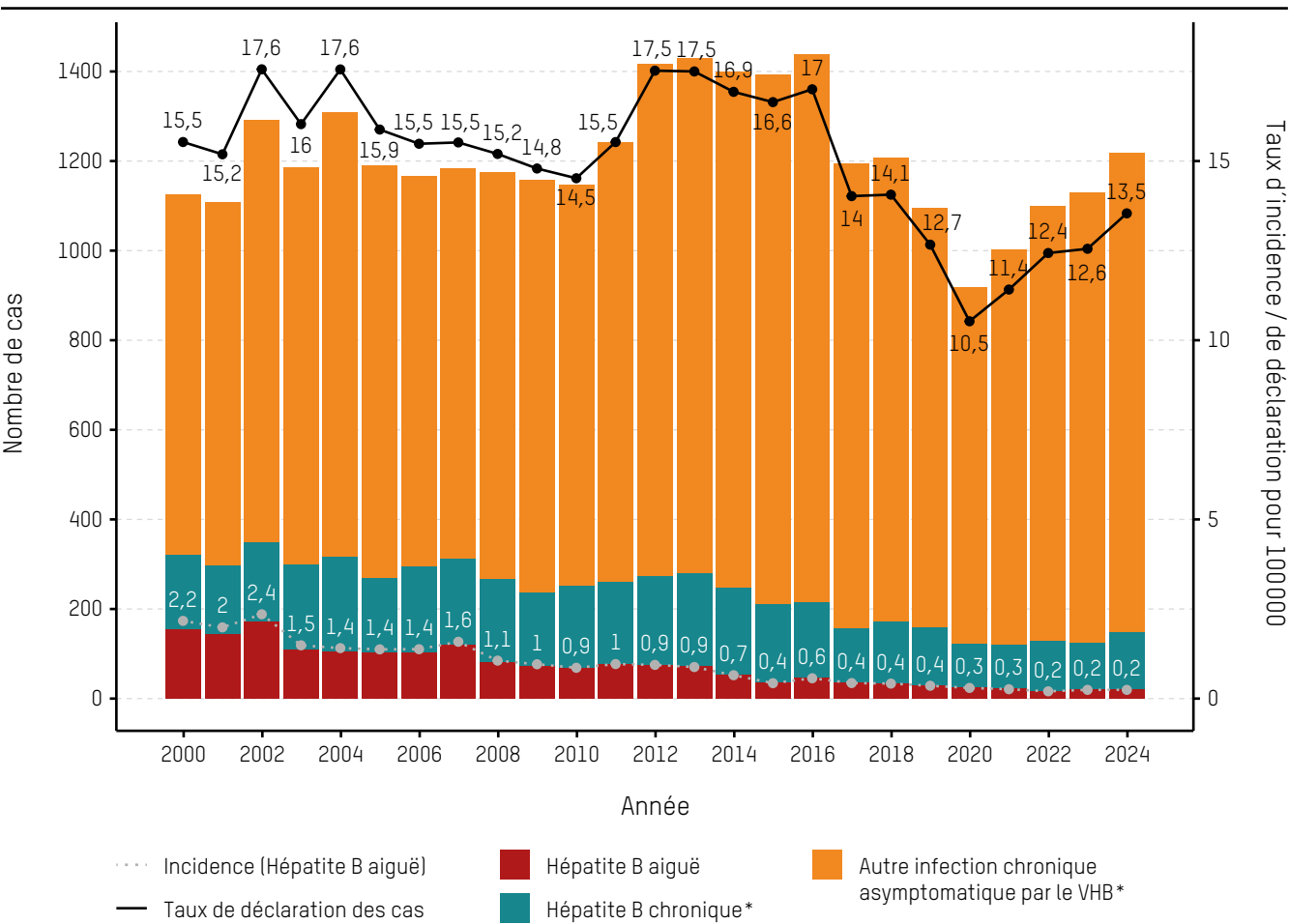
Stade d'évolution clinique	Voie d'infection								Total			
	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Hépatite B aiguë	1	12,5	0	0,0	2	9,1	2	1,3	12	1,2	17	1,4
Hépatite B chronique symptomatique*	1	12,5	1	5,0	3	13,6	19	12,2	74	7,3	98	8,0
dont cirrhose seule	0		0		0		3		12		15	
dont carcinome hépatocellulaire seul	0		0		0		1		0		1	
dont cirrhose et carcinome	0		0		0		0		4		4	
Autre infection chronique asymptomatique par le VHB*	6	75,0	19	95,0	17	77,3	135	86,5	656	64,8	833	68,3
Inconnu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	271	26,8	271	22,2
Total	8	100,0	20	100,0	22	100,0	156	100,0	1013	100,0	1219	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 infections dues à une exposition professionnelle (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 symptomatique: avec atteinte hépatique documentée;
Autre infection chronique asymptomatique par le VHB: sans atteinte hépatique documentée dans la déclaration clinique.

OFSP, état:15.05.2025

Figure 5
Évolution du nombre de cas d’hépatite B déclarés¹, par stade clinique, 2000 – 2024



OFSP, état: 15.05.2025

¹ Ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.
* Hépatite B chronique: avec atteinte hépatique documentée;
Autre infection chronique asymptomatique par le VHB: sans atteinte hépatique documentée dans la déclaration clinique.

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 88,7 % depuis l'année 2000 et de 43,2 % depuis 2015. Elle se situait à 0,2 cas pour 100 000 personnes depuis 2022, soit le plus bas niveau historique. Depuis 2000, le taux de déclaration global de l'hépatite B n'a par contre diminué que de 12,8 % (18,6 % depuis 2015), pour atteindre 13,5 cas pour 100 000 personnes. Cette quasi-stabilité à long terme 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 prévalence.

VACCINATION
La vaccination contre l'hépatite B ne fait partie des vaccinations de base dans la petite enfance que depuis 2019. Auparavant, elle était depuis 1998 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, un examen de sang est systématiquement recommandé à toutes les femmes enceintes afin de déterminer si elles sont porteuses du virus. Si c'est le cas, les bébés sont vaccinés rapidement après la

naissance et des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B leur sont administrées, afin de les protéger jusqu'à ce que le vaccin agisse.
La couverture vaccinale pour l'hépatite B reste insuffisante en Suisse, malgré une augmentation continue depuis son introduction. 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 % chez les jeunes de 16 ans [11]. Les cantons couverts par les enquêtes de 2023 et 2024 ont généralement enregistré une hausse sensible de la couverture vaccinale, à 2 ans (84 %) comme à 16 ans (81 %). Comme la priorité mise sur la vaccination des nourrissons est assez récente, il y a en-

core 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 2024 ont été majoritairement contractées dans des pays à moyenne ou forte prévalence de l'hépatite B chronique, souvent bien avant la déclaration. La voie d'infection 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 d'infection.

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 et le virus Mpx. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B était dernièrement de 81 % 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 vérifier le statut vaccinal pour l'hépatite B lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre IST, et à initier ou compléter la vaccination immédiatement. 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

Bibliographie

- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Office fédéral de la santé publique (2018). Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017. *OFSP-Bulletin*; 35:7–12
- 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
- European Centre for Disease Prevention and Control (2024). Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC
- Coalition for Global Hepatitis Elimination, The Task Force for Global Health (2024). Prevalence of chronic HBV (HBsAg+)
- Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2024). Anstieg der übermittelten Hepatitis-Bund Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16
- 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
- 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
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men. *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (2025). Plan de vaccination suisse 2025. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP
- Office fédéral de la santé publique (2025). Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2024. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women. *Swiss Med Wkly*; 150:w20393

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 des 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 C en Suisse et au Liechtenstein en 2024

En 2024, les médecins et laboratoires de Suisse et du Liechtenstein ont déclaré 1059 cas d'hépatite C à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Il s'agit généralement d'anciennes infections diagnostiquées et déclarées à un stade chronique. Une partie de ces infections étaient guéries (cicatrices sérologiques). Le nombre de cas déclarés montrait une tendance à la baisse depuis le début du millénaire, jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie du COVID-19. Depuis lors, le nombre de cas a légèrement augmenté chaque année, mais reste en 2024 à peine supérieur au niveau prépandémique de 2019. L'incidence globale de l'hépatite C était de 11,8 cas pour 100 000 personnes en 2024. Celle de l'hépatite C aiguë s'était stabilisée ces dernières années à un très bas niveau (0,2 cas pour 100 000 personnes), avant d'enregistrer une hausse en 2024 (0,3/100 000). 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, 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 la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Tout d'abord, les laboratoires déclarent au médecin cantonal et à l'OFSP les résultats positifs (anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) confirmés par un second test, ARN du VHC ou antigène du VHC) [1]. Le médecin traitant remplit ensuite une déclaration clinique, si un tel formulaire n'est pas déjà disponible. Ce dernier mentionne 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 séroconversion récente est documentée (moins de 2 ans). Tous les autres cas avec un résultat de laboratoire positif (y compris si seulement anticorps) ainsi que des transaminases élevées, un ictère, une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite *chronique* (avec atteinte hépatique documentée). S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses séquelles, le stade d'évolution est classé comme « Infection par le VHC, sans at-

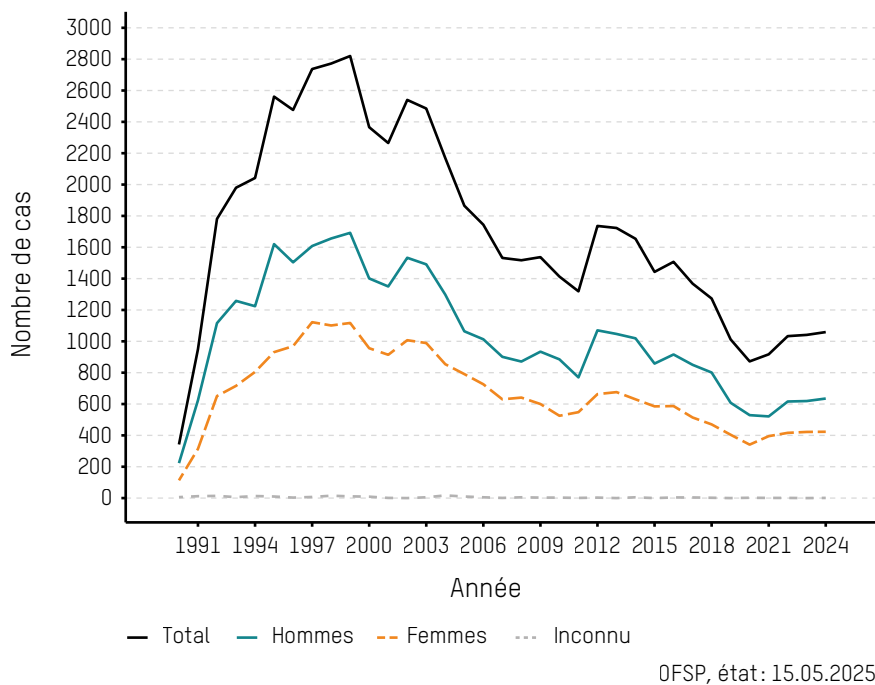
teinte hépatique », les éventuels signes et symptômes extra-hépatiques n'entrant pas dans la classification clinique des cas. À noter qu'une partie de ces cas ne sont confirmés que par la présence d'anticorps et qu'une partie de ces derniers pourraient être guéris. Si la déclaration clinique manque, 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. Il est probablement souvent très antérieur à l'année du cas.

Les 34 patients et patientes qui vivaient à l'étranger ont été exclus des analyses (sauf ceux du Liechtenstein).

Figure 1

Évolution annuelle du nombre de cas d'hépatite C déclarés par sexe, 1990 – 2024 (les deux premières années de surveillance ne sont pas représentées car le nombre de cas était très faible, le virus de l'hépatite C venant d'être découvert)



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.

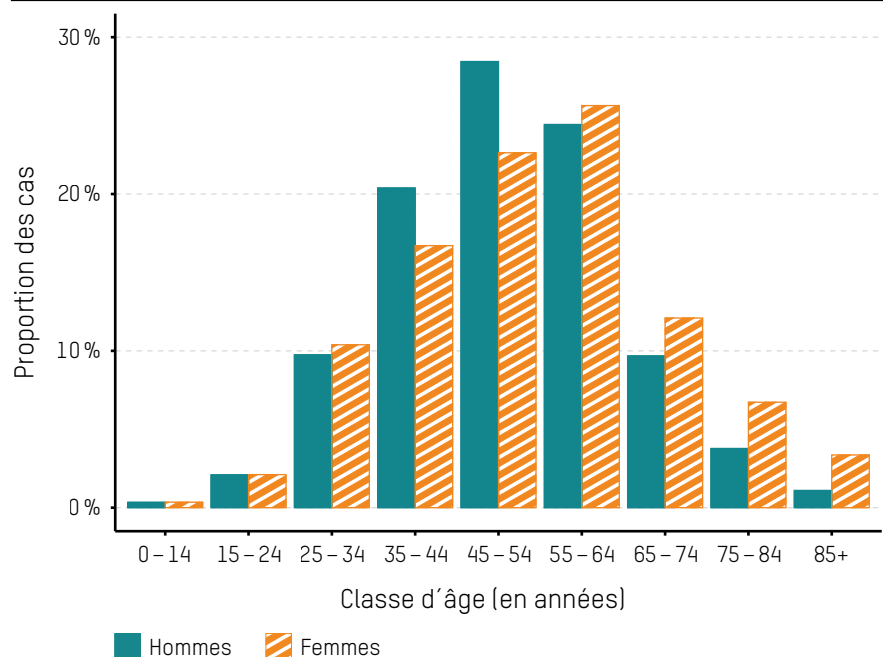
Si la diminution du nombre de nouvelles infections a bien été accélérée par les traitements et la baisse de la transmission découlant de la guérison d'une partie des cas, elle avait débuté beaucoup plus tôt, à la suite de mesures structurelles (telles que tests sur les produits sanguins, hygiène hospitalière, 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 gé-

néralement déclarés pour la première fois que plusieurs années après l'infection.

En 2024, 1059 cas d'hépatite C ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 62,4 % par rapport au pic de 1999 et de 26,6 % par rapport à 2015. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont disposait l'OFSP sur ces cas nouvellement déclarés en 2024 (situation au 15.05.2025). Au moins une déclaration de médecin était disponible pour 79,8 % de ces cas. Bien qu'en augmentation, ce pourcentage reste depuis 2020 nettement inférieur à la moyenne de 2016 à 2019 (91,0 %). Cette faible disponibilité des déclarations cliniques résulte probablement de la pandémie du COVID-19 et d'une modification structurelle dans la surveillance des hépatites B et C. Depuis 2020, les médecins cantonaux ont en effet accès à la base de données de l'OFSP pour leurs cas et, à la suite d'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. De plus, cer-

Figure 2

Distribution par sexe et âge des cas d'hépatite C déclarés, 2020 – 2024 (les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



taines rubriques sont de tout temps particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

Le taux de déclaration global en 2024, soit 11,8 cas pour 100 000 personnes, était à peine supérieur à ceux de 2019, 2022 et 2023; le creux des années 2020 et 2021 était probablement 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 [2] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite C [3]. L'incidence de l'hépatite C aiguë – ajustée pour tenir compte des cas sans déclaration de médecin – était en 2024 de 0,3 cas pour 100 000 personnes, en augmentation après le minimum historique des trois années précédentes (figure 5).

RÉPARTITION PAR SEXE

En 2024, comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite C était plus élevé chez les hommes (60,0 % du total des cas; figure 1). Un seul cas a été déclaré chez les personnes trans.

RÉPARTITION PAR ÂGE

La répartition par âge des cas d'hépatite C 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, souvent longtemps après la transmission. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge des 55 à 64 ans chez les femmes et des 45 à 54 ans chez les hommes (figure 2). Les déclarations de cas d'hépatite C étaient extrêmement rares chez les enfants et rares chez les adolescents et jeunes adultes. À l'inverse, la proportion des cas chez les 65 ans et plus n'était pas négligeable, en particulier chez les femmes (22,2 % contre 14,6 % chez les hommes).

L'âge médian au moment de la première déclaration des cas des cinq dernières années était de 53 ans chez les femmes et de 51 ans chez les hommes. Chez les

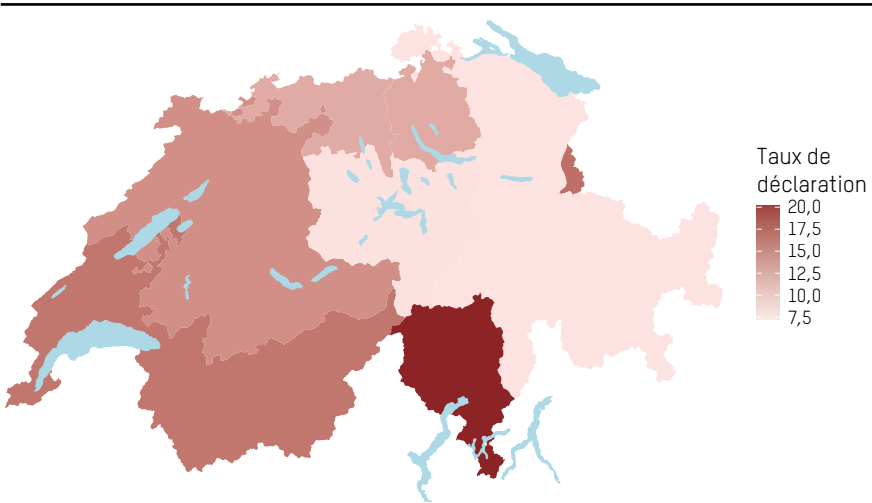
Tableau 1
Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile et année de déclaration, 2020 – 2024

Grande région	Année de déclaration				
	2020	2021	2022	2023	2024
Région lémanique	13,6	15,2	17,0	15,3	14,6
Espace Mittelland	9,9	10,2	11,6	12,7	12,9
Suisse du Nord-Ouest	9,1	8,1	8,2	8,3	11,0
Zurich	8,4	8,3	10,5	9,8	11,1
Suisse orientale	8,0	7,7	10,2	8,5	7,3
Suisse centrale	6,5	7,4	5,9	9,6	7,4
Tessin	16,8	19,0	20,9	21,0	20,1
Liechtenstein	2,6	10,2	5,0	5,0	15,0
Total Suisse et Liechtenstein	10,0	10,4	11,7	11,6	11,8

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

OFSP, état : 15.05.2025

Figure 3
Taux de déclaration des cas d'hépatite C pour 100 000 personnes, par grande région¹ de domicile, 2024



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

OFSP, état : 15.05.2025

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 (59 ans) ou encore que chez celles pour lesquelles aucune voie d'infection n'était identifiable (53 ans). L'âge médian le plus bas (45 ans) concernait le petit groupe des hommes qui avaient contracté une hépatite C dans le cadre de relations sexuelles avec des hommes.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Comme les années précédentes, le taux de déclaration global de l'hépatite C variait fortement d'une région à l'autre en 2024 (tableau 1, figure 3). Les taux les plus élevés se situaient comme d'habitude au Tessin et dans la région lémanique. La position du Tessin n'est pas surprenante étant donné sa proximité de l'Italie et l'immigration qui y est associée. L'Italie fait en effet partie des pays européens ayant historiquement une des plus fortes prévalences de l'hépatite C [4]. Les taux les plus bas ont été enregistrés en Suisse orientale et en Suisse centrale.

En 2023, dernière année avec des données européennes disponibles, le taux de déclaration global enregistré en Suisse et au Liechtenstein (11,6 cas pour 100 000 personnes) était sensiblement plus élevé que celui relevé en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (7,4/100 000). On observait par contre l'inverse pour l'incidence des cas aigus, avec respectivement 0,2 et 0,4 cas pour 100 000 personnes [3]. 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 [5]) peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Le taux global de déclaration pour l'Allemagne et l'Autriche en 2023 était par exemple similaire à celui de la Suisse, avec respectivement 12,4 et 10,1 cas pour 100 000 personnes, alors que l'incidence des cas aigus y était supérieure (respectivement 1,0 et 0,8 cas pour 100 000 personnes) [3]. Le taux de déclaration avait fortement augmenté en Allemagne entre 2021 et 2023 (+ 118 %), partiellement en raison de l'afflux de réfugiés provenant d'Ukraine [6]. En 2024, 23 % de tous les cas d'hépatite C déclarés en Allemagne avec une nationalité connue étaient des ressortissants ukrainiens [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 2024 (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.

Parmi les 306 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 2024 (58,5 %). On trouve à la deuxième place les infections acquises dans le contexte médical (11,8 %). 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 pour 31 des cas déclarés en 2024. 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,

généralement inconnu et probablement souvent beaucoup plus ancien.

Les femmes constituaient 27,6 % des cas avec une transmission IDU et 66,7 % 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]. 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

Tableau 2
Cas d'hépatite C déclarés, par voie d'infection¹ et grande région² de domicile, 2024

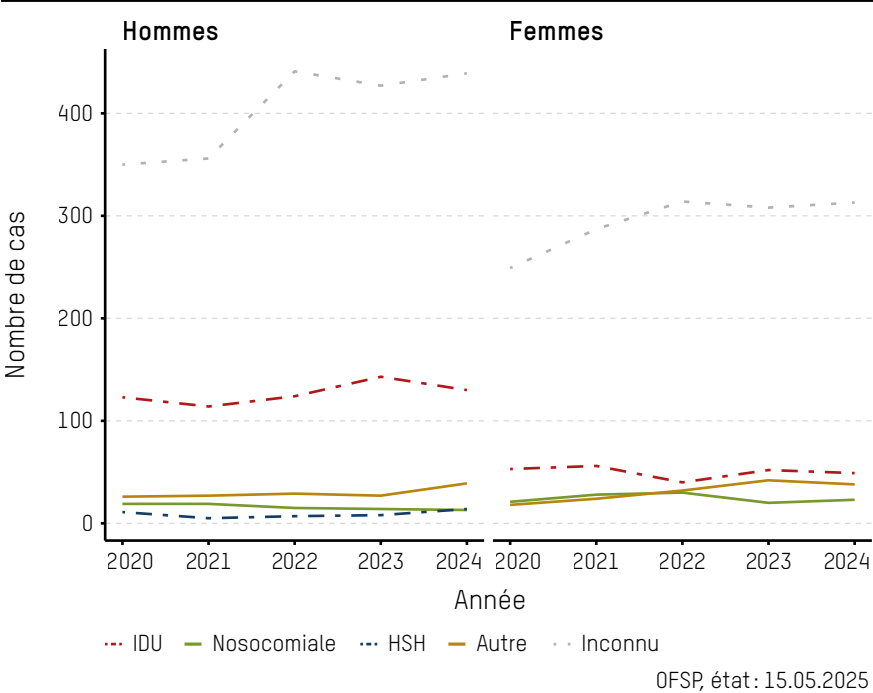
Voie d'infection	Grande région																		Total	
	Région lémanique		Espace Mittelland		Suisse du Nord-Ouest		Zurich		Suisse orientale		Suisse centrale		Tessin		Liechten- stein		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IDU	43	17,0	48	19,1	22	16,3	37	20,7	19	21,1	4	6,3	6	8,3	0	0,0	0	0,0	179	16,9
Nosocomiale	6	2,4	10	4,0	5	3,7	5	2,8	6	6,7	0	0,0	3	4,2	1	16,7	0	0,0	36	3,4
HSH	1	0,4	2	0,8	2	1,5	5	2,8	0	0,0	4	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	1,3
Autre	15	5,9	13	5,2	9	6,7	20	11,2	10	11,1	5	7,9	5	6,9	0	0,0	0	0,0	77	7,3
Inconnue	188	74,3	178	70,9	97	71,9	112	62,6	55	61,1	50	79,4	58	80,6	5	83,3	10	100,0	753	71,1
Total	253	100,0	251	100,0	135	100,0	179	100,0	90	100,0	63	100,0	72	100,0	6	100,0	10	100,0	1059	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 Pour la définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

OFSP, état : 15.05.2025

Figure 4
Évolution annuelle du nombre de cas d’hépatite C déclarés, par sexe et voie d’infection¹, 2020 – 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.

générale durant la même période (environ 13 pour 100 000, voir les taux de déclaration ajustés pour les infections avec évidence de réplication virale à la figure 5). En 2024, les rapports sexuels entre hommes ont été déclarés comme voie d’infection pour 14 hommes (1,3 % du total des cas, respectivement 7,2 % des hommes avec la mention d’au moins une voie d’infection).

D’autres types d’exposition, regroupés dans les tableaux 2 à 4 et la figure 4 sous *Autre*, ont aussi été mentionnés. Il s’agissait notamment d’une transmission présumée hétérosexuelle dans 17 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 24 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 5 cas au total, un rôle limité.

Enfin, 15 cas d’hépatite C périnatale ont été déclarés. À noter que 5 enfants de moins de 15 ans ont été déclarés, dont 3 originaires d’Ukraine (0, 8 et 9 ans au moment de la déclaration), 1 de Suisse (12 ans) et 1 d’origine inconnue (0 an). Une transmission périnatale est mentionnée pour 4 de ces cas alors qu’aucune exposition n’est disponible pour le dernier cas. Aucun ne présentait d’atteinte hépatique mais 4 avaient un résultat positif pour l’ARN viral ou l’anti-gène.

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas avec transmission IDU était globalement stable chez les hommes et les femmes (figure 4).

Pour les infections nosocomiales, on constatait sur les cinq dernières années une tendance à la baisse chez les hommes et une stabilité chez les femmes. Une stabilité à un bas niveau était aussi observée dans le nombre de

déclarations 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 35,4 % des cas déclarés en 2024 (cf. tableau 3). Les cas originaires d’Europe sans la Suisse et le Liechtenstein étaient les plus nombreux (42,5 % du total des cas avec une origine connue), suivis par ceux originaires de Suisse et du Liechtenstein (42,0 %). À noter que la proportion des cas originaires de Suisse et du Liechtenstein tend à diminuer ces dernières années et que, pour la première 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 2024, 144 cas (13,6 % du total ou 21,1 % 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 (112 cas en 2022 et 145 en 2023).

Le tableau 3 détaille l’origine des patients et patientes pour les principales voies d’infection présumées. Environ la moitié des cas avec une origine connue étaient d’origine suisse parmi les personnes relevant de la catégorie IDU et un tiers pour la catégorie nosocomiale.

LIEU DE L’INFECTION

Le lieu de l’infection est généralement inconnu (70,3 % des cas ; tableau 4). Parmi les cas avec un lieu d’infection connu, 58,7 % avaient été infectés à l’étranger et 41,3 % 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).

Tableau 3
Cas d'hépatite C déclarés, par origine (continent) et voie d'infection¹, 2024

Origine	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse et Liechtenstein	72	40,2	10	27,8	7	50,0	26	33,8	172	22,8	287	27,1
Europe hors CH et FL	42	23,5	17	47,2	3	21,4	36	46,8	193	25,6	291	27,5
Afrique	4	2,2	1	2,8	0	0,0	1	1,3	14	1,9	20	1,9
Amérique	2	1,1	1	2,8	3	21,4	1	1,3	5	0,7	12	1,1
Asie	18	10,1	0	0,0	0	0,0	4	5,2	52	6,9	74	7,0
Océanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inconnue	41	22,9	7	19,4	1	7,1	9	11,7	317	42,1	375	35,4
Total	179	100,0	36	100,0	14	100,0	77	100,0	753	100,0	1059	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 : 15.05.2025

Tableau 4
Cas d'hépatite C déclarés, par lieu présumé de l'infection et origine, 2024

Lieu de l'infection	Origine						Total	
	Suisse ou Liechtenstein		Étrangère		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ou Liechtenstein	81	28,2	22	5,4	27	7,5	130	12,3
Étranger	11	3,8	150	36,5	24	6,6	185	17,5
Inconnu	195	67,9	239	58,2	310	85,9	744	70,3
Total	287	100,0	411	100,0	361	100,0	1059	100,0

OFSP, état : 15.05.2025

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.

Près des deux tiers des personnes chez qui une hépatite C a pour la première fois été déclarée en 2024 se trouvaient au stade « Infection par le VHC sans atteinte hépatique » ; (63,2 %), 2,6 % des

cas étaient déclarés au stade aigu et 13,9 % montraient des signes ou symptômes d'hépatite C chronique ou de ses séquelles (« Hépatite C chronique symptomatique » ; tableau 5). Le stade clinique était inconnu dans 20,3 % des cas (cas sans déclaration clinique). Le stade « Autre infection sans atteinte hépatique » était prédominant pour toutes les voies d'infection en 2024, 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, 33 cas d'hépatite chronique avec une cirrhose et 18 cas d'hépatite chronique avec un

CHC (dont 7 aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2024, correspondant à un taux de déclaration combiné de 0,4 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).

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 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 répllication virale** (aucune déclaration d'un résultat d'ARN ou d'antigène) ont été individualisés (colonnes grises dans la

Tableau 5
Cas d'hépatite C déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2024

Stade d'évolution clinique	Voie d'infection										Total	
	IDU		Nosocomiale		HSH		Autre		Inconnue			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hépatite C aiguë	9	5,0	0	0,0	7	50,0	2	2,6	10	1,3	28	2,6
Hépatite C chronique symptomatique*	28	15,6	9	25,0	4	28,6	19	24,7	87	11,6	147	13,9
dont cirrhose seule	7		1		0		2		16		26	
dont carcinome hépatocellulaire seul	1		0		0		0		10		11	
dont cirrhose et carcinome	0		0		0		1		6		7	
Infection par le VHC sans atteinte hépatique*	142	79,3	27	75,0	3	21,4	56	72,7	441	58,6	669	63,2
Inconnu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	215	28,6	215	20,3
Total	179	100,0	36	100,0	14	100,0	77	100,0	753	100,0	1059	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 ; Infection 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 : 15.05.2025

figure 5). Dans l'interprétation des cas « Sans évidence de réplication virale ni d'atteinte hépatique », 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 à la catégorie « Infection par le VHC sans atteinte hépatique » du tableau 5, la catégorie « Autre infection chronique par le VHC » (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 0,3 cas pour 100 000 personnes en 2024, soit une baisse de 80,5 % depuis son pic en 2002 et de 47,6 % depuis 2015. Dans le même temps, le taux de déclaration global de l'hépatite C a moins diminué (60,0 % depuis 2002 et 31,8 % depuis 2015), 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.

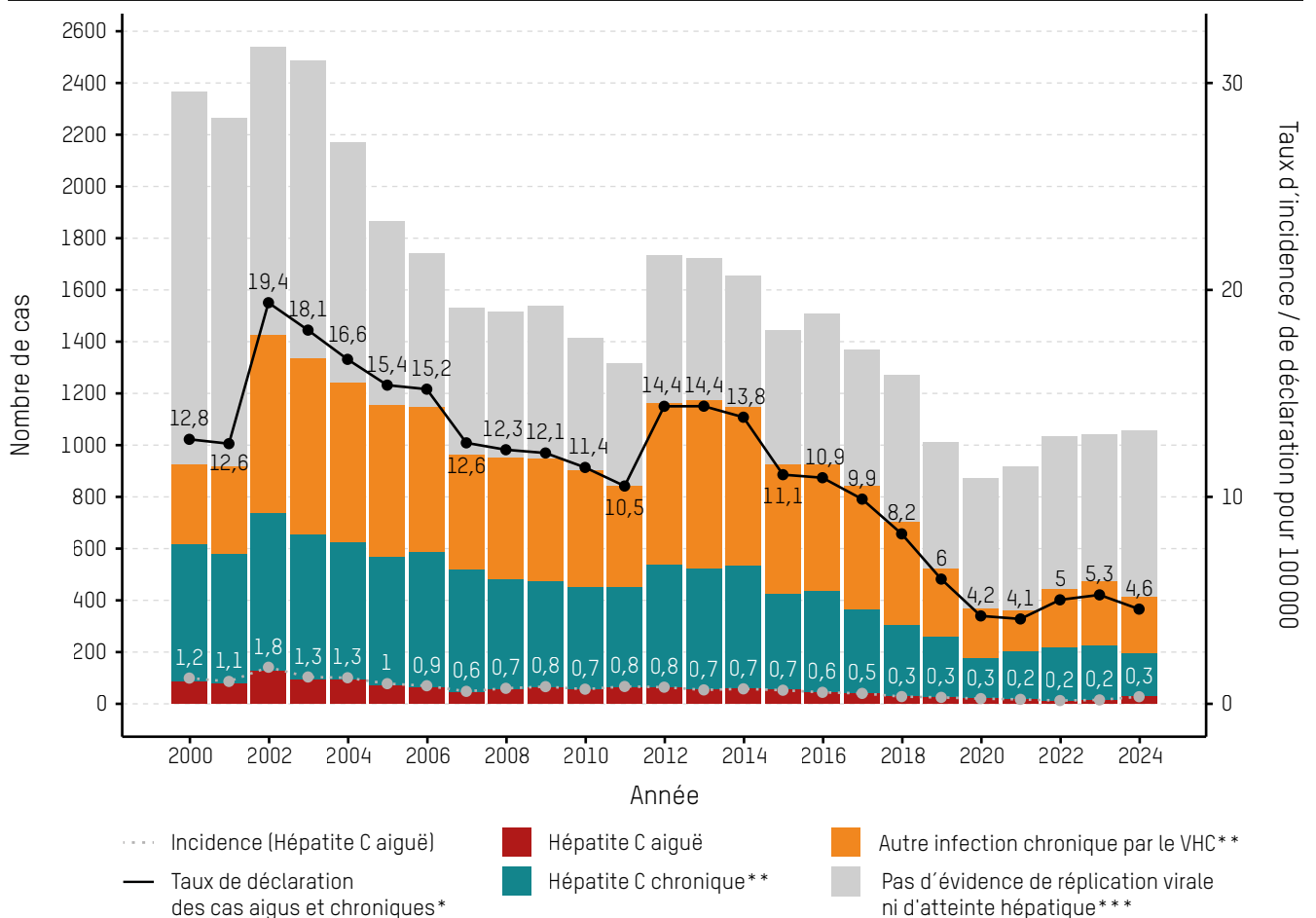
Globalement, on constate que pour 647 cas d'hépatite C (61,7 % du total) déclarés en 2024, on ne disposait d'aucune indication en faveur d'une infection avec atteinte hépatique et réplication virale (test pas effectué ou plus

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 indigènes par le VHC pour 100 000 personnes en 2030 [19]. L'incidence actuellement déclarée en Suisse – 0,3 cas aigus pour 100 000 personnes y compris les expositions à l'étranger – est déjà 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 4,6 cas pour 100 000 personnes en 2024 (en diminution). 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 76,4 % depuis 2002 et de 58,7 % depuis 2015, baisse similaire à celle de l'incidence des cas aigus. Cette double tendance à la baisse à long terme et des études de prévalence dans diverses

Figure 5
Évolution du nombre de cas d'hépatite C déclarés, par stade clinique¹, 2000 – 2024



OFSP, état: 15.05.2025

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.

populations à risque montrent que la transmission régresse en Suisse. En conséquence, le fait que le taux de déclaration des 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 la transmission de l'hépatite C en Suisse 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 chroniquement 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 nécessaire de prendre des mesures supplémentaires telles que le dépistage du VHC dans de grands groupes de personnes, et encore moins dans la population générale. C’est aussi la position défendue par le Conseil fédéral [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 des 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, Mäusezahl M (2018). The epidemiology of hepatitis C in Switzerland: trends in notifications, 1988–2015. *Swiss Med Wkly*; 148:w14619

2

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

3

European Centre for Disease Prevention and Control (2025). *Hepatitis C*. In: ECDC, Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC

4

Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A, Estill J, Keiser O, Swiss Hepatitis C Cohort Study (2016). Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLoS ONE*; 11(5):e0155464

5

Coalition for Global Hepatitis Elimination, The Task Force for Global Health (2024). Prevalence of chronic HCV (RNA+/cAg)

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-B und Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022. *Epid Bull*; 31:3–16

7

Hermanns S, Friedsam A, Steffen G, Biallas R, Dudareva S, Zimmermann R (2025). Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2024: Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz. *Epid Bull*; 30:1–16

8

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

9

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.

10

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

11

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

12

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

13

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

14

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

15

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, Battagay 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