



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 27 août 2018

Semaine

# OFSP-Bulletin 35/2018

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

Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017, p. 7

[www.anresis.ch](http://www.anresis.ch) : Déclarations de micro-organismes  
multirésistants en Suisse, p. 14

# Impressum

## ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne (Suisse)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne  
Téléphone 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto:drucksachen-bulletin@bag.admin.ch)

## IMPRESSION

Stämpfli AG  
Wölflistrasse 1  
CH-3001 Berne  
Téléphone 031 300 66 66

## ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne  
Téléphone 058 465 5050  
Fax 058 465 50 58  
[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

ISSN 1420-4266

## DISCLAIMER

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

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :  
[www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin](http://www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin)

# Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017	7
www.anresis.ch : Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse	14

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 33<sup>e</sup> semaine (21.08.2018)<sup>a</sup>

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

<sup>b</sup> Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella [www.bag.admin.ch/rapport-grippe](http://www.bag.admin.ch/rapport-grippe).

<sup>c</sup> N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

<sup>d</sup> Femmes enceintes et nouveau-nés.

<sup>e</sup> La définition de cas a été modifiée. Les chiffres ne sont par conséquent pas comparables avec ceux des bulletins plus anciens.

<sup>f</sup> Inclut les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

### Maladies infectieuses:

#### Situation à la fin de la 33<sup>e</sup> semaine (21.08.2018)<sup>a</sup>

	Semaine 33			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>		1 0.60		4 0.60	5 0.80	5 0.80	136 1.60	111 1.30	106 1.20	91 1.70	67 1.20	74 1.40
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>		4 2.50	1 0.60	2 0.30	22 3.40	2 0.30	15022 177.60	9473 112.00	3684 43.60	13637 254.10	7714 143.70	3551 66.20
<b>Légionellose</b>	4 2.50	23 14.10	8 4.90	41 6.30	71 10.90	37 5.70	553 6.50	431 5.10	386 4.60	348 6.50	285 5.30	219 4.10
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>			1 0.60	3 0.50	2 0.30	3 0.50	55 0.60	57 0.70	46 0.50	45 0.80	45 0.80	38 0.70
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	2 1.20	4 2.50		17 2.60	20 3.10	17 2.60	980 11.60	966 11.40	829 9.80	702 13.10	665 12.40	538 10.00
<b>Rougeole</b>		1 0.60		1 0.20	4 0.60	2 0.30	60 0.70	96 1.10	48 0.60	27 0.50	72 1.30	41 0.80
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>							2 0.02	1 0.01		2 0.04	1 0.02	
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	3 1.80	17 10.40	4 2.50	35 5.40	35 5.40	43 6.60	547 6.50	592 7.00	587 6.90	373 7.00	361 6.70	380 7.10
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose<sup>e</sup></b>	159 97.80	244 150.00	224 137.70	831 127.70	908 139.60	929 142.80	7302 86.30	7446 88.00	7875 93.10	4555 84.90	4449 82.90	5090 94.80
<b>Hépatite A</b>	1 0.60	2 1.20	1 0.60	5 0.80	4 0.60	2 0.30	92 1.10	88 1.00	37 0.40	49 0.90	71 1.30	24 0.40
<b>Hépatite E</b>				3 0.50			35 0.40			35 0.60		
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	9 5.50	18 11.10	12 7.40	72 11.10	80 12.30	50 7.70	769 9.10	573 6.80	418 4.90	457 8.50	386 7.20	284 5.30
<b>Listériose</b>		1 0.60		4 0.60	5 0.80	3 0.50	49 0.60	46 0.50	57 0.70	36 0.70	31 0.60	37 0.70
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>			1 0.60			3 0.50	28 0.30	14 0.20	24 0.30	13 0.20	7 0.10	16 0.30
<b>Salmonellose, autres</b>	45 27.70	72 44.30	61 37.50	147 22.60	223 34.30	193 29.70	1746 20.60	1600 18.90	1440 17.00	792 14.80	878 16.40	785 14.60
<b>Shigellose</b>	8 4.90	3 1.80	9 5.50	31 4.80	11 1.70	16 2.50	194 2.30	139 1.60	204 2.40	135 2.50	76 1.40	111 2.10

	Semaine 33			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydirose	129 79.30	232 142.60	190 116.80	641 98.50	747 114.80	717 110.20	11006 130.10	11039 130.50	10843 128.20	6842 127.50	6941 129.30	6887 128.30
Gonorrhée	42 25.80	64 39.40	50 30.70	214 32.90	237 36.40	179 27.50	2585 30.60	2457 29.00	2314 27.40	1681 31.30	1575 29.40	1549 28.90
Hépatite B, aiguë		2 1.20	1 0.60		3 0.50	2 0.30	35 0.40	34 0.40	38 0.40	16 0.30	16 0.30	26 0.50
Hépatite B, total déclarations	12	22	17	59	63	79	1239	1248	1453	775	732	933
Hépatite C, aiguë					3 0.50	2 0.30	28 0.30	39 0.50	48 0.60	15 0.30	27 0.50	31 0.60
Hépatite C, total déclarations	15	28	15	66	90	77	1378	1419	1480	870	885	981
Infection à VIH	5 3.10	10 6.20	3 1.80	23 3.50	39 6.00	26 4.00	418 4.90	508 6.00	517 6.10	262 4.90	309 5.80	345 6.40
Sida		1 0.60		1 0.20	7 1.10	12 1.80	61 0.70	84 1.00	74 0.90	39 0.70	60 1.10	47 0.90
Syphilis	16 9.80	23 14.10	18 11.10	93 14.30	93 14.30	63 9.70	1295 15.30	1152 13.60	1004 11.90	884 16.50	740 13.80	639 11.90
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose	1 0.60			1 0.20	1 0.20		8 0.09	9 0.10	4 0.05	5 0.09	6 0.10	4 0.07
Chikungunya				1 0.20	2 0.30	1 0.20	7 0.08	24 0.30	35 0.40	3 0.06	14 0.30	23 0.40
Dengue		8 4.90	6 3.70	1 0.20	20 3.10	22 3.40	145 1.70	176 2.10	210 2.50	95 1.80	105 2.00	130 2.40
Encéphalite à tiques	12 7.40	6 3.70	12 7.40	61 9.40	44 6.80	45 6.90	397 4.70	222 2.60	185 2.20	300 5.60	172 3.20	152 2.80
<b>Fièvre du Nil occidental</b>												
Fièvre jaune							1 0.01			1 0.02		
Fièvre Q		3 1.80	1 0.60	2 0.30	4 0.60	3 0.50	52 0.60	36 0.40	51 0.60	36 0.70	23 0.40	35 0.60
Infection à Hantavirus				1 0.20			2 0.02	2 0.02	2 0.02	1 0.02		1 0.02
Infection à virus Zika			2 1.20		1 0.20	6 0.90	12 0.10	27 0.30	35 0.40	4 0.07	8 0.20	35 0.60
Paludisme	2 1.20	15 9.20	12 7.40	23 3.50	46 7.10	39 6.00	290 3.40	333 3.90	391 4.60	181 3.40	231 4.30	213 4.00
Trichinellose							1 0.01		1 0.01			
Tularémie		5 3.10	1 0.60	8 1.20	15 2.30	7 1.10	140 1.70	87 1.00	62 0.70	71 1.30	62 1.20	32 0.60
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme								3 0.04	2 0.02		2 0.04	1 0.02
Diphthérie <sup>f</sup>				1 0.20	2 0.30		1 0.01	4 0.05	7 0.08	1 0.02	2 0.04	4 0.07
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	1 0.60		1 0.60	3 0.50	1 0.20	2 0.30	16 0.20	17 0.20	14 0.20	9 0.20	11 0.20	8 0.20
Tétanos									1 0.01			

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 17.8.2018 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	30		31		32		33		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Suspicion d'influenza	4	0.5	2	0.3	1	0.1	2	0.2	2.3	0.3
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	2	0.3	1	0.1	1	0.1	1.3	0.2
Piqûre de tiques	20	2.6	15	2.5	21	2.5	18	2.0	18.5	2.4
Borréliose de Lyme	9	1.2	14	2.3	17	2.0	16	1.8	14	1.8
Herpès zoster	8	1.0	11	1.8	9	1.1	4	0.5	8	1.1
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	1	0.2	2	0.2	1	0.1	1.3	0.2
Médecins déclarants	94		99		109		118		105	

# Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017

De 2014 à 2017, 40 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés en moyenne chaque année, correspondant à un taux de déclaration moyen annuel de 0,5 cas pour 100 000 habitants. Il s'agit du plus bas niveau enregistré depuis le début de cette surveillance en 1988. De plus, 1321 cas chroniques ont été déclarés en moyenne annuelle durant la même période, pour un taux de déclaration – stable – de 15,9/100 000. Les cas aigus d'hépatite B se distinguent largement des cas chroniques par leurs caractéristiques épidémiologiques actuelles et par l'évolution de celles-ci.

## DONNÉES DISPONIBLES

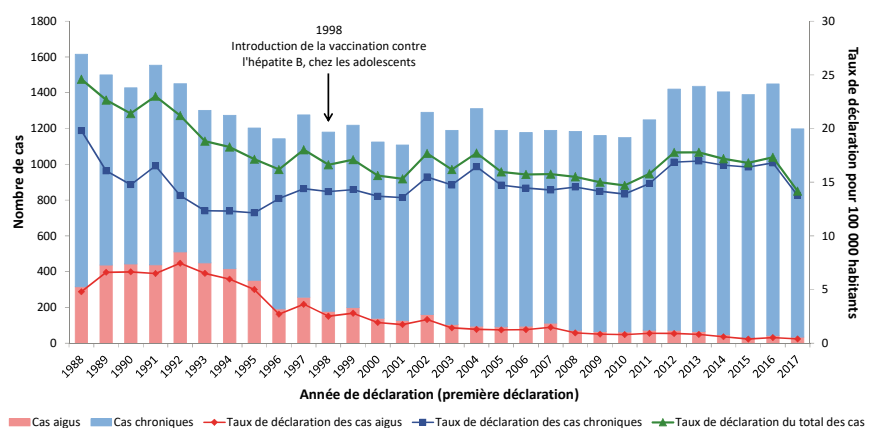
L'hépatite B fait en Suisse l'objet d'une surveillance ininterrompue depuis 1988, dans le cadre de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Les laboratoires doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous leurs résultats positifs. Si le cas correspondant n'a pas déjà été déclaré par le passé, le médecin cantonal demande ensuite au médecin traitant de remplir une déclaration de résultat d'analyse clinique, incluant notamment les manifestations cliniques, la source présumée d'infection et la nationalité. La définition de cas pour les cas aigus d'hépatite B est la suivante: présence d'un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B et d'un ictère sans indication suggérant une infection chronique. Tout cas avec séroconversion documentée durant l'année précédant la déclaration est aussi considéré comme aigu. Tous les autres cas d'hépatite B confirmés au laboratoire sont considérés comme chroniques, y compris ceux pour lesquels une déclaration du médecin n'est pas disponible. L'année du cas correspond à l'année de sa première déclaration, la date d'infection étant généralement inconnue.

## TENDANCE GÉNÉRALE

De 1988 à 2017, 38 760 cas d'hépatite B ont été retenus pour les analyses, dont 5680 (15%) cas aigus et 33 080 (85%) cas chroniques. De 2014 à 2017, entre 32 et 49 cas aigus et entre 1164 et 1405 cas chroniques ont été déclarés chaque année. Les patients vivant à l'étranger ont été exclus des analyses. Depuis le début de la surveillance de l'hépatite B, le nombre de cas aigus et le taux de déclaration montrent globalement une tendance à la baisse, alors que le nombre et le taux de déclaration des cas chroniques sont stables (figure 1). En conséquence, la proportion des cas

aigus parmi le total des déclarations tend à diminuer (27 % pour la période 1988–2001 contre 3 % pour 2014–2017). En 2017, 34 cas aigus ont été déclarés, correspondant à un taux de déclaration de 0,4 cas pour 100 000 habitants, et 1164 cas chroniques (13,8/100 000). L'augmentation modérée du nombre de cas chroniques observée à partir de 2011 est due à l'anonymisation d'une partie de la base de données pour des raisons légales, qui a entraîné la création de nouveaux cas, alors qu'ils étaient déjà enregistrés.

Figure 1  
Cas déclarés d'hépatite B aiguë et chronique avec taux de déclaration correspondants, par année, Suisse, 1988–2017



## SEXE

Depuis 1988, le nombre de cas et le taux de déclaration étaient toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes, aussi bien pour l'hépatite B aiguë que chronique (figure 2). L'évolution de ces indicateurs était largement parallèle pour les deux sexes. Pour la période 2014–2017, les hommes constituaient 69 % des cas aigus et 57 % des cas chroniques (sex-ratio de respectivement 2,2 et 1,3). Le taux de déclaration des cas aigus était alors de 0,7 cas pour 100 000 habitants chez les hommes et de 0,3/100 000 chez les femmes. Ces valeurs étaient de respectivement 18,2 et 13,5 cas pour 100 000 habitants pour l'hépatite B chronique.

## ÂGE

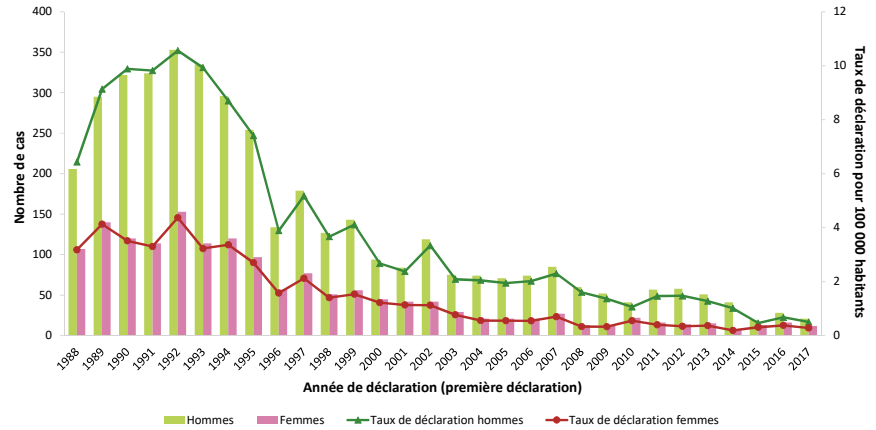
Le taux de déclaration des cas aigus d'hépatite B variait fortement selon l'âge et la période de déclaration (figure 3). Le pic chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans s'est progressivement résorbé et le taux de déclaration maximal s'est déplacé vers des âges de plus en plus élevés à partir de la période 2006–2009, tout en restant à un niveau modéré. Ainsi, pour la période 2014–2017, le taux maximal concernait les 45 à 54 ans et se montait à 0,8 cas pour 100 000 habitants.

Les mêmes tendances, mais nettement moins marquées, ont été observées pour les cas chroniques. Pour la période 2014–2017, les 25 à 34 ans ont en-

Figure 2

Cas déclarés d'hépatite B et taux de déclaration, par sexe et année, Suisse, 1988–2017

Cas aigus



Cas chroniques

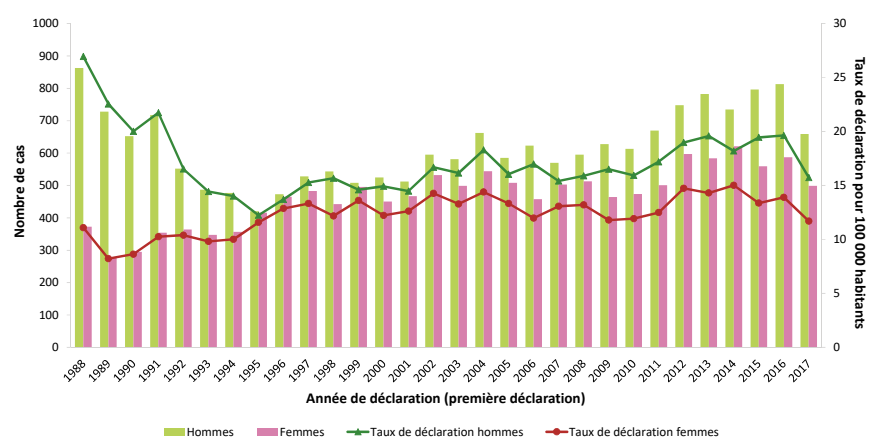
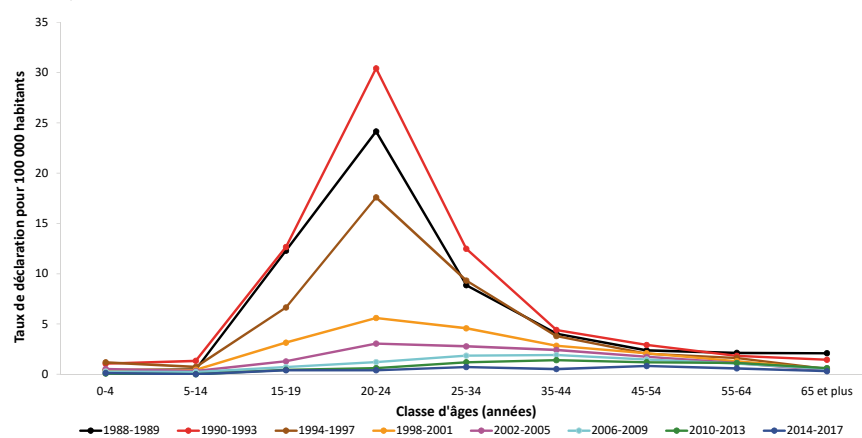


Figure 3

Taux de déclaration des cas d'hépatite B, par groupe d'âge et période de déclaration, Suisse, 1988–2017

Cas aigus

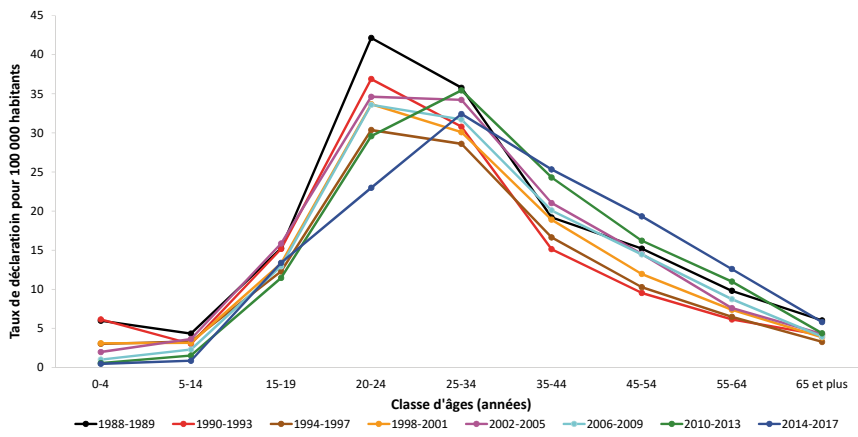


gistré le taux de déclaration maximal, avec 32,4 cas pour 100 000 habitants. Alors que depuis le début de la surveillance le taux de déclaration a peu varié chez les moins de 20 ans, il a augmenté chez les 35 ans et plus.

On assiste donc au vieillissement aussi bien de la population chroniquement infectée par le virus de l'hépatite B au moment de la déclaration que, plus encore, de celle nouvellement infectée. Entre 1988–1991 et 2014–2017, l'âge médian des cas chroniques est ainsi passé de 29 à 37 ans et celui des cas aigus de 25 à 47 ans.



## Cas chroniques



## RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Le taux de déclaration des cas aigus a continuellement décliné dans toutes les régions OFS, après le pic de 1990–1993. Il était par contre partout stable depuis le début de la surveillance pour les cas chroniques, à l'exception de la région lémanique où il a augmenté depuis le

début des années 2000. En moyenne annuelle pour la période 2014–2017, les disparités régionales de taux de déclaration de l'hépatite B étaient marquées : pour les cas aigus comme pour les cas chroniques, ce taux était 2,3 fois plus élevé au Tessin qu'en Suisse orientale (tableau 1).

Tableau 1 :  
Taux de déclaration des cas d'hépatite B aiguë et chronique pour 100 000 habitants, par grande région OFS, Suisse, moyenne annuelle pour 2014–2017

	Cas aigus	Cas chroniques
Suisse	0.5	15.9
Région lémanique	0.4	24.8
Espace Mittelland	0.4	13.1
Suisse du Nord-Ouest	0.4	14.1
Zurich	0.6	15.4
Suisse orientale	0.3	11.0
Suisse centrale	0.6	10.9
Tessin	0.8	24.9

Région lémanique : GE, VD, VS ;  
Espace Mittelland : BE, FR, JU, NE, SO ;  
Suisse du Nord-Ouest : AG, BL, BS ;  
Zurich : ZH ;  
Suisse orientale : AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG ;  
Suisse centrale : LU, NW, OW, SZ, UR, ZG ;  
Tessin : TI.

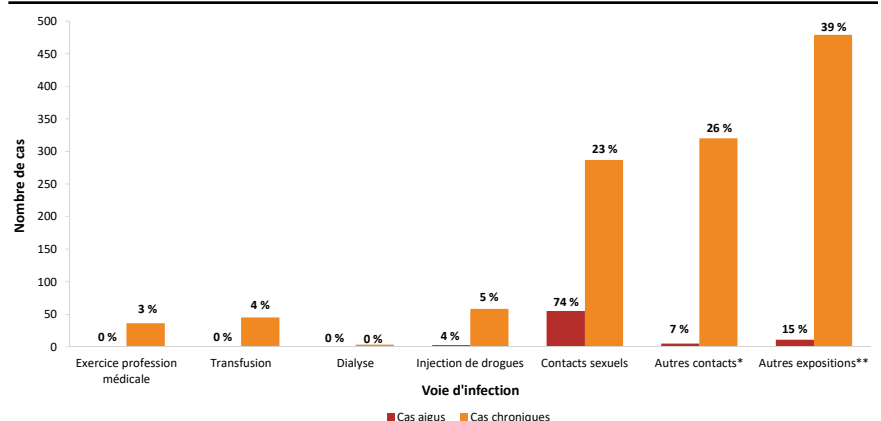
## VOIE D'INFECTION

La voie d'infection présumée la plus fréquente pour les cas d'hépatite B aiguë déclarés durant la période 2014–2017 (figure 4) était un contact sexuel avec une personne infectée (74 % des cas avec une mention de voie d'infection), suivie loin derrière par les autres expositions (en particulier les infections iatrogènes – transfusion sanguine, dialyse, injections, chirurgie, traitement dentaire... ; 15 %) et les autres contacts (en particulier les contacts non sexuels dans le milieu familial ; 7 %). Pour les cas chroniques, les autres expositions, en particulier la transmission périnatale, étaient les plus fréquentes (39 %), suivies par les autres contacts (26 %) et les contacts sexuels (23 %).

À noter, pour l'hépatite B aiguë, la quasi-disparition actuelle de la consommation de drogues par injection comme voie d'infection, alors que 49 % à 59 % des cas étaient infectés ainsi jusqu'en 1994–1997. À l'inverse, les contacts sexuels, quasi absents en début de surveillance, sont devenus la principale voie d'infection dès la fin des années 1990. Les mêmes changements ont été observés pour les cas chroniques, mais de manière moins marquée.

Figure 4  
Cas d'hépatite B aiguë et chronique, par voie d'infection présumée, Suisse, 2014–2017

Nombre de cas pondéré par le nombre de mentions de voie d'infection par cas (une mention au total par cas) et % du total des cas avec au moins une mention. L'exposition était inconnue ou non documentée pour 53 % des cas aigus et 77 % des cas chroniques.



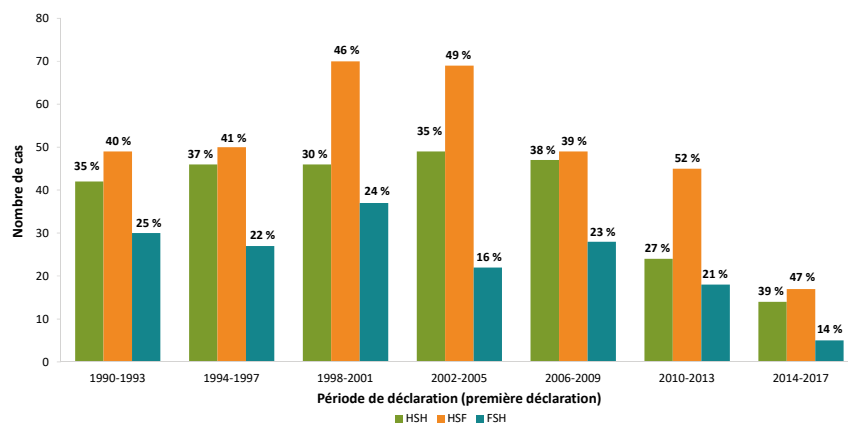
\* famille, travail, prison ...

\*\* transmission périnatale et durant petite enfance, transmission iatrogénique, chirurgie, soins dentaires, tatouage, piercing, professions non médicales...

Figure 5

### Cas d'hépatite B aiguë avec infection présumée par voie sexuelle uniquement, par nature de la relation<sup>1</sup> et période de déclaration, Suisse, 1990–2017

Selon la période, le sexe ou la préférence sexuelle de 6 % à 36 % du total des cas avec voie d'infection sexuelle était inconnu ; ces cas n'ont pas été pris en compte dans le calcul des pourcentages par période.



<sup>1</sup> HSH : rapports sexuels entre hommes ; HSF : rapports sexuels d'hommes avec des femmes ; FSH : rapports sexuels de femmes avec des hommes.

Bien que les contacts sexuels soient devenus la voie d'infection la plus fréquente dès la fin des années 1990 parmi les cas d'hépatite B aiguë, le nombre absolu de cas concernés a diminué dès la période 2006–2009, et cela aussi bien pour les hommes infectés par relation hétérosexuelle (HSF) qu'homosexuelle (HSH) et que pour les femmes infectées par relation hétérosexuelle (FSH) (figure 5). Au regard de leur poids démographique dans la population, les HSH étaient surreprésentés parmi les cas infectés par voie sexuelle (sans autre mention de voie d'infection) tout au long de la période sous surveillance. Les FSH étaient au contraire toujours sous-représentés, tout particulièrement pendant la période 2014–2017 (14 %). Depuis 2010, environ la moitié des cas aigus infectés par voie sexuelle étaient des HSF.

### NATIONALITÉ

Le taux de déclaration des cas d'hépatite B aiguë était plus élevé chez les étrangers que chez les Suisses tout au long de la période sous surveillance. L'écart tendait toutefois à se combler au

fil du temps (figure 6). Pour les cas chroniques, le taux de déclaration chez les étrangers était nettement plus élevé que chez les Suisses, avec un écart presque constant. Pour la période 2014–2017, ce taux s'élevait à 34,0 cas pour 100 000 habitants chez les étrangers contre 4,8/100 000 chez les Suisses. Les étrangers constituaient alors 31 % des cas aigus et 70 % des cas chroniques. Ces proportions grimpent à respectivement 44 % et 82 % si l'on considère l'origine<sup>1</sup> plutôt que la nationalité des cas.

De 1990 à 2017, la majorité des cas aigus étrangers étaient constamment des ressortissants européens. Parmi les cas chroniques, le nombre et la proportion des nationaux africains et asiatiques a continuellement augmenté. En 2014–2017, les Suisses constituaient ainsi 32 % du total des cas chroniques avec nationalité connue, les Européens (hors Suisses) 27 %, les Africains 21 %, les Asiatiques et Océaniens 19 % et les Américains 1 %. Si l'on considère l'origine plutôt que la nationalité, la part des Suisses tombe à 19 % et celle des Européens augmente à 35 %.

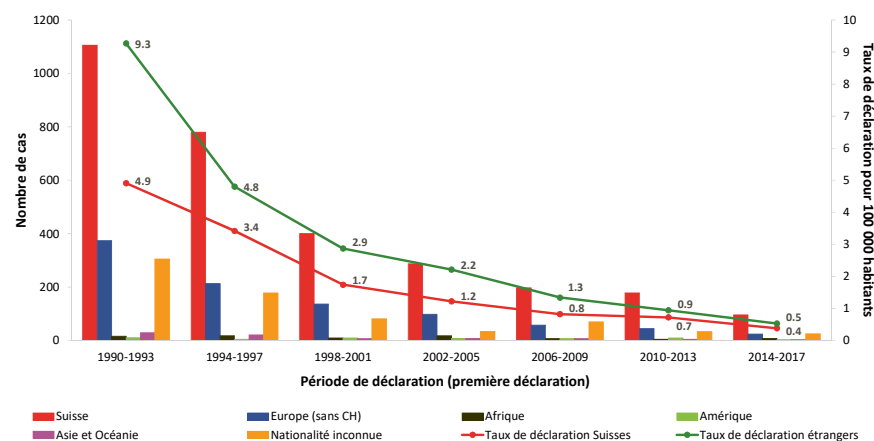
<sup>1</sup> Une personne est considérée comme d'origine étrangère si elle est de nationalité étrangère, si elle a été naturalisée suisse ou si ses parents ont été naturalisés.

Figure 6

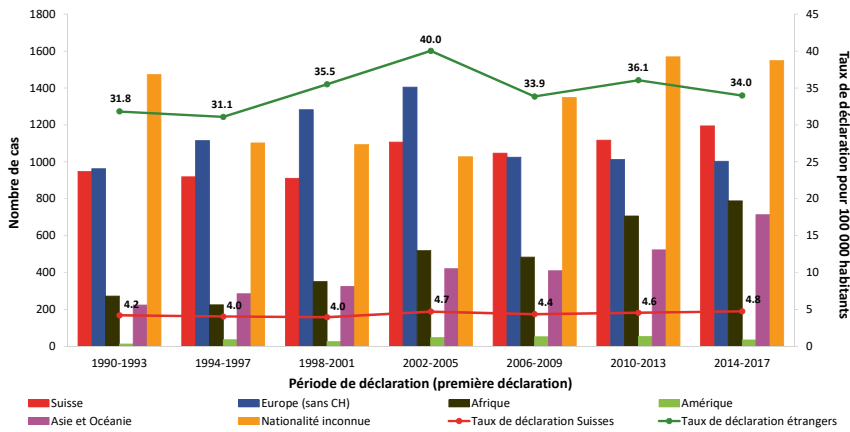
### Cas déclarés d'hépatite B et taux de déclaration, par nationalité et période de déclaration, Suisse, 1990–2017

En moyenne, la nationalité était inconnue pour 15 % des cas aigus et 31 % des cas chroniques.

Cas aigus



## Cas chroniques



déclaration cantonaux de cas aigus chez les jeunes adultes. Dans une population insuffisamment vaccinée pour créer une immunité de groupe, comme en Suisse, le risque d'infection dépend en effet largement du niveau d'exposition.

## SYNTHÈSE

Après un pic en 1992 (7,5 cas pour 100 000 habitants), le taux de déclaration de l'hépatite B aiguë a continuellement diminué en Suisse, pour atteindre son minimum historique en 2015 (0,4/100 000), soit une réduction de 95 %. Le taux de déclaration des cas chroniques est par contre resté stable depuis l'introduction de la surveillance de l'hépatite B, à environ 15 cas pour 100 000 habitants. Cette évolution contrastée résulte de deux mécanismes

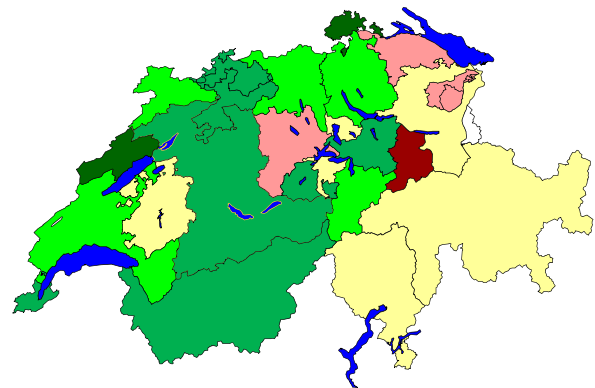
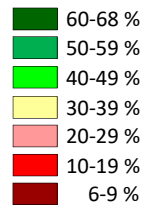
## COUVERTURE VACCINALE

La couverture vaccinale nationale à deux ans pour l'hépatite B était en rapide augmentation depuis le premier relevé en 2005–2007 ([www.bag.admin.ch/couverturvaccinale](http://www.bag.admin.ch/couverturvaccinale)). Elle se montait à 53 % pour trois doses et à 43 % pour quatre doses durant l'enquête de 2014–2016. À 16 ans, elle était de 77 % pour une dose et de 71 % pour deux doses, quasi sans changement depuis l'enquête de 2008–2010. Comme le montre la figure 7 illustrant les dernières données de couverture cantonales disponibles incluant celles de 2017 pour sept cantons, les disparités intercantionales étaient énormes, aussi bien à deux ans (fourchette pour quatre doses : 6–68 %) qu'à 16 ans (fourchette pour deux doses : 11–89 %). Il n'y avait guère de corrélation (coefficient de corrélation de 0,25) entre les couvertures vaccinales cantonales à deux et à 16 ans. Cela résulte largement de pratiques différenciées selon les cantons quant à la population prioritairement ciblée par les pédiatres et les médecins généralistes. Il n'y avait aucune corrélation entre les couvertures cantonales avec deux doses à 16 ans et les taux de

Figure 7

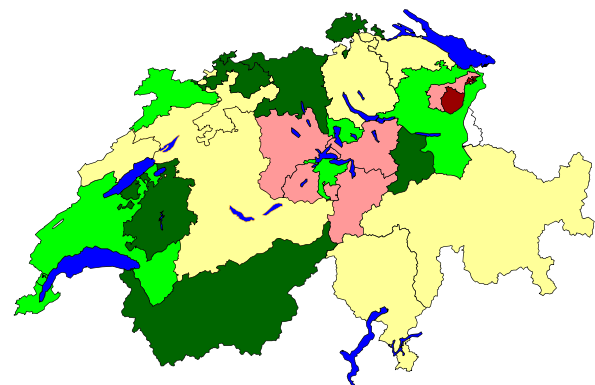
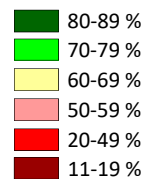
## Couverture vaccinale pour l'hépatite B par canton, Suisse, 2015–2017

## Quatre doses à 2 ans



Source : EBPI Zurich/OFSP  
Dernières données disponibles par canton : 2015-2017 (ZH: 2014)

## Deux doses à 16 ans



Source : EBPI Zurich/OFSP  
Dernières données disponibles par canton : 2015-2017 (ZH: 2014)

distincts. D'une part, le nombre de nouvelles infections a diminué par la mise en œuvre de mesures de lutte notamment contre les infections hépatiques iatrogènes, par injection de drogues et par voie sexuelle (souvent dans le sillage de la prévention du VIH/sida) ainsi que de l'introduction en 1998 de la vaccination généralisée des adolescents contre l'hépatite B. D'autre part, la prévalence des infections chroniques a été soutenue par l'immigration de personnes déjà infectées, en provenance de régions à endémicité intermédiaire à haute [1]. Cet apport limite le contrôle à long terme du fardeau de la maladie, assuré par les succès de la prévention indigène des nouveaux cas. Chaque année, le taux de déclaration

était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (2,3 fois plus pour les cas aigus et 1,4 fois plus pour les cas chroniques, en moyenne pour la période 2014–2017), en lien avec des comportements à risque plus fréquents chez les hommes. L'âge médian des cas a augmenté au cours du temps, en particulier pour les cas aigus (47 ans en 2014–2017), et le pic du taux de déclaration des cas aigus longtemps observé chez les jeunes adultes a disparu. Cela résulte probablement d'un âge plus élevé lors de l'infection, dû à la quasi-disparition de la consommation de drogues par injection comme source d'exposition. La voie d'infection présumée la plus fréquente en 2014–2017 était un contact sexuel pour les cas ai-

gus, et les autres expositions – notamment la transmission périnatale – pour les cas chroniques. Les HSH étaient sur-représentés parmi les cas aigus infectés par voie sexuelle. Le taux de déclaration des cas aigus était récemment à peine plus élevé chez les étrangers que chez les Suisses. Par contre, celui des cas chroniques restait depuis l'introduction de la surveillance nettement plus élevé chez les étrangers, en raison de l'immigration de personnes déjà infectées. Les couvertures vaccinales cantonales pour l'hépatite B demeurent très hétérogènes, aussi bien chez les jeunes enfants que chez les adolescents. La tendance est à l'augmentation rapide de la couverture chez les premiers et à la stagnation chez les seconds.

## Hépatite B : recommandations de vaccination de l'OFSP

Afin de prévenir les nouvelles infections de l'hépatite B et leurs possibles conséquences à long terme (cirrhose, hépatocarcinome), l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations recommandent depuis 1998 la vaccination contre l'hépatite B des adolescents âgés de 11 à 15 ans avec deux doses, alternativement celle des jeunes enfants avec quatre doses à 2, 4, 6 et 15–18 mois [2]. La vaccination contre l'hépatite B (trois doses chez les adultes) est recommandée en tout temps pour les personnes à risque accru de complications, d'exposition et/ou de transmission (cf. [2] pour la liste exhaustive). Au vu de l'épidémiologie actuelle de l'hépatite B, cela concerne tout particulièrement les personnes originaires de pays avec une endémicité intermédiaire à haute et à leurs contacts, notamment leurs enfants, ainsi que les HSH et les personnes changeant fréquemment de partenaires sexuels [1]. Afin de prévenir la transmission périnatale, le dépistage de l'antigène de surface (AgHBs) est requis chez les femmes enceintes. La vaccination doit être initiée et des immunoglobulines spécifiques administrées dans les douze heures après la naissance d'un nouveau-né d'une mère AgHBs positive.

### Contact

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Santé publique  
Division Maladies transmissibles  
Téléphone 058 463 87 06  
Courriel : epi@bag.admin.ch

### Références

1. Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey Spicher V. 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.* 2017;147:w14409. doi: <https://smw.ch/article/doi/smw.2017.14409>
2. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2018. Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2018. [www.bag.admin.ch/plandevaccination](http://www.bag.admin.ch/plandevaccination)



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Une campagne conjointe de l'OFSP, des cantons et des ONG,  
financée par le fonds de prévention du tabagisme.

**JULIE A ARRÊTÉ DE FUMER.  
VOUS AUSSI, VOUS POUVEZ LE FAIRE.**

La ligne stop-tabac vous aide à arrêter :

**0848 000 181\***



**S M O K E  
FREE**

**Je suis plus forte.**

Lorsque les parents fument, les enfants ont tendance à les imiter en grandissant. Faites le premier pas pour arrêter de fumer et montrez le bon exemple. Les professionnels de la ligne stop-tabac vous aident dans votre démarche.

**smokefree.ch**

\* 8 ct./min. depuis une ligne fixe

## [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch) :

# Déclarations de micro-organismes multirésistants en Suisse

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

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

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

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

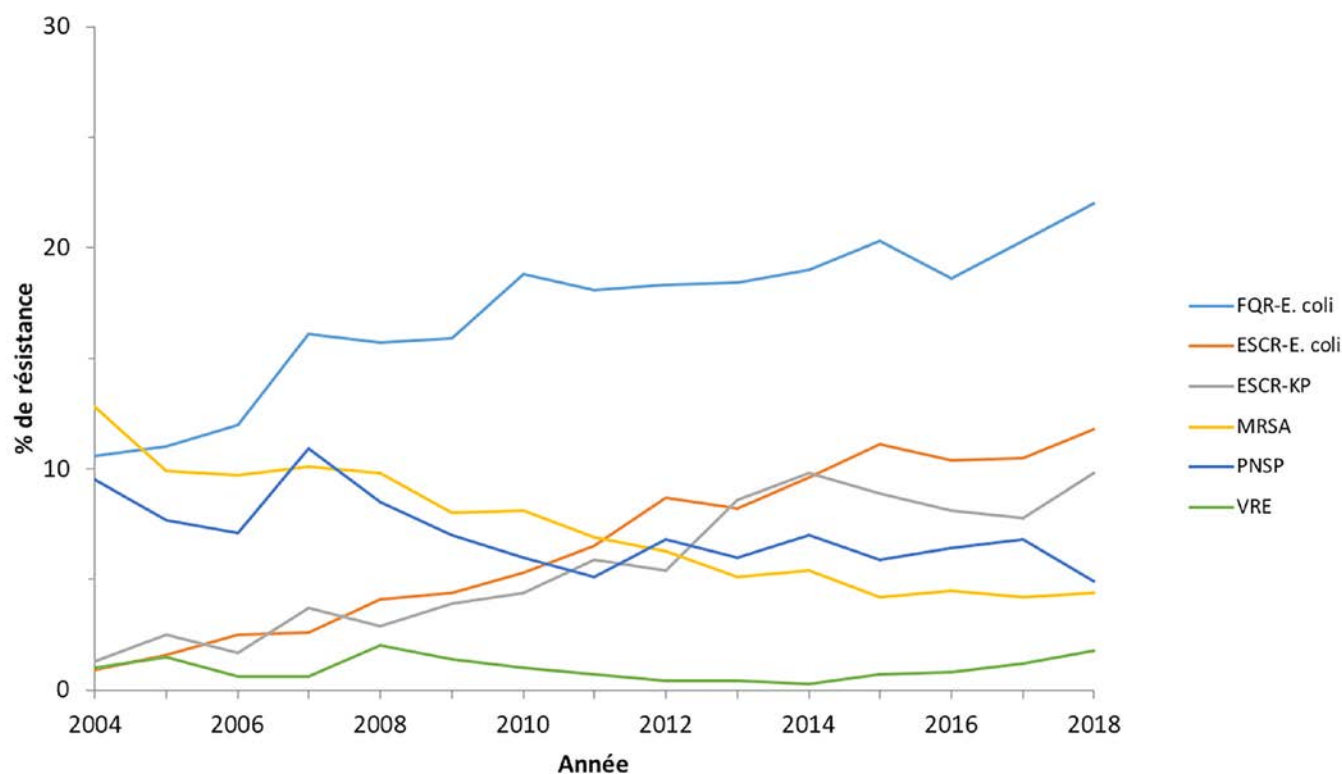
**PNSP** *Streptococcus pneumoniae* résistants à la pénicilline, définis comme tous les *S. pneumoniae* de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique pénicilline.

**VRE** Entérocoques résistants à la vancomycine, définis comme les entérocoques de sensibilité intermédiaire ou résistants à l'antibiotique vancomycine. Eu égard à la résistance intrinsèque de *E. gallinarum*, *E. flavescens* et *E. casseliflavus* à la vancomycine, seuls *E. faecalis* et *E. faecium* ont été pris en compte. Les entérocoques non spécifiés ont été exclus de l'analyse.

Anresis :

Situation : enquête anresis.ch du 15.08.2018

Proportion des micro-organismes multirésistants (en %) provenant d'isolats invasifs (n), 2004–2018



Année		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
FQR-E. coli	%	10.6	11.0	12.0	16.1	15.7	15.9	18.8	18.1	18.3	18.4	19.0	20.3	18.6	20.3	22.0
	n	1353	1534	2086	2287	2722	3142	3393	3528	3713	4109	4671	5166	5278	5504	2636
ESCR-E. coli	%	0.9	1.6	2.5	2.6	4.1	4.4	5.3	6.5	8.7	8.2	9.6	11.1	10.4	10.5	11.8
	n	1420	1622	2167	2359	2804	3258	3528	3695	3712	4102	4677	5162	5282	5510	2635
ESCR-KP	%	1.3	2.5	1.7	3.7	2.9	3.9	4.4	5.9	5.4	8.6	9.8	8.9	8.1	7.8	9.8
	n	238	278	353	427	484	587	656	656	686	730	871	951	1035	975	470
MRSA	%	12.8	9.9	9.7	10.1	9.8	8.0	8.1	6.9	6.3	5.1	5.4	4.2	4.5	4.2	4.4
	n	758	840	1063	1120	1220	1393	1413	1464	1383	1477	1713	1826	1864	2018	937
PNSP	%	9.5	7.7	7.1	10.9	8.5	7.0	6.0	5.1	6.8	6.0	7.0	5.9	6.4	6.8	4.9
	n	421	470	537	677	669	683	536	593	501	568	540	649	639	745	427
VRE	%	1.0	1.5	0.6	0.6	2.0	1.4	1.0	0.7	0.4	0.4	0.3	0.7	0.8	1.2	1.8
	n	191	203	311	335	454	588	611	672	698	761	966	1134	1029	1055	501

## Explications

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

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

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

### Contact

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

### Renseignements complémentaires

Des données de résistance supplémentaires concernant les principaux micro-organismes sont disponibles sur le site [www.anresis.ch](http://www.anresis.ch).

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine  
35/2018