



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 26 septembre 2022

Semaine
OFSP-Bulletin 39/2022

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

Grippe saisonnière 2021/22, p.8

Audits cliniques en radioprotection : une plus-value pour la qualité
des soins et la sécurité du personnel, p.20

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

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 50 00
Fax 058 465 50 58
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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	7
Grippe saisonnière 2021/22 _____	8
Audits cliniques en radioprotection : une plus-value pour la qualité des soins et la sécurité du personnel _____	20
Vol d'ordonnances _____	27

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 37^e semaine (20.09.2022)^a

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

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.bag.admin.ch/rapport-grippe.

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 37^e semaine (20.09.2022)^a

	Semaine 37			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	3 1.80	2 1.20	1 0.60	7 1.00	4 0.60	4 0.60	115 1.30	69 0.80	94 1.10	81 1.30	48 0.80	63 1.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	19 11.30	3 1.80		99 14.80	9 1.30		12022 138.00	59 0.70	11780 135.30	11598 187.20	43 0.70	11329 182.80
Légionellose	25 14.90	17 10.20	14 8.40	79 11.80	66 9.80	66 9.80	655 7.50	589 6.80	507 5.80	443 7.20	465 7.50	335 5.40
Méningocoques: maladie invasive	1 0.60		1 0.60	2 0.30		1 0.20	12 0.10	6 0.07	30 0.30	8 0.10	4 0.06	17 0.30
Pneumocoques: maladie invasive	5 3.00	11 6.60	6 3.60	20 3.00	41 6.10	20 3.00	622 7.10	403 4.60	674 7.70	432 7.00	309 5.00	450 7.30
Rougeole									50 0.60			37 0.60
Rubéole^c												
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	2 1.20	2 1.20	6 3.60	27 4.00	16 2.40	26 3.90	369 4.20	344 4.00	399 4.60	278 4.50	269 4.30	292 4.70
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	143 85.40	157 93.70	122 72.80	773 115.40	753 112.40	698 104.20	7600 87.30	6399 73.50	6437 73.90	5676 91.60	4815 77.70	4392 70.90
Hépatite A	3 1.80	1 0.60		7 1.00	4 0.60	6 0.90	58 0.70	44 0.50	83 1.00	42 0.70	33 0.50	57 0.90
Hépatite E	1 0.60	2 1.20	1 0.60	6 0.90	3 0.40	3 0.40	74 0.80	163 1.90	78 0.90	50 0.80	144 2.30	49 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	33 19.70	19 11.30	17 10.20	154 23.00	117 17.50	93 13.90	1242 14.30	831 9.50	782 9.00	935 15.10	639 10.30	486 7.80
Listériose	1 0.60	1 0.60	1 0.60	3 0.40	2 0.30	3 0.40	71 0.80	34 0.40	55 0.60	60 1.00	22 0.40	45 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				2 0.30			8 0.09	1 0.01	14 0.20	6 0.10		10 0.20
Salmonellose, autres	63 37.60	44 26.30	46 27.50	283 42.20	232 34.60	185 27.60	1750 20.10	1432 16.40	1309 15.00	1315 21.20	1061 17.10	818 13.20
Shigellose	6 3.60	3 1.80		20 3.00	10 1.50		163 1.90	60 0.70	138 1.60	116 1.90	51 0.80	50 0.80

	Semaine 37			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	259 154.60	274 163.60	270 161.20	1085 162.00	1094 163.30	957 142.80	12687 145.70	11628 133.50	11596 133.10	8960 144.60	8455 136.40	7785 125.60
Gonorrhée ^e	81 48.40	90 53.70	95 56.70	361 53.90	385 57.50	292 43.60	5011 57.50	3733 42.90	3527 40.50	3586 57.90	2658 42.90	2322 37.50
Hépatite B, aiguë			1 0.60		1 0.20	3 0.40	28 0.30	26 0.30	23 0.30	20 0.30	19 0.30	15 0.20
Hépatite B, total déclarations	21	22	13	80	69	61	1120	978	984	814	725	655
Hépatite C, aiguë			1 0.60			2 0.30	10 0.10	15 0.20	13 0.20	5 0.08	8 0.10	9 0.20
Hépatite C, total déclarations	25	6	11	98	60	66	1041	934	905	751	672	613
Infection à VIH	6 3.60	11 6.60		17 2.50	26 3.90	16 2.40	326 3.70	328 3.80	316 3.60	235 3.80	237 3.80	192 3.10
Sida		1 0.60		3 0.40	4 0.60	4 0.60	41 0.50	47 0.50	69 0.80	26 0.40	34 0.60	38 0.60
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	8 4.80	18 10.80	21 3.10	41 6.10	41 6.10	720 8.30	628 7.20	676 7.80	504 8.10	468 7.60	441 7.10
Syphilis, total ^g	2 1.20	10 6.00	26 15.50	28 4.20	56 8.40	60 9.00	986 11.30	842 9.70	921 10.60	685 11.00	620 10.00	594 9.60
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.60			1 0.20	1 0.20		6 0.07	6 0.07	4 0.05	5 0.08	5 0.08	1 0.02
Chikungunya							5 0.06	3 0.03	23 0.30	2 0.03	3 0.05	11 0.20
Dengue	1 0.60	2 1.20		7 1.00	3 0.40	1 0.20	67 0.80	16 0.20	161 1.80	54 0.90	13 0.20	74 1.20
Encéphalite à tiques	8 4.80	8 4.80	5 3.00	37 5.50	28 4.20	37 5.50	362 4.20	293 3.40	443 5.10	323 5.20	246 4.00	401 6.50
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		1 0.60	3 1.80	11 1.60	9 1.30	5 0.80	77 0.90	89 1.00	60 0.70	48 0.80	79 1.30	44 0.70
Infection à Hantavirus		1 0.60			1 0.20		3 0.03	3 0.03			3 0.05	
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	2 1.20	5 3.00	1 0.60	32 4.80	43 6.40	4 0.60	300 3.40	225 2.60	171 2.00	240 3.90	191 3.10	94 1.50
Trichinellose							5 0.06	2 0.02	3 0.03	5 0.08	1 0.02	3 0.05
Tularémie	1 0.60	3 1.80	2 1.20	5 0.80	24 3.60	12 1.80	135 1.60	205 2.40	145 1.70	68 1.10	172 2.80	84 1.40
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.02	1 0.02	
Diphthérie ^h	1 0.60			9 1.30	1 0.20		24 0.30	4 0.05	3 0.03	23 0.40	3 0.05	2 0.03
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				1 0.20		2 0.30	26 0.30	31 0.40	17 0.20	20 0.30	22 0.40	13 0.20
Tétanos												



**LE DON D'ORGANES : PARLEZ-EN
POUR LE BIEN DE VOS PROCHES**

VIVRE-PARTAGER.CH

**Parler au nom des autres, ce n'est pas facile.
Je fais part de ma volonté à mes proches.
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

swiss
transplant 

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

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 16.9.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	34		35		36		37		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	2	0.2	2	0.2	0	0	1	0.1
Piqûre de tiques	5	0.4	3	0.3	5	0.5	3	0.3	4	0.4
Borréliose de Lyme	9	0.8	2	0.2	11	1.0	4	0.4	6.5	0.6
Herpès zoster	9	0.8	4	0.3	9	0.8	5	0.5	6.8	0.6
Néuralgies post-zostériennes	2	0.2	0	0	2	0.2	3	0.3	1.8	0.2
Médecins déclarants	158		163		150		138		152.3	

Grippe saisonnière 2021/22

La saison de grippe 2021/22 reste inhabituelle, car encore influencée par la pandémie de COVID-19. Après une saison 2020/21 presque sans déclarations, la grippe est clairement de retour. Durant toute la saison 2021/22, le nombre de cas testés positifs pour Influenza signalés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) via le système de déclaration obligatoire était similaire à celui de la période 2019/20. La pandémie de COVID-19 a continué d'influencer le comportement de la population et donc le déroulement de l'épidémie de grippe.

Dans Sentinella, les cas de suspicion de grippe ne sont pas apparus en une seule vague, comme c'était le cas avant le COVID-19, mais en trois vagues plus petites, dont la dernière est survenue plus tard et a duré plus longtemps qu'à l'accoutumée. C'est sans doute la dernière vague qu'on peut considérer comme une véritable vague de grippe, en ce sens qu'elle coïncide avec des déclarations correspondantes dans le système de déclaration obligatoire.

GRIPPE SAISONNIÈRE EN SUISSE

En Suisse, les affections grippales (Influenza-like Illness, ILI) sont surveillées par le système de déclaration « Sentinella », établi sur une base volontaire (encadré 1). En 2021/22, l'enregistrement de ces affections est toutefois resté compliqué par le fait que les symptômes du COVID-19 qui sévissait alors sont semblables à ceux de la grippe saisonnière, ce qui a eu un impact déterminant sur la collecte des données par Sentinella (encadré 2). Une évaluation combinée de toutes les informations disponibles (encadré 1) permet de tirer les conclusions qui suivent pour la saison passée de grippe. En 2021/22, aucune épidémie de grippe classique n'a été observée à partir des consultations médicales pour des affections grippales dans Sentinella (encadré 1). On a assisté à trois petites vagues et l'activité grippale a duré plus longtemps qu'à l'accoutumée. Ces trois vagues ont coïncidé avec le signalement de prélèvements testés positifs par la surveillance virologique au Centre national de référence de l'Influenza (CNRI), la troisième correspondant à la période durant laquelle le CNRI a constaté la proportion maximale d'échantillons positifs et la déclaration obligatoire a enregistré le plus grand nombre de cas. La saison passée, le nombre de déclarations obligatoires en laboratoire a atteint en une seule vague un niveau similaire à celui des saisons précédentes (2020/21 exceptée). Cette vague a toutefois été repoussée dans le temps. Sachant que seuls les tests positifs sont déclarés et que nous ne disposons pas d'informations sur le nombre de tests effectués, donc d'un indicateur du

comportement de dépistage, il faut interpréter cette comparaison pluriannuelle avec prudence.

Épidémiologie des affections grippales (surveillance Sentinella)

En temps normal, la saison de grippe est comprise entre la semaine 40 d'une année et la semaine 16 de l'année suivante. L'OFSP publie un rapport hebdomadaire sur la situation épidémiologique tout au long de cette période. Pour la saison 2021/22, cette période a été prolongée jusqu'à la semaine 20, parce que l'épidémie de grippe a duré plus longtemps. La période d'observation s'étend donc du 2 octobre 2021 au 20 mai 2022 (cf. encadré 1, Semaines de déclaration Sentinella). En temps normal, un seuil épidémiologique est défini avant chaque saison de grippe sur la base des chiffres des saisons précédentes. Ce ne fut toutefois pas le cas pour 2021/22 et 2020/21, les chiffres issus de la surveillance Sentinella étant difficilement comparables avec les saisons précédentes en raison de la pandémie de COVID-19 (cf. encadré 2). Au cours de la saison de grippe 2021/22, on estime, par extrapolation, à 210 000 le nombre de premières consultations en cabinet de premier recours pour une affection grippale. Ce qui correspond à 2,4 % de la population, qui ont consulté un médecin de premier recours pour cette raison. L'incidence saisonnière moyenne était de 2407 pour 100 000 habitants, soit 13 % de moins que la moyenne des dix dernières saisons avant la pandémie de COVID-19 (2010/11 jusqu'à 2019/20) et 14 % de plus que la saison précédente (2020/21). Cette dernière avait été fortement influencée par les mesures prises pour lutter contre le coronavirus (l'incidence en 2020/21 était inférieure de 24 % par rapport à la moyenne des dix saisons précédentes et de 21 % par rapport à la saison 2019/20). L'incidence hebdomadaire maximale a été d'au moins 306 consultations pour 100 000 habitants au cours des cinq dernières saisons précédant la pandémie de COVID-19 (2015/16 à 2019/20), alors qu'elle atteignait à peine la moitié de cette valeur cette saison (143 pour 100 000 habitants), soit

1) SURVEILLANCE DES AFFECTIONS GRIPPALES

L'OFSP reçoit des informations sur la situation épidémiologique de l'influenza en provenance de trois systèmes différents: le système « Sentinella », le système de surveillance hospitalière « CH-SUR » et le système de déclaration obligatoire. La grippe saisonnière est principalement diagnostiquée sur la base des symptômes, et les suspicions cliniques ne sont pas soumises à déclaration. Celle-ci est **obligatoire** uniquement pour un frottis donnant lieu à un résultat de laboratoire positif. Comme, en hiver, les symptômes grippaux sont très fréquents, mais qu'aucun dépistage de l'influenza n'est effectué chez la plupart des patients en raison de symptômes modérés, l'OFSP a mis en place le système de déclaration Sentinella en collaboration avec un échantillon de médecins de premier recours (généralistes, spécialistes en médecine interne et pédiatres). Les médecins d'environ 180 cabinets prennent part volontairement à cette surveillance en transmettant à l'OFSP des renseignements sur leurs patients souffrant d'affections grippales (suspicion de grippe). On parle d'affection grippale en cas de **forte fièvre survenant soudainement (> 38 °C), de toux ou de maux de gorge**, éventuellement accompagnés d'une sensation marquée de maladie ou de faiblesse, de maux de tête, de douleurs musculaires, articulaires ou généralisées, ainsi que de symptômes gastro-intestinaux (touchant l'estomac et l'intestin). Les médecins déclarent également les consultations pour des affections subséquentes telles que la pneumonie (inflammation pulmonaire), la bronchite (inflammation des bronches) ou l'otite (inflammation de l'oreille). Sur la base de ces déclarations, l'OFSP extrapole le nombre de premières consultations par épisode liées à des affections grippales en Suisse. Cela permet d'estimer l'évolution de l'épidémie de grippe au sein de la population. On distingue les six régions suivantes:

Région 1: GE, NE, VD, VS

Région 2: BE, FR, JU

Région 3: AG, BL, BS, SO

Région 4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG

Région 5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH

Région 6: GR, TI

L'évaluation des déclarations et la représentation de leur évolution dans le temps se fondent sur la semaine Sentinella, qui court du samedi au vendredi.

Certains médecins Sentinella envoient des frottis nasopharyngés au **Centre national de référence de l'Influenza (CNRI)** des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui isole les virus Influenza présents dans les prélèvements et procède à

leur typage. Il analyse également une sélection de prélèvements pour vérifier une éventuelle résistance aux médicaments antiviraux contre la grippe (inhibiteurs de la neuraminidase). Le typage renseigne sur les virus en circulation et contribue à l'évaluation du degré de leur couverture par le vaccin saisonnier. En effet, dans l'attente des résultats des études spécifiques, celui-ci constitue un indicateur avancé de l'efficacité du vaccin.

L'exploitation des données Sentinella se base sur des échantillons non randomisés et un petit nombre de cas, ce qui signifie que les hypothèses et les extrapolations à l'ensemble de la population doivent être interprétées avec prudence. En outre, la fiabilité de ces extrapolations était moindre au cours de l'épidémie 2020/21 et 2021/2022 (cf. encadré 2).

L'OFSP utilise également les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur les causes des décès pour évaluer la gravité d'une éventuelle épidémie de grippe. Avant la pandémie de COVID-19, une surmortalité générale survenant pendant la saison de grippe était généralement imputable à l'influenza, mais ces deux dernières années, elle était plutôt due au COVID-19 [2].

L'OFSP tient aussi compte des informations provenant des **déclarations obligatoires** relatives aux résultats de laboratoires positifs à Influenza. Pour des raisons de capacité, du 25 décembre 2017 jusqu'à la saison 2019/20, seul un échantillon de ces déclarations a été entièrement saisi et extrapolé pendant l'épidémie de grippe. À partir de la saison 2020/21, les déclarations ont été numérisées et donc intégralement enregistrées. Seuls les résultats positifs sont déclarés: une comparaison fiable avec d'autres années est donc impossible, étant donné qu'il n'y a pas moyen d'évaluer le nombre de tests effectués chaque année.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention de la grippe (GRIPS), une surveillance des cas hospitalisés a été mise en place dans 6 hôpitaux en novembre 2018. Ce système a été étendu en 2020 pour enregistrer les cas de COVID-19 hospitalisés et a reçu le nom de « CH-SUR ». Il a endossé un rôle central dans la surveillance suisse des cas de COVID-19 hospitalisés, mais le recensement initial des cas de grippe a été maintenu, courant chaque année du 1^{er} novembre au 30 juin de l'année suivante. 20 hôpitaux font actuellement partie du système « CH-SUR ».

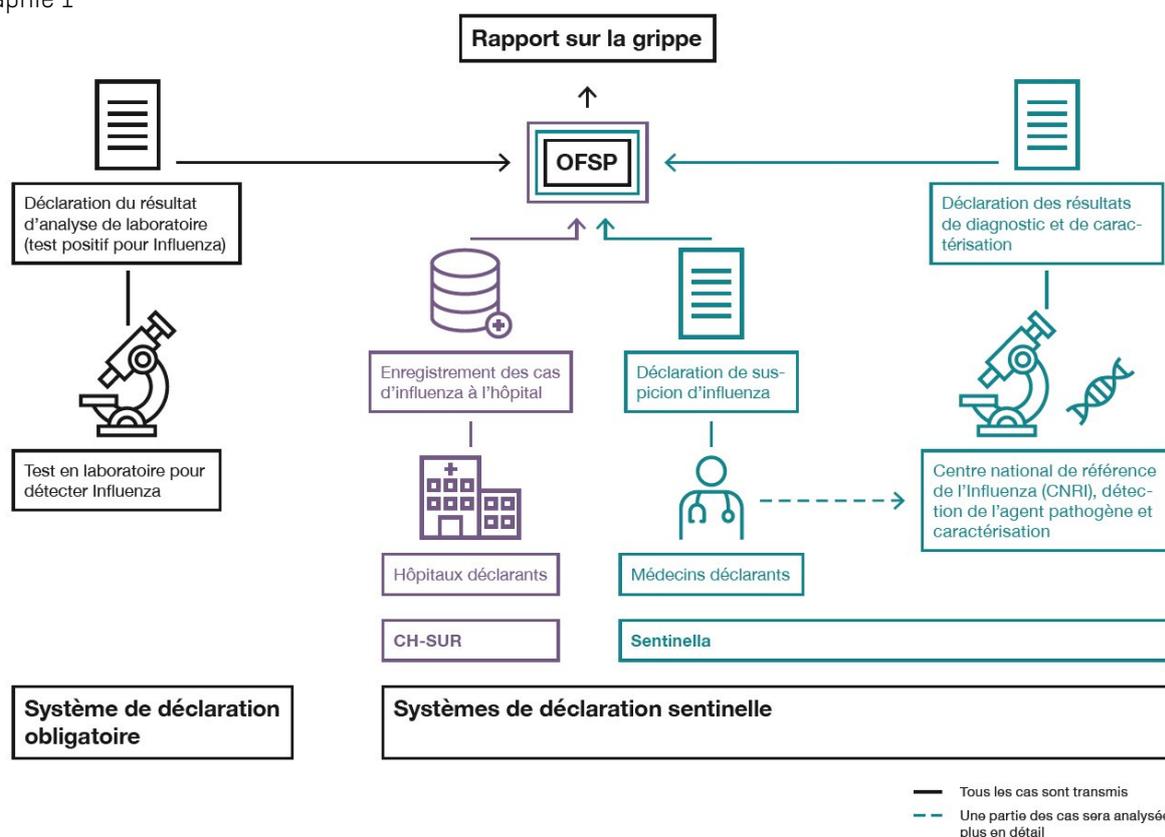
La surveillance des affections grippales est illustrée dans l'infographie 1.

une incidence similaire à celle de la saison 2020/21 (145/100 000 habitants).

Alors qu'en 2021/22 l'incidence globale des premières consultations pour affection grippale n'était que légèrement inférieure à celle d'une année normale, l'évolution des cas dans le temps était toutefois très différente. Comme lors de la première saison grippale pendant la pandémie de COVID-19

(2020/21), il n'y a pas eu de vague de grippe avec un pic marqué au cours de cette saison (figure 1). Au lieu de cela, trois petites vagues ont été observées, culminant en semaines 47/2021, 5/2022 et 11/2022. L'incidence avant, entre et après ces vagues était toujours plus élevée que l'incidence observée au cours d'une année normale avant et après la vague de grippe. Selon toute vraisemblance, l'incidence de base élevée

Infographie 1



tout au long de la saison, et même au-delà, est une conséquence de la prise en compte des cas de COVID-19 remplissant la définition d'une suspicion de grippe et déclarés comme telle. En effet, le premier virus Influenza n'a été détecté au CNRI qu'au cours de la semaine 47/2021, premier pic de consultations. Au cours de la semaine 5/2022, la proportion

de tests positifs a dépassé pour la première fois de la saison la barre des 10 %. C'est au cours des semaines 10/2022 à 13/2022 que le CNRI a enregistré la proportion la plus élevée de prélèvements testés positifs pour Influenza. Cette période coïncide avec la troisième vague de consultations pour des affections grippales.

Tableau 1

Incidence, par classe d'âge, des consultations dues à des affections grippales (ILI) en Suisse pour la saison 2021/222

Incidence hebdomadaire maximale et incidence saisonnière pour 100 000 habitants au cours des semaines 40/2021 à 20/2022 (extrapolation des données du système de déclaration Sentinella).

Classes d'âge	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence saisonnière
0-4 ans	196 (5/2022)	3510
5-14 ans	269 (12/2022)	3279
15-29 ans	243 (11/2022)	3037
30-64 ans	127 (5/2022)	2254
≥65 ans	90 (11/2022)	1257
Ensemble des classes d'âge	143 (11/2022)	2408

Les consultations déclarées pour la saison 2021/22, comme celle 2020/21, ne reflètent donc que partiellement l'épidémie de grippe, contrairement aux autres années. Sur un total de 4573 personnes (données Sentinella non extrapolées) ayant consulté un médecin de premier recours en raison d'une affection grippale, 4288 (94 %) remplissaient aussi bien les critères d'une suspicion de grippe que de COVID-19. On peut supposer qu'une partie des personnes présentant des symptômes grippaux étaient atteintes de COVID-19 et non de la grippe. Cette hypothèse est étayée par l'évolution similaire de la courbe des consultations pour des cas de suspicion de COVID-19 et des déclarations d'affections grippales (figures 1 et 2), ainsi que par la proportion élevée de frottis positifs au SARS-CoV-2. La saison de la grippe 2021/22 a débuté alors que diverses mesures contre le COVID-19 étaient déjà en place [1]. Contrairement à l'année précédente, la plupart d'entre elles étaient spécifiques au coronavirus, par exemple l'obligation de présenter un certificat COVID-19 pour pouvoir accéder à certains établissements et événements, alors que des mesures d'ordre général comme le port du masque ou le travail à domicile avaient été rétrogradées au stade de recommanda-

Tableau 2

Incidence régionale des consultations dues à une affection grippale (ILI) en Suisse pour la saison 2021/22

Incidence hebdomadaire maximale et incidence saisonnière pour 100 000 habitants au cours des semaines 40/2021 à 20/2022 (extrapolation des données du système de déclaration Sentinella).

Région	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence saisonnière
1: GE, NE, VD, VS	170 (12/2022)	2275
2: BE, FR, JU	128 (11/2022)	1878
3: AG, BL, BS, SO	73 (12/2022)	917
4: LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	194 (47/2021)	3116
5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH	230 (10/2022)	3669
6: GR, TI	254 (01/2022)	2760
Ensemble des régions	143 (11/2022)	2408

tion au début de la saison grippale 2021/22. Au cours de la semaine 49/2021, l'obligation de porter un masque a été réintroduite dans tous les lieux où l'accès était autorisé aux personnes qui n'étaient pas vaccinées ou guéries. À partir de la semaine 51/2021, le travail à domicile est redevenu obligatoire, les règles relatives au certificat ont été renforcées et une limitation des contacts privés a été introduite. Selon toute vraisemblance, ces mesures contre le COVID-19 ont également freiné la propagation des virus Influenza. La levée progressive de toutes les mesures, à l'exception du port obligatoire du masque dans les transports publics, au cours des semaines 5/2022 à 7/2022, a permis aux virus de la grippe de se propager plus librement, ce qui se reflète dans les courbes épidémiologiques des figures 4 et 5.

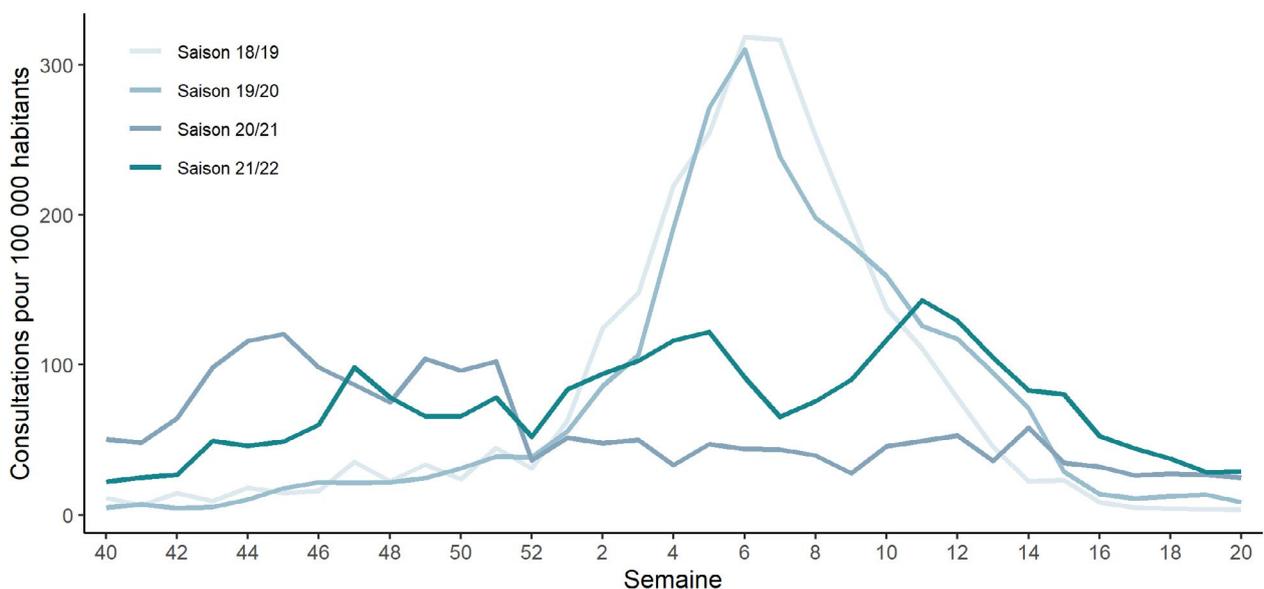
Répartition par âge

L'incidence saisonnière des consultations dues à une affection grippale était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans, alors que l'incidence hebdomadaire maximale était en revanche la plus élevée dans la classe d'âge des 5 à 14 ans. L'incidence saisonnière a diminué avec l'âge, allant de 3510 consultations pour 100 000 habitants chez les 0 à 4 ans à 1257 pour 100 000 chez les 65 ans et plus. L'incidence hebdomadaire maximale a varié entre 90 (> 65 ans) et 269 (5 à 14 ans) consultations pour 100 000 habitants (tableau 1).

Figure 1

Incidence des consultations dues à une affection grippale (ILI) en Suisse, par semaine Sentinella

Nombre hebdomadaire de consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants durant la saison 2021/22, comparaison avec les trois saisons précédentes (extrapolation des données du système de déclaration Sentinella). La pandémie de COVID-19 et les mesures de lutte contre la maladie ont modifié le comportement de la population et influencé la surveillance et l'incidence de l'influenza (encadré 2).



2) SURVEILLANCE DE LA SAISON GRIPPALE AU COURS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie de COVID-19 a influé sur la surveillance des saisons grippales 2020/21 et 2021/22. Comme les symptômes du COVID-19 ne diffèrent que très peu de ceux de la grippe, le COVID-19 ainsi que les mesures prises pour le combattre ont fortement influé sur les données Sentinella. À partir de la semaine 12/2020, l'enquête Sentinella portant sur les affections grippales a été élargie aux données relatives aux suspicions de COVID-19. Ce n'est toutefois que depuis la semaine 13/2020 qu'il a été possible de distinguer les cas remplissant uniquement les critères cliniques d'une suspicion de grippe de ceux remplissant aussi bien les critères d'une suspicion de grippe que de COVID-19. Comme la pandémie de COVID-19 a commencé avant la semaine 13/2020, l'incidence estimée des affections grippales pour les semaines 11 et 12 de l'année 2020 a été corrigée en fonction des données des semaines 10 et 13, en partant de

l'hypothèse d'une diminution linéaire du nombre de cas pendant cette période.

En temps normal, le nombre de consultations dues à une affection grippale est un très bon indicateur de l'évolution et de l'ampleur de l'épidémie de grippe. Il est toutefois à supposer que la pandémie et les recommandations de dépistage pour le COVID-19 ont modifié le comportement de la population en matière de consultations médicales, ce qui a également eu une incidence sur les données Sentinella.

En raison de la similitude des symptômes du COVID-19 et de la grippe, il y a lieu de considérer qu'une partie des personnes qui présentaient des symptômes d'affections grippales étaient atteintes du COVID-19 et non de la grippe. De même, il se peut que les personnes dont les symptômes se sont présentés sous la forme de COVID-19 aient en fait contracté la grippe.

Répartition régionale

En fonction de la région Sentinella (cf. encadré 1), l'incidence saisonnière des consultations dues à une affection grippale a varié entre 917 (région 3: AG, BL, BS, SO) et 3669 (région 5: AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH) consultations pour 100 000 habitants. L'incidence hebdomadaire maximale se situait entre 73 (région 3: AG, BL, BS, SO) et 254 (région 6: GR, TI) consultations pour 100 000 habitants.

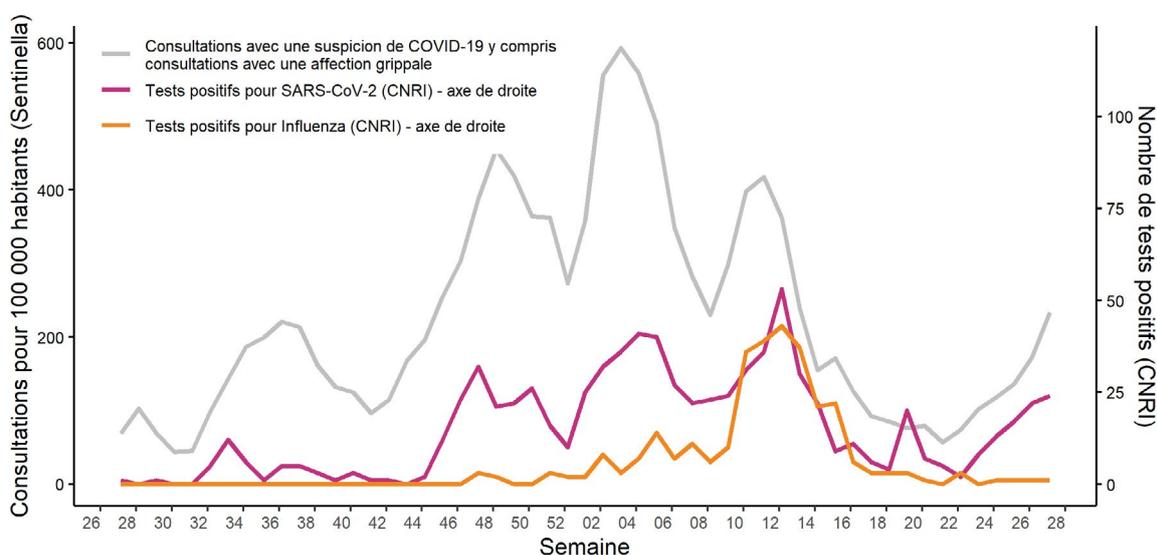
Complications et surmortalité

Au cours de la saison 2021/22, 10 % des 4573 cas de suspicion de grippe déclarés (données non extrapolées) appartenaient à un groupe de personnes présentant un risque accru de complication (cf. encadré 3). Une pneumonie a été diagnostiquée chez 2 % des cas de suspicion de grippe, et moins de 1 % du total des cas ont été hospitalisés directement après la consultation ambulatoire.

Figure 2

Incidence des consultations avec une suspicion de COVID-19 (y compris avec une affection grippale, ILI) et nombre de prélèvements analysés au CNRI positifs au SARS-CoV-2 ou à Influenza, par semaine Sentinella pour la saison 2021/22

Nombre hebdomadaire de consultations dues au COVID-19 et à une affection grippale pour 100 000 habitants durant la saison 2021/22, comparaison avec le nombre de tests positifs pour Influenza ou au SARS-CoV-2 qui ont été réalisés au CNRI. Seule une partie des consultations pour suspicion de COVID-19 ou de grippe font l'objet d'un prélèvement envoyé au CNRI. Tous les prélèvements envoyés sont testés pour vérifier la présence ou non de 13 virus respiratoires, dont Influenza et SARS-Cov-2.



OFSP, état des données au: 2022-09-12

En temps normal, toute surmortalité pendant la saison grippale sert d'indicateur indirect de la gravité d'une épidémie de grippe (cf. encadré 1). En Suisse, une surmortalité a été constatée pour la saison 2021/22 [2]. Au cours de cette période, dans la classe d'âge des 65 ans et plus, le nombre de décès a dépassé les valeurs attendues (+3200 décès au total, soit 17 %) durant les semaines 45/2021, 1/2022, 7/2022, 11/2022, 14/2022, 16/2022 et 20/2022. Chez les moins de 65 ans, au total 110 décès (23 %) de plus que ce qui était attendu ont été déclarés durant les semaines 41/2021, 47/2021 et 50/2021. La surmortalité enregistrée au cours de la première moitié de la saison grippale est due à la pandémie de COVID-19, car peu de virus grippaux circulaient durant cette période. Pour les autres semaines, la grippe pourrait avoir joué un rôle, en plus de la pandémie de COVID-19 toujours d'actualité.

Vaccination et thérapie antivirale

Le statut vaccinal était connu pour 3169 (69,3 %) des personnes déclarées (sans extrapolation) pour suspicion de grippe

et 322 (10,2 %) d'entre elles étaient vaccinées contre la grippe. Dans la classe d'âge des 65 ans et plus déclarés pour suspicion de grippe, la proportion des personnes vaccinées était plus élevée (50 %).

Quelque 0,2 % des 4573 cas ont reçu un traitement antiviral.

Virologie des affections grippales (surveillance Sentinella)

Virus Influenza et autres virus respiratoires en circulation

Sur les 2420 frottis nasopharyngés de patients présentant des symptômes grippaux et/ou une suspicion de COVID-19 testés par le CNRI durant l'ensemble de la saison grippale 2021/22, 292 (12 %) se sont révélés positifs pour Influenza. C'est nettement plus que la saison précédente (2020/21), au cours de laquelle un seul frottis avait été positif pour Influenza. Par rapport à la dernière saison avant la pandémie (2019/20), au cours de laquelle 488 (43 %) des 1130 échantillons ont été testés positifs pour Influenza, il s'agit toutefois d'une proportion nettement plus faible. Il faut toutefois interpréter avec prudence toute comparaison directe entre les saisons 2019/20

3) LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE EST RECOMMANDÉE AUX :

A) personnes qui ont un risque accru de complications graves en cas de grippe (pour ces personnes, la vaccination est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins sous réserve du montant de la franchise). Ce sont :

- les personnes de 65 ans et plus ;
- les femmes enceintes ou ayant accouché au cours des quatre dernières semaines ;
- les enfants nés prématurément (nés avant la 33^e semaine ou d'un poids inférieur à 1500 g à la naissance) dès l'âge de 6 mois pendant les deux premiers hivers suivant la naissance* ;
- les personnes (de plus de 6 mois) avec l'une des maladies chroniques suivantes : maladies cardiaques ; maladies pulmonaires (p. ex., asthme) ; troubles métaboliques affectant les fonctions cardiaques, pulmonaires ou rénales (p. ex., diabète ou obésité morbide, IMC \geq 40) ; troubles neurologiques (p. ex., maladie de Parkinson, troubles cérébrovasculaires) ou musculosquelettiques affectant les fonctions cardiaques, pulmonaires ou rénales ; maladie hépatique, insuffisance rénale ; asplénie ou trouble fonctionnel de la rate (y compris hémoglobinopathie) ; immunodéficience (p. ex. infection VIH, cancer, thérapie immunosuppressive)*/** ;
- les résidents des maisons de soins et des établissements pour patients atteints de maladies chroniques.

B) personnes qui, au sein de leur famille ou dans le cadre de leurs activités privées ou professionnelles*, sont en contact régulier avec :**

- **des personnes de la catégorie A ;**
- **des nourrissons de moins de 6 mois** (ceux-ci présentent des risques accrus de complications et ne peuvent être vaccinés en raison de leur très jeune âge).

La vaccination contre la grippe est recommandée en particulier à tout le personnel soignant, médical ou paramédical, au personnel des crèches, des garderies, des foyers pour personnes âgées et des EMS, y compris les étudiants et les stagiaires.

En outre, la vaccination contre la grippe saisonnière peut être envisagée pour toutes les personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale pour des raisons privées et/ou professionnelles. En particulier, chez les personnes en contact professionnel avec des porcs, la vaccination antigrippale peut réduire les risques de transmission entre l'animal et l'homme.

La période recommandée pour la vaccination court de mi-octobre jusqu'au début de l'épidémie de grippe. Une vaccination contre la grippe peut être réalisée avant, après ou en même temps qu'une vaccination contre le COVID-19 (sans intervalle de temps minimal).

* Pour les enfants de 6 mois à 8 ans qui n'ont encore jamais été vaccinés contre la grippe jusque-là, il est recommandé d'administrer deux doses à quatre semaines d'intervalle. Selon le vaccin, les enfants de moins de 3 ans reçoivent (à chaque fois) une demi-dose ou une dose entière.

** Suivant la nature et la gravité de l'immunodéficience, l'administration de deux doses (à intervalle de 4 semaines) peut être envisagée.

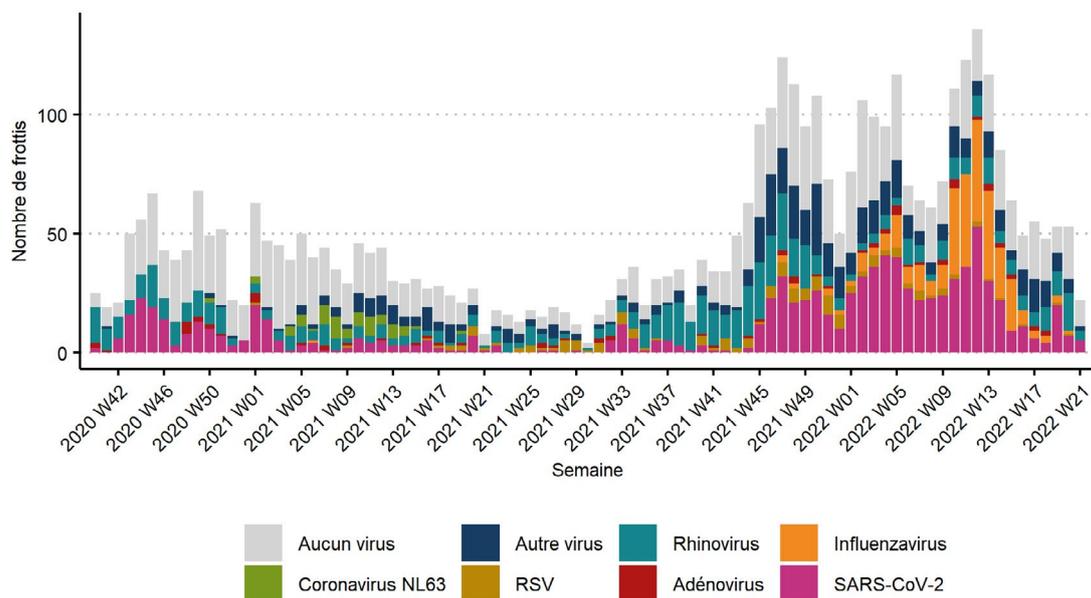
*** La catégorie B des personnes régulièrement en contact avec des personnes vulnérables comprend les enfants et les adultes de 6 mois à 64 ans. Si la vaccination est indiquée en raison de l'activité professionnelle, les frais de la vaccination sont en règle générale pris en charge par l'employeur.

État : août 2022

Figure 3

Nombre de virus détectés durant les saisons 2020/21 et 2021/22, par semaine Sentinella

Nombre de virus respiratoires détectés dans des échantillons prélevés sur des patients avec suspicion d'affection grippale et/ou de COVID-19 et testés par le CNRI. Certains prélèvements contenaient plusieurs virus. Ceux-ci sont comptés plusieurs fois.



OFSP, état des données au: 2022-05-31

et 2021/22 : en effet, la saison passée, ont été testés non seulement les cas d'affections grippales mais aussi ceux avec suspicion de COVID-19. La proportion de frottis positifs pour Influenza est plus élevée (20 %) si l'on tient uniquement compte de ceux provenant de patients suspectés d'affections grippales¹ (1215, dont 244 positifs pour Influenza).

Comme lors de la saison précédente (2020/21), les frottis nasopharyngés ont été analysés pour les virus respiratoires suivants, en plus de l'Influenza et du SARS-CoV-2 : rhinovirus, adénovirus, bocavirus, divers coronavirus humains (229E, HKU1, NL63, OC43), métagroupe humain (MPVh), divers virus parainfluenza (HPIV 1–4) et virus respiratoire syncytial humain (VRS). La figure 3 présente l'incidence des virus respiratoires les plus fréquents au cours des deux dernières saisons de grippe. Outre le SARS-CoV-2 et Influenza, les virus les plus fréquemment détectés sont les rhinovirus. Le virus respiratoire syncytial humain (VRS) était actif durant l'intersaison et au début de la saison 2021/22. Environ 35 % des frottis de cette dernière saison étaient négatifs pour tous les virus analysés, tandis que 8 % étaient positifs pour plus d'un virus. Comme il a été indiqué dans les rapports hebdomadaires, l'incidence des différents virus respiratoires dans les prélèvements de patients suspectés de grippe est très similaire selon que les patients présentent ou non simultanément une suspicion de COVID-19, sauf pour les virus Influenza et le SARS-CoV-2.

Types d'Influenza, sous-types/lignages et caractérisation

Les virus Influenza qui ont circulé pendant la saison 2021/22 appartenaient presque tous au type A (99 %), dont 269 (93 %)

du sous-type A(H3N2) et 16 (5 %) du sous-type A(H1N1) pdm09. Le 1 % restant étaient des virus grippaux B du lignage Victoria, qui ont circulé en début et en fin de saison (semaines 47–48/2021 et 20/2022). Le sous-type n'a pas pu être identifié pour 1 % des prélèvements, la charge virale étant trop faible. Le tableau 3 présente la caractérisation des virus Influenza.

Virus Influenza en circulation par classe d'âge et région

« Les virus Influenza A de sous-type H1N1pdm09 ont circulé majoritairement en Suisse romande dans les régions « GE, NE, VD, VS » et « BE, FR, JU » et dans la classe d'âge des 0 à 4 ans (33 %). Le virus Influenza A(H3N2) était présent dans toutes les régions et dans toutes les classes d'âge. Les trois prélèvements positifs pour Influenza B du lignage Victoria ont été détectés dans les trois régions suivantes (un par région) : « BE, FR, JU », « AG, BL, BS, SO » et « LU, NW, OW, SZ, UR, ZG » chez des personnes âgées de 15 à 64 ans.

Couverture par les vaccins et efficacité vaccinale

Le CNRI compare, au moyen d'un test d'inhibition de l'hémagglutination, les souches détectées dans les prélèvements nasopharyngés des patients aux souches vaccinales. Sur 292 prélèvements positifs, 44 (15 %) ont été testés (tableau 3). Aucune étude sur l'efficacité vaccinale n'a été réalisée en Suisse. Le tableau 4 présente les estimations préliminaires d'efficacité vaccinale pour l'Europe et les États-Unis, qui montrent que la vaccination contre la grippe 2021/22 n'a pas réduit de manière significative le risque d'affections nécessitant un traitement médical ambulatoire et dues aux virus Influenza A(H3N2), soit le virus prédominant cette saison.

Aux États-Unis, l'efficacité de la vaccination contre affections à Influenza du sous-type A(H3N2) est estimée à 16 % [7], contre 35 % pour le réseau européen I-MOVE [3] et 34 % pour la France [4]. Une étude danoise fait état d'une bonne efficacité vaccinale chez les enfants de 2 à 6 ans (62,7 % chez les enfants hospitalisés et 64,3 % chez les enfants non hospitalisés) [5]. Chez les personnes âgées de 7 à 44 ans, elle était plus faible (24,8 %); elle était non significative dans les autres classes d'âge [5]. Une étude espagnole indique un effet possiblement encore dû aux vaccinations des années précédentes [6]. Pour cette année, l'efficacité vaccinale a été jugée modérée (37 %) [6].

Résistances aux médicaments antiviraux

Dans le cas d'affections virales, on peut voir apparaître des résistances aux médicaments utilisés à des fins thérapeutiques, raison pour laquelle les virus Influenza sont régulièrement testés pour déterminer s'ils sont résistants à de tels médicaments. 52 des virus isolés (45 A[H3N2], 5 A[H1N1]pdm09 et 2 B-Victoria) ont été analysés par séquençage du gène de la neuraminidase afin de détecter une résistance aux inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir) et aux inhibiteurs de la sous-unité protéique de la polymérase acide (baloxavir marboxil). Parmi eux, 46 ont pu être analysés avec succès. Le séquençage n'a révélé aucune résistance.

Mise en évidence d'Influenza dans le système de déclaration obligatoire

Indépendamment de la surveillance des suspicions de grippe dans le système Sentinella, certains patients atteints d'affections grippales font l'objet d'un diagnostic en laboratoire. Les laboratoires sont tenus de déclarer les résultats positifs pour Influenza (cf. encadré 1). Au cours de la saison 2021/22, 11 962 cas de grippe confirmés en laboratoire ont ainsi été déclarés par le biais du système de déclaration obligatoire. Le nombre de cas déclarés retrouve par conséquent le niveau

d'avant la pandémie de COVID-19 (11 999 cas pour 2019/20). Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux de la saison 2020/21, pour laquelle seuls 44 cas de grippe confirmés avaient été déclarés.

Comme seuls les cas positifs doivent être déclarés, il faut interpréter avec prudence toute comparaison avec les années précédentes. À la lecture de la figure 5, on peut observer que le système de déclaration obligatoire fait état d'une vague de grippe entre les semaines 9/2022 et 17/2022, qui est intervenue plus tardivement et qui a duré plus longtemps que dans les années précédant la pandémie. Les raisons de ce décalage résident dans les mesures prises contre la pandémie de COVID-19, ainsi que dans leur assouplissement et leur levée.

Résultats pour influenza dans le système de surveillance hospitalière (CH-SUR)

Les données de cas d'influenza hospitalisés enregistrés dans le système de surveillance hospitalière « CH-SUR » (encadré 1) sont publiées pour la première fois dans le cadre de ce rapport annuel. Pendant la période du 1 novembre 2021 au 20 mai 2022, 969 cas de grippe avaient été enregistrés dans « CH-SUR » au 24 juin 2022, dont 496 (51 %) concernaient des hommes et 473 (49 %) des femmes. Les plus de 64 ans constituaient la catégorie d'âge la plus fréquente (47 %). 10 % des cas ont été classés comme infections nosocomiales. 7 % des 834 cas pour lesquels des informations étaient disponibles ont nécessité une admission aux soins intensifs. L'issue est connue pour 822 cas : 21 personnes sont décédées, dont 18 avaient plus de 64 ans. On ignore si les personnes sont décédées avec ou à cause de la grippe. Le taux de létalité (case fatality ratio) s'est élevé à 2,6 %. Le type de grippe est connu pour 941 cas : 930 (98,8 %) avaient contracté un virus Influenza de type A, 11 (1,2 %) de type B. Cette répartition est congruente avec les résultats du CNRI pour les prélèvements du système de déclaration Sentinella.

Tableau 3
Virus Influenza caractérisés en 2021/22

Données du CNRI.

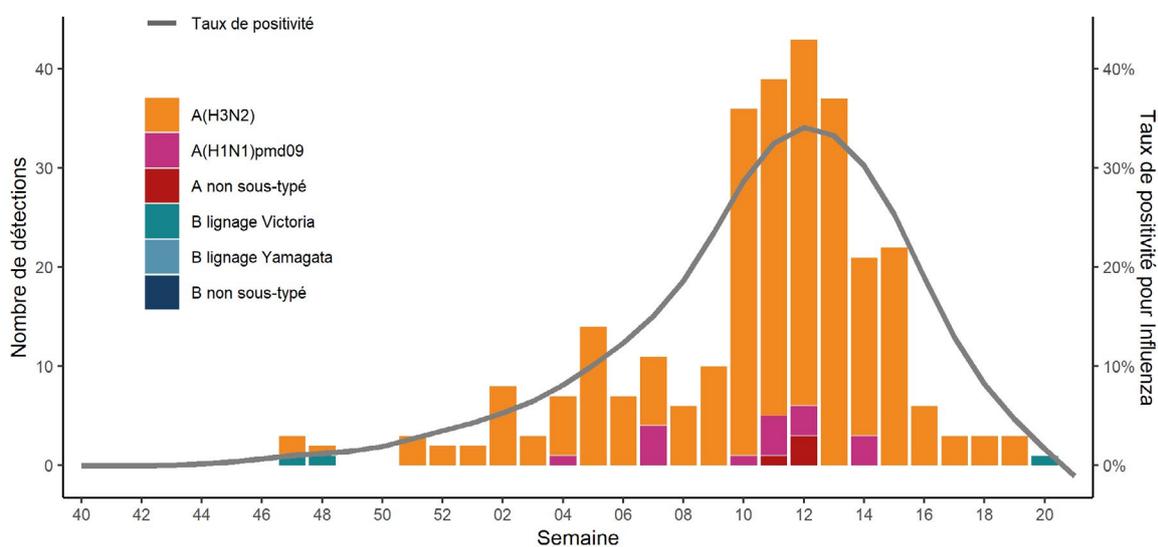
Nombre de frottis positifs pour Influenza	Type	Nombre de virus sous-typés	Sous-type/lignage	Nombre de virus caractérisés	Résultat de la caractérisation (virus dont les antigènes sont similaires à la souche)	Couverture par les vaccins*
289	A	16	H1N1pdm09	2	A/Guangdong Maonan/SWL1536/19	N 2020/21
				1	A/Brisbane/02/2018	N 2019/20
		269	H3N2	2	Similaire à A/Cambodia/e0826360/2020	N 2021/22
				13	Similaire à A/England/5 Similaire à 38/18	Faible pour N 2021/22
				21	Similaire à A/Darwin/9/21	S 2022
				2	Similaire à A/Hong Kong/2671/19	S 2022
3	B	0	Yamagata	0	-	
		3	Victoria	1	Similaire à B/Brisbane/60/08	N 2009/10, S 2017
				2	Similaire à B/Austria/1359417/21	S 2022

* N = hémisphère nord, S = hémisphère sud

Figure 4

Nombre de virus Influenza détectés par sous-type et lignage, et taux de positivité pour la saison 2021/2022, par semaine Sentinella

Nombre hebdomadaire d'échantillons déclarés dans Sentinella testés positifs pour Influenza par le CNRI. Les prélèvements positifs sont répartis par sous-type et par lignage. Le taux de positivité des échantillons positifs pour Influenza est calculé par rapport au total des échantillons reçus par le CNRI.



OFSP, état des données au: 2022-09-12

CONTEXTE INTERNATIONAL – GRIPPE SAISONNIÈRE EN EUROPE

Épidémiologie

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) surveille la grippe saisonnière en Europe (pays de l'UE/EEE). L'activité grippale dans l'ensemble de la région a atteint des niveaux bien supérieurs à ceux de la saison 2020/21 [3]. Le début de l'épidémie de grippe est globalement défini par un taux de positivité de 10 % calculé sur tous les prélèvements

sentinelles. Ce seuil a été franchi lors des semaines 49/2021 et 50/2021. Peu après, l'activité grippale, basée sur le taux de positivité, a atteint un premier pic durant la semaine 52/2021 (19 %) [3], un pic qui n'a pas été observé en Suisse. L'activité grippale a ensuite baissé jusqu'à la semaine 4/2022, avant d'augmenter à nouveau, puis de se stabiliser (semaines 10 à 15/2022, taux de positivité de 25–30 %), avant de diminuer à nouveau [3]. En Suisse, à l'instar de l'Europe, on a observé une

Tableau 4

Études présentant des estimations d'efficacité vaccinale contre les virus Influenza pour la saison 2021/2022

Études publiées avant le 26 juillet 2022.

		I-MOVE [3]	Santé publique France [4]	Emborg H-D. et al. 2022 [5]	Martínez-Baz I. et al. 2022 [6]	Chung J.R. et al. 2022 [7]
Type d'étude		Multicentrique test négatif	Système sentinelle	Étude cas-témoins test négatif	Étude cas-témoins test négatif	Multicentrique test négatif
Région		Europe (réseau I-MOVE)	France	Danemark	Région de Navarre, Espagne	États-Unis
Efficacité contre Influenza A/H3N2, Danemark: Influenza A (pour des personnes symptomatiques)	2–6 ans			64,2 % [95 % CI = 50.5 à 74.1]		–
	7–17 ans			24,8 % [95 % CI = 12.8 à 35.2]		–
	18–44 ans	37 % [95 % CI: 3–59]		–5,1 % [95 %-CI = –19.5 à 7.5]		–
	45–64 ans					–
	≥65 ans					–
	Total	35 % [95 % CI: 6–54]	34 % [CI 95 %: –3–58]		39 % [95 % CI: 16 to 55]	16 % [95 % CI = –16 à 39]

augmentation du taux de positivité à partir de la semaine 5/2022, puis une poussée significative durant la semaine 10/2022, avec un pic maximal de 38 %, suivi d'une stabilisation jusqu'à la semaine 15/2022. Au cours de la saison 2021/22, 7063 (12 %) des 59 814 prélèvements sentinelles ont été testés positifs pour Influenza [3]. En comparaison, au cours des saisons précédentes (2015–2019), 12 212 en moyenne (43,8 %) sur 27 903 prélèvements sentinelles étaient positifs [3].

Virologie

Types et sous-types de virus Influenza en circulation

En Europe, la répartition des virus Influenza est très similaire à celle de la Suisse (cf. tableau 5). La plupart des virus Influenza détectés étaient de type A (6962, 98,6 %), seuls 101 appartenaient au type B (1,4 %) [3]. Parmi les virus Influenza sous-typés, la plupart appartenaient au sous-type H3N2 (5449 sur 5837, 93,4 %), contre 388 (6,6 %) pour le sous-type A(H1)pdm09. Seuls 15 virus Influenza de type B ont été sous-typés, tous appartenant au lignage Victoria [3].

VACCINATION

Couverture vaccinale

En mars 2022, une enquête téléphonique représentative a été réalisée en Suisse sur la « vaccination contre la grippe saisonnière » auprès d'un échantillon de 3600 personnes appartenant à des groupes auxquels l'OFSP recommande de se faire vacciner. Le taux de vaccination des sondés pour 2021/2022 s'élevait à 37 % chez les personnes de plus de 65 ans (contre 38 % en 2020/21 et 28 % en 2019/20) et à 35 % chez celles atteintes d'une maladie chronique², (contre 37 % en 2020/21 et 27 % en 2019/20). Il était de 21 % chez les personnes travaillant dans le secteur de la santé, soit à un niveau plus bas

que dans les années précédentes (2020/21 et 2019/20: 26 %), et de 8 % chez celles en contact régulier avec des personnes avec un risque accru de complications graves (2020/21: 9 % ; 2019/20: 7 %) [8].

Composition des vaccins contre la grippe saisonnière 2022/23

Les vaccins contre la grippe enregistrés en Suisse contiennent des fragments de virus inactivés ou des virus de la grippe atténués provenant de quatre souches (vaccins quadrivalents). Ils comprennent des antigènes d'une souche des virus Influenza A H1N1 et H3N2 et des lignages Victoria et Yamagata d'Influenza B.

Fin février 2022, l'OMS a publié les recommandations définitives concernant la composition des vaccins contre la grippe pour la saison 2022/23 dans l'hémisphère nord [9].

Les souches vaccinales du sous-type A(H3N2) et du lignage B Victoria du vaccin de la saison 2021/22 ont été remplacées par une autre souche, afin de couvrir de manière optimale les virus en circulation (tableau 6).

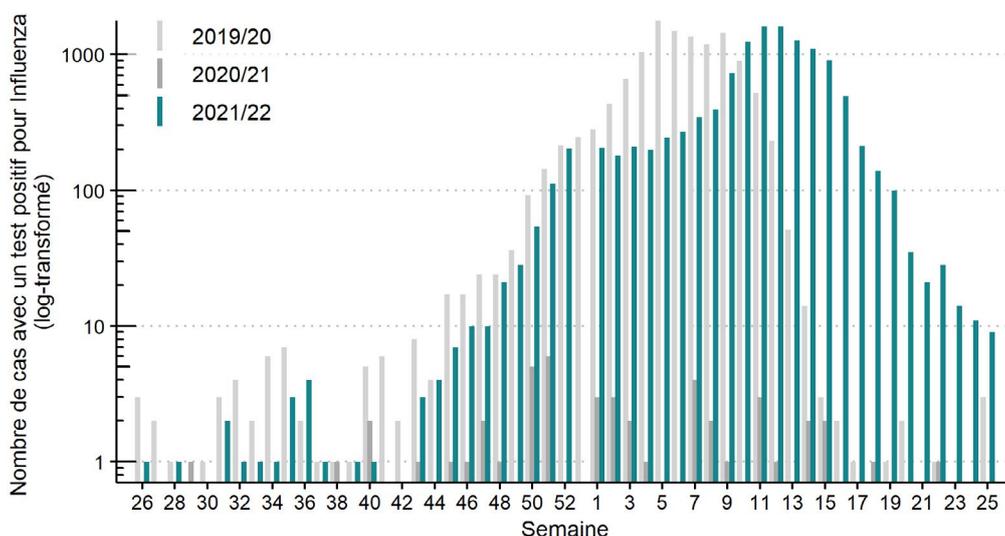
Vaccins contre la grippe disponibles en Suisse

Quatre vaccins quadrivalents contre la grippe sont disponibles en Suisse pour la saison 2022/23, dont trois sont inactivés. Outre les fragments de virus inactivés, ils contiennent de l'eau, des excipients servant à la conservation et à la stabilisation ainsi que de faibles traces de protéines d'œuf et d'antibiotique aminoglycoside (servant de moyen de conservation lors de la production). Les vaccins autorisés en Suisse sont exempts de composés contenant du mercure ou de l'aluminium. En général, les virus utilisés pour les vaccins sont cultivés sur des œufs de poule puis inactivés.

Le tableau 7 donne un aperçu des produits disponibles en

Figure 5

Nombre de cas testés positifs pour Influenza déclarés dans le système obligatoire durant les saisons 2019/20, 2020/21 et 2021/22, par semaine



OFSP, état des données au: 2022-06-28

Tableau 5

Virus Influenza en circulation en Suisse, comparaison avec l'Europe

Fréquence des sous-types et lignages d'Influenza isolés, de la semaine 40/2021 à la semaine 20/2022.

	Suisse	Europe [3]
Nombre de prélèvements positifs pour Influenza	292	7063
Nombre de prélèvements testés	2420	59814
A(H3N2)	269 (94,4%)	5449 (93,4%)
A(H1N1)pdm09	16 (5,6%)	388 (6,6%)
A non sous-typé	4	1125
A total	289 (99,0%)	6962 (98,6%)
B (lignage Yamagata)	0	0
B (lignage Victoria)	3 (100%)	15 (100%)
B (lignage non déterminé)	0	86
B total	3 (1%)	101 (1,4%)

Tableau 6

Recommandations de l'OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe

Comparaison de la composition des vaccins trivalents et quadrivalents, saison 2021/22 et 2022/23.

Sous-type/ lignage	Recommandation 2021/22 [10]	Recommandation 2022/23 [9]
A(H1N1)pdm09	A/Victoria/ 2570/2019	A/Victoria/ 2570/2019
A(H3N2)	A/Cambodia/ e0826360/2020	A/Darwin/9/2021
B Victoria	B/Washington/ 02/2019	B/Austria/ 1359417/2021
B Yamagata	B/Phuket/3073/2013	B/Phuket/3073/2013

Suisse. L'OFSP publie des informations actuelles sur www.se-vaccinercontrelagrippe.ch/la-vaccination/les-vaccins.html.**Recommandations relatives à la vaccination contre la grippe**

La vaccination contre la grippe saisonnière demeure recommandée pour les personnes présentant un risque accru de complications [11, 12] (cf. encadré 3).

En cas de risque accru de complications, les coûts de la vaccination sont, conformément à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS, pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (hors franchise et quote-part); si la vaccination est indiquée pour des raisons professionnelles, les coûts sont en général pris en charge par l'employeur.

La prise en charge des coûts des vaccins Efluelda® et Fluenz Tetra® est en cours d'examen (au 9 septembre 2022).

Pour les professionnels de la santé en contact direct avec des patients, la vaccination réduit non seulement le risque de

contracter la grippe, mais aussi celui d'une éventuelle transmission des virus aux patients. Il en va de même pour tout autre individu en contact direct avec des personnes présentant un risque accru de complications.

Les recommandations détaillées concernant la vaccination contre la grippe figurent dans l'encadré 3 et sont disponibles sur le site www.sevaccinercontrelagrippe.ch. La durée de la protection offerte par le vaccin étant en général inférieure à un an, une nouvelle vaccination à l'automne est nécessaire, même pour les personnes qui ont déjà été vaccinées l'année précédente.La **période recommandée** pour la vaccination court de mi-octobre jusqu'au début de l'épidémie. En général, avant la pandémie de COVID-19, l'épidémie a commencé en Suisse en janvier ou en février. Une vaccination effectuée en décembre laisse donc encore suffisamment de temps (une à deux semaines) au système immunitaire pour développer une protection.

La vaccination contre la grippe protège uniquement contre l'influenza et non contre le COVID-19 ou les autres affections respiratoires qui surviennent communément en hiver. Une vaccination contre la grippe peut avoir lieu avant, après ou en même temps qu'une vaccination contre le COVID-19.

PERSPECTIVES

À l'heure actuelle, il n'est pas encore possible de se prononcer sur le début ou le déroulement de la prochaine saison grippale 2022/23 pour la Suisse. La surveillance de la grippe sera effectuée comme les années précédentes.

REMERCIEMENTS

L'OFSP remercie tout spécialement les médecins du réseau Sentinella pour leur aide extrêmement précieuse, sans laquelle il serait impossible d'assurer la surveillance de la grippe en Suisse. Cette surveillance est très utile, tant aux médecins qu'à l'ensemble de la population du pays. Il remercie également les laboratoires et, en particulier, le Centre national de référence de l'Influenza (CNRI) à Genève pour leur collaboration, ainsi que tous les hôpitaux qui participent au système « CH-SUR ».

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

Tableau 7

Vue d'ensemble des produits disponibles pour la saison 2022/2023 (état juillet 2022)

Produit (fabricant)	Type de vaccin	Autorisation/ classe d'âge
Efluelda®* (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné, quadrivalent, vaccin à haute dose (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus), quantité d'antigènes multipliée par 4 afin de renforcer l'efficacité. Administration i.m.	Pour les adultes âgés, dès 65 ans
Fluarix Tetra® (GlaxoSmithKline)	Vaccin fractionné, quadrivalent (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus). Administration i.m.	Pour adultes et enfants dès 36 mois
Vaxigrip Tetra® (Sanofi Pasteur)	Vaccin fractionné, quadrivalent (constitué de particules virales fragmentées incluant l'hémagglutinine et la neuraminidase ainsi que d'autres composants du virus). Administration i.m.	Pour adultes et enfants dès 6 mois
Fluenz Tetra®* (Astra Zeneca)	Vaccin vivant atténué, quadrivalent (virus de la grippe capables de se multiplier, dont la pathogénicité est fortement atténuée et qui provoquent une réponse immunitaire muco-solale et systémique). Administration par spray nasal (gauche et droite)	Pour enfants et adolescents âgés de 2 à 17 ans (avant le 18 ^e anniversaire)

* La prise en charge d'**Efluelda®** et de **Fluenz Tetra®** est en cours d'évaluation (au 9 septembre 2022).

Remarques

- Sont considérés comme frottis nasopharyngés avec suspicion d'affections grippales tous ceux qui, selon les informations du système de déclaration Sentinella ou du formulaire de demande de laboratoire du CNRI, remplissent les critères d'affection grippale (fièvre et toux ou maux de gorge). Pour une partie des prélèvements, il y a suspicion aussi bien d'influenza que de COVID-19.
- Les maladies chroniques comprennent les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires et des voies respiratoires (y c. asthme), le diabète/diabète sucré, l'immunodéficience ou les cancers ainsi que d'autres maladies chroniques (p. ex. insuffisance rénale, troubles hépatiques, trouble fonctionnel de la rate, obésité morbide avec IMC ≥ 40 , accident vasculaire cérébral).

Références

- Office fédéral de la santé publique OFSP, « Coronavirus: mesures et prescriptions ». [Online]. Available: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/tabelle-aenderungen-massnahmen.pdf.download.pdf/Aenderungen_Massnahmen.pdf. Consulté le 29.08.2022.
- Office fédéral de la statistique OFS, « Mortalité, causes de décès », 2021. [Online]. Available: [https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html).
- European Centre for Disease Prevention and Control ECDC and World Health Organization WHO, « Flu News Europe, Bulletin Week 20, 2022 », 31, 05/2022. [Online]. Available: <https://flunewseurope.org/Archives>. Consulté le 29.08.2022.
- S. p. France, « Bulletin épidémiologique grippe, semaine 11. Saison 2021-2022 », 23.03.2022. [Online]. Available: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-11.-saison-2021-2022>. Consulté le 29.08.2022.
- E. Hanne-Dorthe, V. Lasse S., B. B. Amanda, N. Jens, K. Tyra G. et T. Ramona, « A late sharp increase in influenza detections and low interim vaccine effectiveness against the circulating A(H3N2) strain, Denmark, 2021/22 influenza season up to 25 March 2022 », Eurosurveillance, vol. 27, N° 15, pp. 1–5, 14.04.2022.
- M.-B. Iván, C. Itziar, M. Ana, N. Ana, P. Francisco, T.-S. Camino, A. Esther, E. Fernando, B. Cristina, F.-H. Miguel, E. Carmen et C. Jesús, « Effectiveness of influenza vaccination in preventing influenza in primary care, Navarre, Spain, 2021/22 » Eurosurveillance, Bd. 27, Nr. 26, pp. 1–5, 30.06.2022.
- C. Jessie R. et al., « Estimations provisoires de l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière de 2021–22 – États-Unis, février 2022 », Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2022.
- Office fédéral de la santé publique OFSP, « DemoSCOPE Research & Marketing. Enquête téléphonique pour connaître le taux de vaccination contre la grippe pour la saison 2020/21 » non publié.
- World Health Organization WHO, « Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2022–2023 northern hemisphere influenza season », 25.02.2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-2023-northern-hemisphere-influenza-season>. Consulté le 29.08.2022.
- World Health Organization WHO, « Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2021–2022 northern hemisphere influenza season », 26 February 2021. [Online]. Available: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/202102_recommendation.pdf?sfvrsn=8639f6be_3&download=true. Consulté le 28.06.2021.
- Office fédéral de la santé publique OFSP, « Recommandation de vaccination contre la grippe » [Online]. Available: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html>.
- Office fédéral de la santé publique OFSP, « Qui devrait se faire vacciner ? », 2022. [Online]. Available: <https://impfengegenueberblick.ch/de-ch/impfung/impfempfehlungen.html>. Consulté le 29.08.2022.

Audits cliniques en radioprotection : une plus-value pour la qualité des soins et la sécurité du personnel

Les audits cliniques en radioprotection sont devenus obligatoires depuis 2020 pour tous les établissements médicaux (hôpitaux, cliniques, instituts) exploitant des installations de tomodensitométrie, de radio-oncologie, de médecine nucléaire ou effectuant des examens de radiologie interventionnelle. L'évaluation des premiers audits révèle leur plus-value pour garantir une haute qualité des soins ainsi que la sécurité du personnel puisque des doses élevées ou inutiles de rayonnement ionisant peuvent s'avérer nocives pour la santé. La réalisation des prochains audits permettra de mieux mettre en lumière les possibles améliorations des pratiques médicales en Suisse.

Les audits cliniques en radioprotection sont basés sur un système de peer-review, dans lequel des échanges entre pairs ont lieu afin de déterminer des possibles améliorations que l'établissement audité pourrait apporter à ses pratiques médicales. Le but de tels audits est de profiter de l'expérience et du regard extérieur et neutre des auditeurs en vue d'encore mieux protéger les patients et le personnel des rayonnements ionisants inutiles, ceux-ci pouvant représenter un danger pour leur santé. La radioprotection étant un sujet de préoccupation pour toutes les parties prenantes travaillant en radiologie, en radio-oncologie, en médecine nucléaire et en cardiologie, toutes les fonctions professionnelles sont impliquées dans les audits cliniques. Ainsi, ce sont des équipes interdisciplinaires composées d'un médecin (deux en cardiologie), d'un physicien médical et d'un TRM/infirmier spécialement formés qui se rendent une journée auprès de l'établissement audité. La page www.auditclinique.ch ainsi que le dernier article publié dans ce bulletin (OFSP Bulletin 50/19 p.13) présentent les audits plus en détail.

L'arrivée de la pandémie et ses vagues successives ont naturellement retardé la réalisation des premiers audits cliniques obligatoires. Finalement, 29 sites ont pu être audités en 2021, ceux-ci étant répartis sur tout le territoire suisse. Durant le premier semestre 2022, le nombre de sites audités a grimpé à 32, et au moins 11 audits sont planifiés pour le second semestre. La figure 1 indique tous les établissements audités jusqu'à présent (audits-pilotes inclus, voir ci-dessous) ainsi que ceux planifiés pour l'automne 2022. Une majorité d'audits a été réalisée en radiologie puisque le nombre d'établissements

concernés est 7 à 10 fois supérieur aux autres spécialités. Il est à noter que les services audités sont tirés au sort pour chaque région linguistique.

Les contenus des différents audits avaient auparavant été développés puis testés par les différentes commissions d'experts lors des audits-pilotes. Ceux-ci avaient ensuite été évalués et approuvés par le comité de pilotage qui rassemble des représentants des sociétés professionnelles de radiologie, de médecine nucléaire, de radio-oncologie, de cardiologie, des physiciens médicaux, des TRM, la FMH ainsi que l'OFSP (voir fig. 2).

Le contenu des audits cliniques varie pour chaque spécialité. Néanmoins, leur structure demeure semblable : après une phase préparatoire, l'équipe d'auditeurs se rend auprès de l'établissement audité et une séance d'ouverture rassemble les auditeurs, leurs pairs audités, d'autres personnes du service et, si possible, le management de l'institut. Des entretiens entre pairs ont ensuite lieu en parallèle, puis l'équipe d'auditeurs se rassemble à nouveau afin d'élaborer ses conclusions. À la fin de l'audit, elle présente oralement ses recommandations au service audité. Par la suite, ces informations seront rédigées sous la forme d'un rapport final qui sera uniquement envoyé au service audité. L'OFSP n'a pas connaissance du contenu du rapport, sauf en cas de manquements graves, ce qui n'a jamais été le cas jusqu'à présent.

AU MOINS 90 % DES ÉTABLISSEMENTS ONT ÉVALUÉ LA QUALITÉ D'EXÉCUTION DES AUDITS

Tous les établissements audités ont eu la possibilité d'évaluer la qualité d'exécution des audits cliniques grâce à un sondage anonyme. Plusieurs sites ont parfois été audités simultanément lorsque la collaboration entre eux était intense (mêmes collaborateurs, processus identiques, etc.).

Le taux de réponse a ainsi été d'au moins 90 %, une personne par établissement (ou collaboration) ayant généralement rempli le questionnaire, 5 établissements ayant fourni 2–3 réponses.

Tous les corps de métiers ont répondu de manière assez égale puisque les réponses ont été données par 8 médecins, 10 physiciens médicaux, 6 TRM (et 3 autres). Aucune tendance des réponses fournies par les différentes fonctions n'a été observée.

L'AMBIANCE ET LA QUALITÉ DES ÉCHANGES ONT ÉTÉ JUGÉES TRÈS BONNES

Le succès d'un audit réside principalement en la qualité des échanges interpersonnels ayant lieu entre les audités et les auditeurs. Tous les répondants, sauf un, ont décrit l'ambiance dans laquelle s'est déroulé l'audit comme étant excellente (80 % des cas) ou bonne (15 %), ce qui démontre le très haut niveau de professionnalisme des auditeurs spécialement formés à la technique de l'audit (voir fig. 3).

Concernant la qualité des différents entretiens ayant eu lieu durant les audits, plus de 85 % des établissements l'ont jugée bonne à très bonne. Ceci concerne par exemple les entretiens intradisciplinaires ayant lieu de manière parallèle entre pairs (p. ex. médecin-médecin), ou l'entretien final durant lequel l'équipe d'auditeurs présente ses recommandations.

Quant à la phase préparatoire, 95 % des établissements ont jugé la qualité des échanges avec l'auditeur responsable comme étant très bonne à bonne. Ces résultats sont très réjouissants et démontrent la haute qualité d'exécution des audits cliniques.

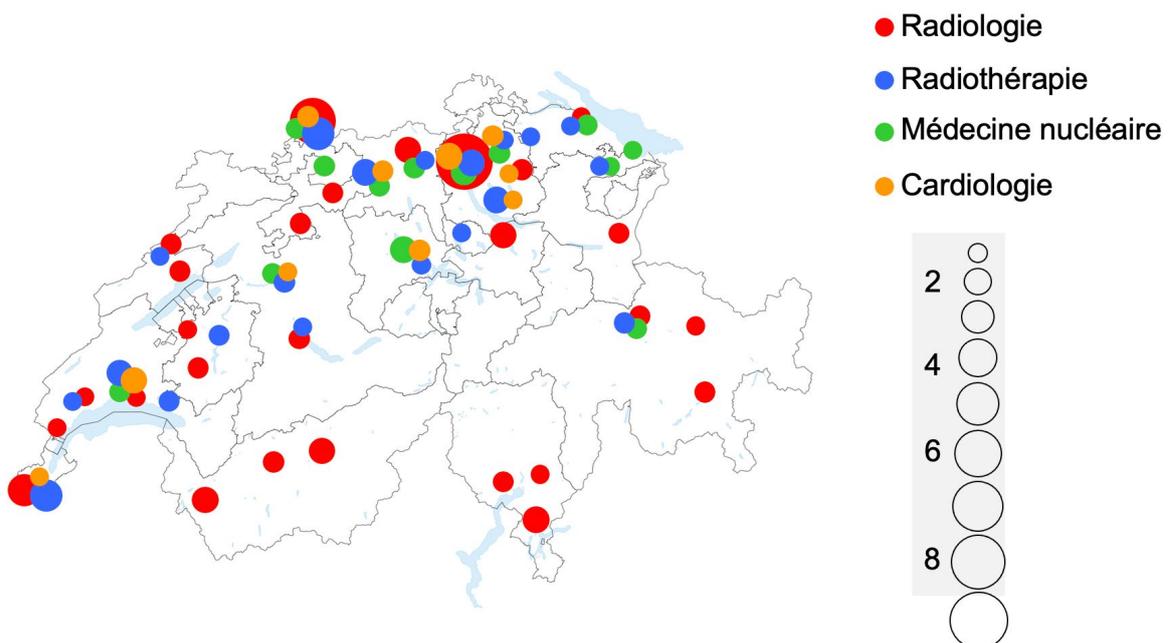
UNE TRÈS BONNE EXPÉRIENCE AINSI QU'UNE HAUTE UTILITÉ DES AUDITS CLINIQUES

Les audits cliniques étant basés sur une évaluation effectuée entre pairs, ce système est nouveau en Suisse dans le domaine de la santé et de la radioprotection. Néanmoins, l'expérience tirée par les audités est très positive puisque jugée très bonne à bonne dans 85 % des cas (voir fig. 3).

Quant à l'utilité des audits cliniques, celle-ci a été jugée en moyenne très haute à haute, comme indiqué dans la figure 4. De petites différences semblent apparaître selon les spécialités, néanmoins une meilleure statistique sera nécessaire pour confirmer ces résultats préliminaires. Ainsi, l'utilité des audits cliniques semble être la plus haute en cardiologie, et plus particulièrement pour la sécurité des patients et les procédures-

Figure 1

Sites ayant été audités lors des audits-pilotes ou obligatoires en radiologie (rouge), radiothérapie (bleu), médecine nucléaire (vert) ou cardiologie (orange). La taille des points est proportionnelle au nombre de sites audités. Les audits déjà annoncés pour l'automne 2022 sont aussi indiqués.



internes. En radiologie et en radiothérapie, l'utilité est haute pour toutes les thématiques. Ceci est également le cas en médecine nucléaire en ce qui concerne la protection des patients.

MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ÉDICTÉES PAR LES AUDITEURS

Les établissements audités ont répondu au sondage 2 à 7 mois après la journée d'audit. La mise en œuvre des recommandations édictées par les auditeurs pouvant nécessiter plus ou moins de temps et de ressources, il est difficile de quantifier leur taux d'implémentation.

Néanmoins, les réponses obtenues démontrent que pratiquement tous les établissements ont déjà implémenté des mesures, ou avaient l'intention de le faire (voir fig. 5). Ceci est surtout le cas en cardiologie, puis en radiologie et en médecine nucléaire. La radiothérapie avait peu implémenté de mesures lors de l'enquête, ce qui est en adéquation avec les résultats des commissions d'experts (voir ci-dessous) puisque parfois aucune recommandation n'a été édictée.

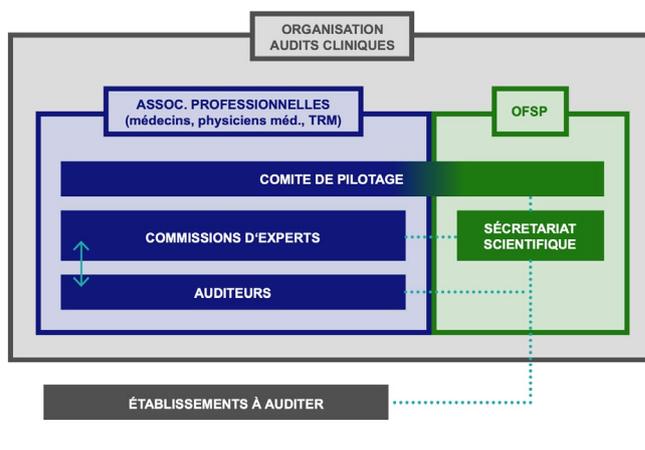
CONTENU DES RAPPORTS D'AUDIT SELON L'ÉVALUATION DES COMMISSIONS D'EXPERTS

L'OFSP ne reçoit pas les rapports des audits cliniques, sauf en cas de manquements graves observés par les auditeurs, ce qui n'a jamais été le cas jusqu'à présent. Par contre, les commissions d'experts y ont accès et présentent annuellement leur évaluation au comité de pilotage.

Ces informations, qui sont complémentaires au sondage des établissements audités, permettent au comité de pilotage de prendre des mesures correctives, si nécessaire. Ceci toujours dans l'optique d'apporter une plus-value aux établissements audités, et ainsi indirectement aux patients et au personnel.

Figure 2

Organisation des audits cliniques composée du comité de pilotage, des 4 commissions d'experts (radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire, cardiologie), du pool d'auditeurs et du secrétariat scientifique.



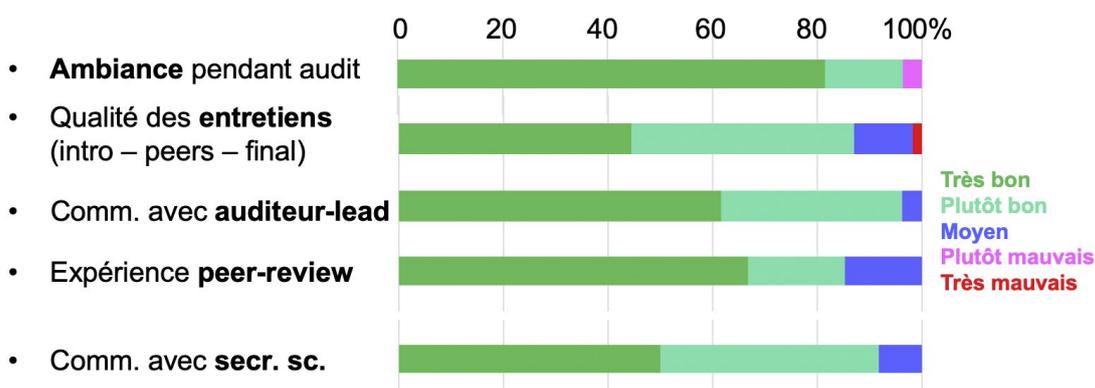
Le nombre modeste d'audits effectués en 2021 ne permet pas encore d'obtenir une bonne vue générale de la pratique médicale des établissements audités ainsi que des principales améliorations possibles. Néanmoins, ces résultats s'alignent sur ceux des audits-pilotes. Voici le résumé de l'évaluation des premiers audits obligatoires :

Radiologie

En radiologie, les audits se concentrent sur la tomodensitométrie (scanners CT) en évaluant tous les processus incriminés. Les principaux thèmes concernent la prescription de l'examen et le contrôle de sa justification, sa réalisation, l'organisation et l'assurance qualité ainsi que l'utilisation de divers standards tels les niveaux de référence diagnostiques (NRD) ou les directives.

Figure 3

Perception des personnes auditées pour différentes thématiques, sur une échelle à 5 niveaux (très bon à très mauvais).



78 recommandations ont été édictées par les auditeurs en 2021, ceci pour les 12 établissements audités (répartis sur 15 sites différents), 6 se trouvant dans le secteur privé, les 6 autres dans le secteur public. 44 % des recommandations concernaient l'organisation et l'assurance qualité, 31 % la réalisation des examens, 15 % la prescription de l'examen et 10 % les standards.

Tous les audits ont été effectués selon le programme planifié. Tous les auditeurs ont également pu se rendre sur place, sauf une personne qui a suivi tout l'audit et effectué ses interviews à distance, sans aucunement entraver la réalisation de l'audit.

Radiothérapie

Tout le chemin du patient est évalué dans les audits cliniques en radio-oncologie. Les 6 audits effectués en 2021 concernaient 8 différents sites de radio-oncologie. Ici aussi, tous les audits ont été réalisés selon le programme habituel d'audit, et tous les auditeurs ont pu se déplacer.

Seule la moitié des équipes d'auditeurs a indiqué 1 à 8 recommandations générales ou spécifiques dans leur rapport. Cela semble indiquer le haut niveau de qualité des soins et de sécurité en lien avec la radioprotection déjà établis dans les centres audités.

En sachant que l'utilité des audits a été jugée plutôt haute pour la protection du patient, du personnel et les procédures internes (voir fig. 4), cela démontre que la qualité des échanges entre pairs, et non seulement le nombre de recommandations édictées, décrivent la plus-value apportée par les audits cliniques.

Médecine nucléaire

En médecine nucléaire, la thématique des audits cliniques porte actuellement sur tout le chemin du patient lors des examens PET-CT oncologiques. Durant la période de janvier 2021 à l'été 2022, 5 audits ont eu lieu et 6 sites étaient concernés. Ici aussi, tous les audits ont eu lieu comme planifiés, et tous les auditeurs ont pu se rendre sur place pour les réaliser.

La préparation des audits s'est déroulée de manière optimale puisque tous les établissements ont fourni les documents requis à temps. De plus, les auditeurs ont été accueillis très cordialement et les différents corps de métiers étaient adéquatement représentés.

Les résultats démontrent un très haut standard de travail des établissements audités, au sein desquels l'implication de la physique médicale est positivement perçue. En moyenne, ce sont 6 recommandations qui ont été édictées par les auditeurs. Par ailleurs, la préparation des audits contribue clairement à améliorer la qualité des soins.

Cardiologie

Durant le premier cycle des audits cliniques, seuls les centres cardiologiques effectuant autant de cardiologie interventionnelle que de l'électrophysiologie sont concernés, et la

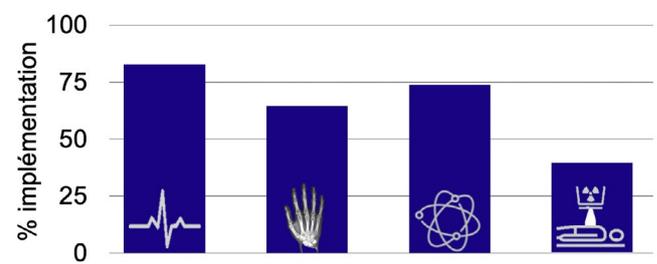
Figure 4

Utilité des audits cliniques pour les patients, les procédures internes et le personnel des 4 spécialités impliquées. L'échelle de 1-5, 5 représentant l'utilité maximale, a été transformée en pourcentage (5=100 %). Ainsi «+++» correspond à une utilité plus grande que 90 %, «++» à une fourchette de 72-84 %, et «+» à 58-67 % d'utilité.

	Patients	Procédures	Personnel
Cardiologie	+++	+++	++
Radiologie	++	++	++
Méd. nucléaire	++	+	+
Radiothérapie	++	++	++

Figure 5

Taux de mise en œuvre actuelle ou future des recommandations édictées par les auditeurs pour la cardiologie, la radiologie, la médecine nucléaire et la radiothérapie (gauche à droite).



thématique porte principalement sur la radioprotection opérationnelle.

De manière similaire aux autres spécialités, tous les audits obligatoires planifiés depuis 2021 ont pu avoir lieu et les auditeurs ont pu se rendre sur place. Ceci est spécialement important en cardiologie puisque les auditeurs observent entre autres une opération en cours.

Jusqu'à l'été 2022, ce sont 6 établissements qui ont été audités, et une moyenne de 10 recommandations par audit a été édictée. Celles-ci concernaient par exemple l'utilisation de moyens de protection supplémentaires pour le personnel, le port du dosimètre bague au doigt, la prévention contre les expositions des parties corporelles du patient qui ne sont pas nécessaires pour l'intervention, ainsi que le suivi des formations complémentaires requises.

CONCLUSIONS

La très haute qualité de réalisation des premiers audits cliniques obligatoires permet aux établissements audités d'améliorer la qualité de leurs soins et de garantir la sécurité de leurs patients ainsi que celle de leur personnel face aux rayonnements ionisants.

Ces excellents résultats démontrent le très grand professionnalisme de tous les auditeurs impliqués, qu'ils soient médecins, physiciens médicaux, techniciens en radiologie ou infirmiers en cardiologie. Comme l'a démontré l'étude européenne QuADRANT, la collaboration avec les associations professionnelles concernées est un élément-clé pour une implémentation réussie des audits cliniques en radioprotection.

Le rythme des audits s'est accéléré en 2022, puisqu'une quarantaine de sites seront normalement évalués jusqu'à la fin de l'année. Jusqu'en 2025, qui marquera la fin du premier cycle d'audit, les programmes d'audit des différentes spécialités resteront identiques. Ainsi, pour la première fois et grâce à l'expertise des auditeurs et des commissions d'experts, le comité de pilotage obtiendra une vue générale des pratiques médicales en Suisse en radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire et cardiologie. Ces connaissances lui permettront non seulement de définir le contenu des audits du prochain cycle, mais aussi et surtout de communiquer les meilleures pratiques médicales actuelles en lien avec l'utilisation des rayonnements ionisants.

L'OFSP tient à remercier tous les acteurs qui ont participé d'une manière ou d'une autre à ce projet et se réjouit de pouvoir continuer à profiter de la motivation et de l'expertise de la centaine de personnes externes impliquées à ce jour.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Division Radioprotection
Secrétariat scientifique Audits cliniques
Téléphone 058 462 96 08
clinicalaudits@bag.admin.ch

Et... action!



1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur lovelife.ch

« Les antibiotiques
sauvent des vies :
utilisons-les avec
parcimonie. »



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		10078563
		10085218

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
39/2022