

# Rapport annuel sur les virus respiratoires 2023/2024

En Suisse, la saison 2023/2024 a de nouveau été marquée par la circulation de différents agents pathogènes respiratoires. Les consultations ambulatoires pour des infections respiratoires aiguës ou des symptômes grippaux ont culminé entre mi-décembre et début février. La vague de grippe saisonnière a été moins virulente que lors de la saison précédente, retrouvant pour la première fois un niveau comparable à celui d'avant la pandémie. Le pic d'activité grippale a été atteint début février; une vague de COVID-19 est survenue mi-décembre et a reflué pendant l'épidémie de grippe, avant de connaître une recrudescence à partir de mai 2024.

## 1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN SUISSE

### Nouveautés dans la lutte contre les agents pathogènes respiratoires

La pandémie de COVID-19 a entraîné infections, hospitalisations et décès. Par ailleurs, elle a amené l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à étendre et à adapter les systèmes de déclaration (voir encadré). Le système de surveillance « Sentinella » recense les consultations ambulatoires données par les médecins participants pour des syndromes grippaux (*influenza-like illness* ou ILI) et le résultat des analyses virologiques menées par le Centre national de référence de l'influenza (CNRI) sur une partie de ces cas. Le champ d'application de Sentinella a été étendu pour surveiller également les symptômes spécifiques au COVID-19 durant les premières années de la pandémie. Depuis 2020, le CNRI analyse aussi les échantillons à la recherche du SARS-CoV-2, du virus respiratoire syncytial (VRS), de rhinovirus, d'adénovirus, de coronavirus saisonniers et d'autres virus respiratoires. Les critères de la surveillance syndromique ont également fait l'objet d'un remaniement entré en vigueur pour la saison 2022/2023, afin de recenser plus largement les infections respiratoires aiguës sans fièvre (IRA), et plus uniquement les ILI. Le système de surveillance hospitalière CH-SUR mis en place peu avant la pandémie pour recenser les hospitalisations liées à la grippe a été étendu aux hospitalisations liées à une infection au SARS-CoV-2. Enfin, les eaux usées font l'objet d'un monitoring depuis 2022: des échantillons prélevés dans différentes stations d'épuration des eaux usées (STEP) de Suisse sont analysés à la recherche de l'influenzavirus, du SARS-CoV-2 et du VRS. Ces nouvelles données ont permis de mieux appréhender l'activité de ces agents pathogènes respiratoires. L'année 2024 a également apporté du nouveau du côté de la vaccination, deux vaccins contre le VRS étant désormais autorisés: un anticorps monoclonal pour les enfants en bas âge (immunisation passive) et un vaccin pour les personnes âgées. Ces développe-

ments permettent d'élargir la portée du rapport annuel sur la grippe saisonnière: à compter de la présente édition, il rend compte de la lutte contre divers virus respiratoires, en particulier le SARS-CoV-2, l'influenzavirus et le VRS.

### 1.1. Consultations ambulatoires dans le système Sentinella

#### 1.1.1. Incidence hebdomadaire et annuelle des consultations pour ILI et IRA

Sur l'ensemble de l'année épidémiologique 2023/2024 (soit de la semaine 26/2023 à la semaine 25/2024), 7563 cas d'IRA et 4905 cas d'ILI ont été déclarés. Cela correspond à une incidence annuelle de 4014 cas d'IRA et de 2595 cas d'ILI pour 100 000 habitants. Si l'on extrapole ces chiffres à l'ensemble de la population suisse, il y aurait eu quelque 355 000 consultations ambulatoires pour IRA et 230 000 pour ILI au cours de l'année sous revue. L'incidence hebdomadaire des consultations pour IRA et ILI a présenté une évolution comparable à celle des années précédentes (voir figure 1). Dans le cas des consultations pour IRA, c'est en décembre (semaine 51) qu'a été enregistrée l'incidence hebdomadaire la plus élevée, avec 163 cas pour 100 000 habitants. Quant aux consultations pour ILI, elles ont culminé début février (semaine 5), avec 148 cas pour 100 000 habitants (voir tableau 1). Enfin, 87 % des consultations pour ILI déclarées dans le système Sentinella ont eu lieu pendant la saison grippale classique (soit de la semaine 40/2023 à la semaine 20/2024).

#### 1.1.2. Répartition par âge

Comme par le passé, c'est chez les 0 à 4 ans que les plus fortes incidences saisonnières et annuelles de consultation ont été enregistrées, tant pour ILI que pour IRA, et c'est chez les 65 ans et plus qu'elles ont été les plus faibles (voir tableau 1). L'incidence hebdomadaire maximale des consultations pour ILI a été enregistrée entre mi-janvier et mi-février (semaines 2 à 6)

## Surveillance des virus respiratoires

L'Office fédéral de la santé publique reçoit des informations sur la situation épidémiologique des virus respiratoires en provenance de quatre systèmes différents : le système de déclaration obligatoire, le système « Sentinella », le système de surveillance hospitalière « CH-SUR » et le monitoring des eaux usées. La surveillance des virus respiratoires en Suisse est illustrée dans l'infographie 1.

Les diagnostics de grippe saisonnière et de COVID-19 sont souvent posés sur la base des symptômes ; seule une partie des cas est soumise à des tests en laboratoire pour déterminer la présence du virus de la grippe ou du SARS-CoV-2. En cas de résultat positif, le cas est annoncé au système de déclaration obligatoire. Comme les symptômes grippaux sont très fréquents en hiver, mais que la plupart des patients atteints de symptômes légers ne font pas de test, l'OFSP a mis en place le système de déclaration Sentinella avec un échantillon de médecins de premier recours (généralistes, internistes et pédiatres). Les médecins de 170 cabinets qui participent volontairement à cette surveillance transmettent à l'OFSP des informations sur les patients qui présentent, entre autres, une affection grippale (ILI) ou une infection respiratoire aiguë (IRA). L'IRA est définie comme suit : « maladie qui débute de manière aiguë avec toux, maux de gorge, essoufflement ou rhume ET que le médecin juge comme une infection. » On parle d'ILI en cas d'« apparition soudaine de forte fièvre (>38 °C), de toux ou de maux de gorge, éventuellement accompagnés d'une sensation marquée de maladie et de faiblesse, de douleurs musculaires ou articulaires, de céphalées ou de douleurs généralisées et de symptômes gastro-intestinaux ». Les ILI constituent ainsi un type d'IRA. Les médecins déclarent également les consultations pour des maladies secondaires telles que pneumonies, bronchites ou otites. Sur la base des consultations déclarées, l'OFSP extrapole le nombre de consultations pour des ILI et des IRA en Suisse. Cela permet d'estimer l'évolution des IRA, et notamment de la grippe saisonnière et du COVID-19, dans la population. Les données Sentinella se basant sur de petits échantillons, il convient d'interpréter ces extrapolations avec prudence. Une partie des médecins Sentinella envoie des prélèvements nasopharyngés au

Centre national de référence de l'influenza (CNRI) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Celui-ci analyse tous les échantillons par PCR multiplex pour dépister le SARS-CoV-2, l'influenzavirus, le VRS et d'autres virus respiratoires (adénovirus, bocavirus, coronavirus [229E, HKU1, NL63, OC43], métapneumovirus, virus para-influenza 1 à 4 et rhinovirus). Le CNRI isole et type les virus grippaux à partir des échantillons envoyés. Il recherche également sur un échantillon des résistances aux médicaments antiviraux contre la grippe (inhibiteurs de la neuraminidase). Le typage fournit des informations sur les influenza virus en circulation et contribue à l'évaluation du degré de couverture offert par le vaccin saisonnier.

Le système de surveillance épidémiologique de la grippe et du COVID-19 dans les hôpitaux suisses « CH-SUR » a également pris de l'importance durant la pandémie. Il permet de collecter des données sur l'évolution clinique des cas pour surveiller la charge de morbidité et l'évolution de la dangerosité des virus. Il fournit notamment des informations sur le nombre d'hospitalisations, leur durée et le statut vaccinal des patients, ainsi que sur les séjours en soins intensifs et intermédiaires. En cas de décès à l'hôpital d'un patient atteint de la grippe ou du COVID-19, il est également possible de voir si le décès était imputable à l'infection ou non. Les moyens alloués pendant la pandémie par la Confédération pour surveiller les hospitalisations dues à la grippe et au COVID-19 étaient limités dans le temps et arrivent à terme. Le système de surveillance hospitalière CH-SUR a donc été suspendu fin août 2024.

Depuis février 2022, la circulation des agents pathogènes respiratoires est également suivie au moyen du monitoring des eaux usées. Cette méthode fournit une vision d'ensemble indépendante des tests sur les patients, mais la charge virale des eaux usées ne permet pas d'évaluer le nombre de personnes infectées. Ce monitoring cible actuellement trois agents pathogènes respiratoires : le SARS-CoV-2, l'influenzavirus et le VRS. Des échantillons d'eaux usées sont prélevés dans 14 stations d'épuration (STEP) et envoyés pour analyse à l'Eawag (Institut fédéral suisse des Sciences et Technologies de l'Eau).

pour toutes les tranches d'âge, allant de 75 consultations pour 100 000 habitants chez les 65 ans et plus à 374 consultations pour 100 000 habitants chez les 0 à 4 ans. Les consultations pour IRA, en revanche, ont culminé dans la plupart des classes d'âge dès mi-décembre et jusqu'à fin janvier (semaines 51 à 4). L'incidence hebdomadaire maximale des consultations pour IRA a atteint un niveau comparable à celle des ILI dans la tranche d'âge 0 à 4 ans (362 consultations pour 100 000 habitants) ; chez les 65 ans et plus, elle était nettement plus élevée que celle des ILI (159 consultations pour 100 000 habitants).

La part d'ILI dans les consultations pour IRA était la plus élevée chez les enfants (>71 %), décroissant au fur et à mesure que l'âge augmentait pour s'établir à 50 % chez les 65 ans et plus. Dans 10,3 % des cas de consultation pour IRA ou ILI, le patient avait entre 0 et 4 ans (classe d'âge qui représente 4,9 % de la population) ; dans 13,8 % des cas, le patient était âgé de 65 ans ou plus (19,2 % de la population).

Infographie 1

Représentation schématique de la surveillance des virus respiratoires

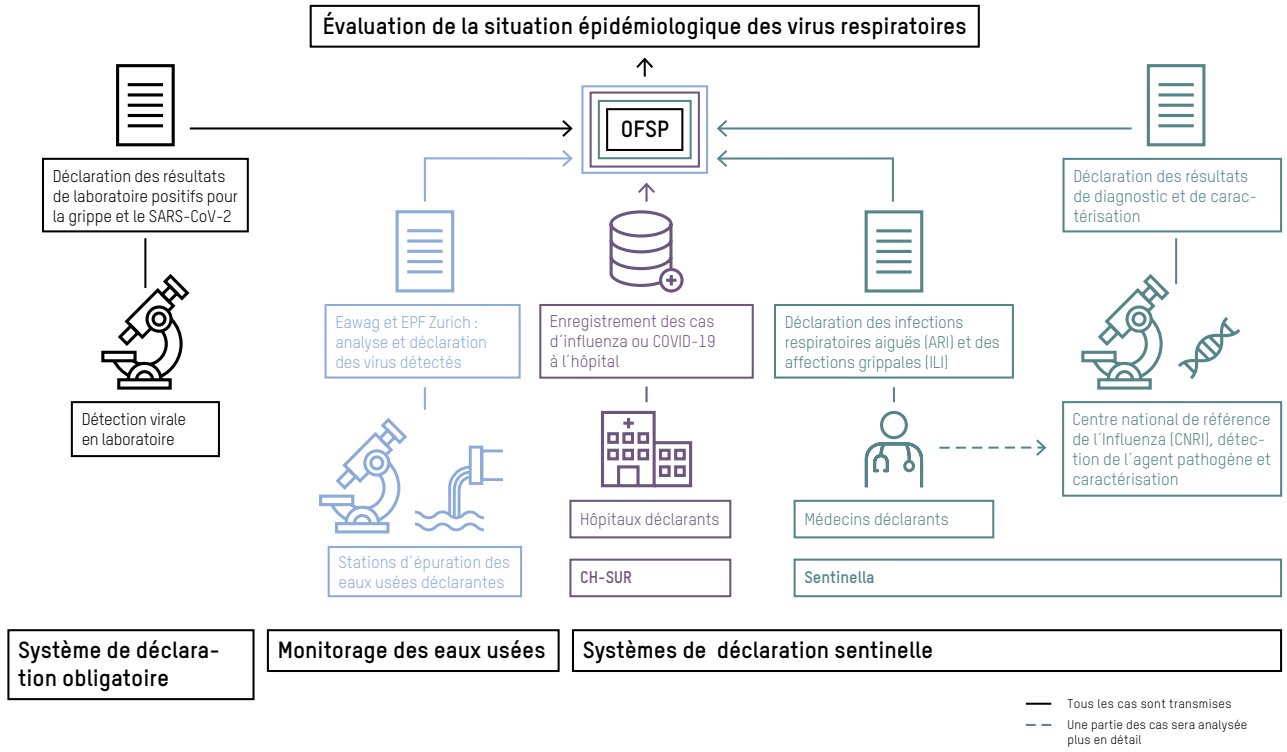
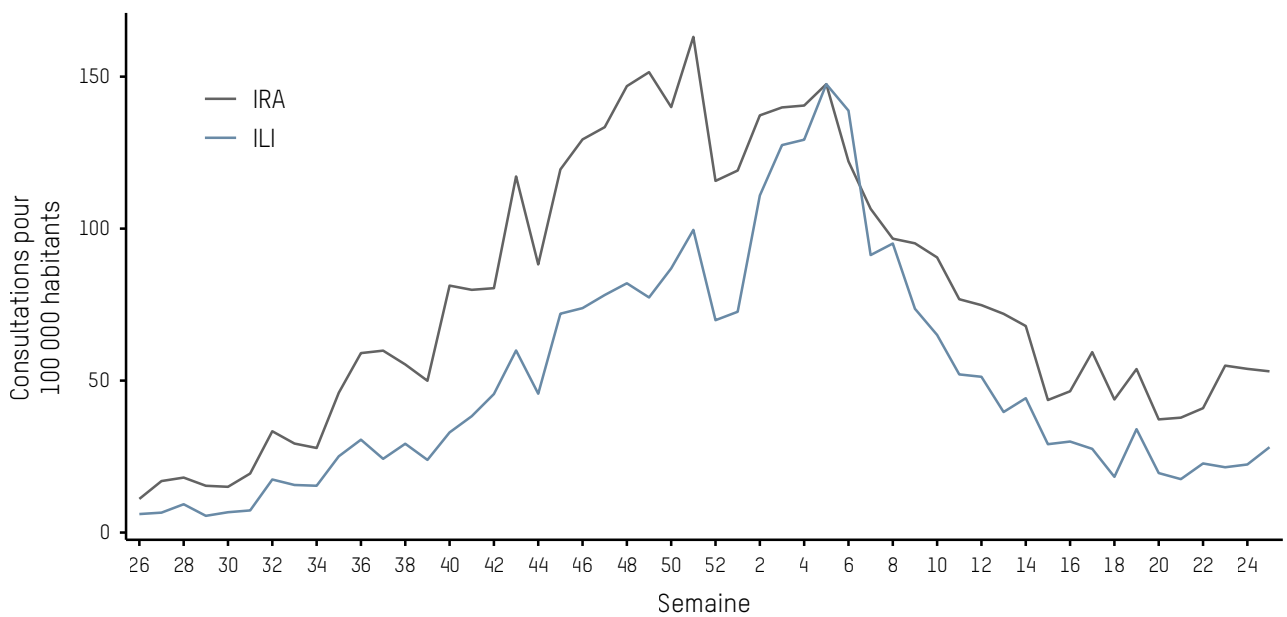


Figure 1

Incidence hebdomadaire des consultations Sentinella pour ILI et IRA, pour l'année 2023/2024

Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.



OFSP, état: 31.07.2024

Tableau 1

**Incidence des consultations Sentinella pour ILI et IRA, par classe d'âge, pour l'année 2023/2024**

L'incidence annuelle se rapporte à la période comprise entre les semaines 26/2023 et 25/2024; l'incidence saisonnière tient uniquement compte des cas annoncés entre les semaines 40/2023 et 20/2024. Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Classe d'âge	ILI			IRA		Part d'ILI dans les IRA (%)
	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence annuelle	Incidence saisonnière	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence annuelle	
0 à 4 ans	375 (6/2024)	4950	4565	362 (51/2023)	6997	71
5 à 14 ans	281 (3/2024)	3405	3044	204 (4/2024)	3831	89
15 à 29 ans	171 (5/2024)	2912	2464	175 (3/2024)	4414	66
30 à 64 ans	128 (5/2024)	2464	2113	165 (51/2023)	3945	62
65 ans et plus	75 (2/2024)	1561	1392	159 (49/2023)	3100	50
Toutes classes d'âge	148 (5/2024)	2595	2259	163 (51/2023)	4014	65

**1.1.3. Groupes à risque et complications**

Comme les années précédentes, une partie des patients qui ont consulté pour ILI ou IRA en 2023/2024 faisaient partie de groupes à risque accru de complications (patients souffrant d'une maladie pulmonaire chronique, de troubles métaboliques, d'insuffisance cardiaque ou rénale ou d'une immuno-déficience, ou encore femmes enceintes). Ces patients représentaient 12,1 % de l'ensemble des cas, et 41,8 % des cas chez les 65 ans et plus. Une pneumonie a été diagnostiquée chez 3,4 % des patients qui ont consulté pour ILI ou IRA, et chez 8,6 % de ceux qui étaient âgés de 65 ans et plus; une hospitalisation immédiate n'a été nécessaire que chez 0,3 % de ces patients, et chez 1,4 % de ceux qui étaient âgés de 65 ans et plus. Les personnes qui présentaient des antécédents médicaux avaient 3,3 fois plus de risques de développer une pneumonie que les autres, toutes classes d'âge confondues (intervalle de confiance 95 % : 2,5–4,3).

**1.1.4. Statut vaccinal**

Le statut vaccinal des patients était connu dans 87 % des cas d'ILI ou IRA pour la grippe et dans 83 % des cas pour le COVID-19. Toutes classes d'âge confondues, 9,1 % des patients qui ont consulté pour ILI ou IRA avaient été vaccinés contre la grippe au début de la saison, et 3,1 % contre le COVID-19 dans les six mois précédant la consultation. Chez les 65 ans et plus, ces chiffres s'élevaient à 15,2 % de patients vaccinés contre la grippe et 37 % contre le COVID-19.

**1.1.5. Comparaison annuelle**

La pandémie de COVID-19 a aplati et étendu la courbe épidémiologique des consultations pour ILI (voir figure 2). Avant la pandémie, 98 %, en moyenne, des cas de consultation pour ILI étaient déclarés pendant la saison grippale classique (soit de la

semaine 40 d'une année civile à la semaine 20 de la suivante). Depuis 2020, davantage de cas sont déclarés en dehors de la saison grippale. La part que représentent ces cas décroît cependant : tandis que 23 % des cas ont été déclarés en dehors de la saison en 2020/2021, cette part est tombée à 13 % en 2023/2024. Avant la pandémie, l'incidence des ILI était maximale entre janvier et février (semaines 2 à 6). Durant les trois premières années de la pandémie, elle s'est décalée à novembre/décembre (2020/2021 et 2022/2023) ou à mars (2021/2022). En 2023/2024, le pic a été enregistré en février, semblant indiquer un retour à la normale. Cette année, l'incidence annuelle des consultations pour ILI était inférieure de 7 % à l'incidence annuelle moyenne des années qui ont précédé la pandémie (de 2013/2014 à 2018/2019 : 2844 cas pour 100 000 habitants).

**1.2. Résultats virologiques dans le système Sentinella****1.2.1. Virus en circulation**

Au cours de l'année 2023/2024, 2616 frottis nasopharyngés ont été prélevés dans le cadre des consultations pour ILI ou IRA et analysés par PCR multiplex afin d'identifier la présence de différents virus respiratoires. Au total, 1645 échantillons (62,9 %) se sont avérés positifs à l'un de ces agents pathogènes au moins. Le SARS-CoV-2 constitue le virus le plus mis en évidence (21,6 %), suivi du rhinovirus (16,9 %) et de l'influenzavirus (14,0 %) (voir tableau 2). Sur tous les échantillons analysés, 5,2 % ont été testés positifs à deux agents pathogènes ou plus. La combinaison SARS-CoV-2 et rhinovirus s'est avérée la plus courante (18,5 % de toutes les infections concomitantes), suivie de SARS-CoV-2 et influenza virus (14,8 %). Plus rares étaient les combinaisons adénovirus et rhinovirus (5,9 %) ou VRS et SARS-CoV-2 (5,2 %).

Figure 2

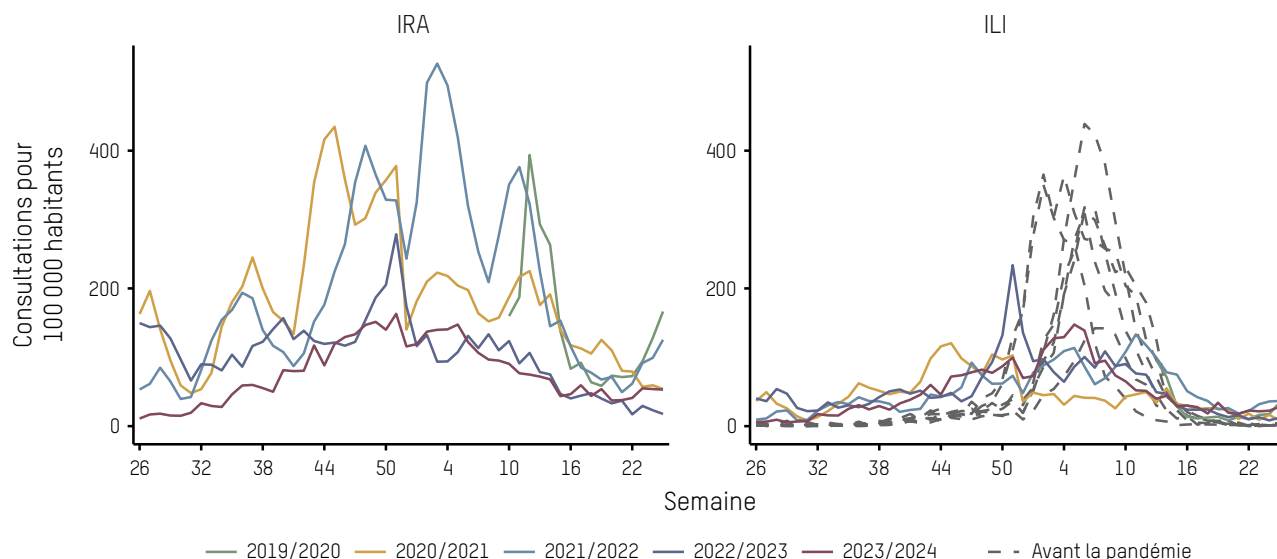
**Incidence hebdomadaire des consultations Sentinella pour IRA et ILI, depuis 2019/2020**

Une année épidémiologique court de la semaine 26 d'une année civile à la semaine 25 de la suivante.

Avant 2022/2023, une suspicion de COVID-19 n'était pas déclarée comme IRA, mais selon une autre définition.

Afin de faciliter la lecture du graphique, ces cas sont tout de même présentés comme des consultations pour IRA.

La prudence est donc de mise lors de la comparaison entre les années.



OFSP, état: 31.07.2024

Tableau 2

**Taux de positivité des échantillons ILI/IRA (n = 2616), pour l'année 2023/2024**

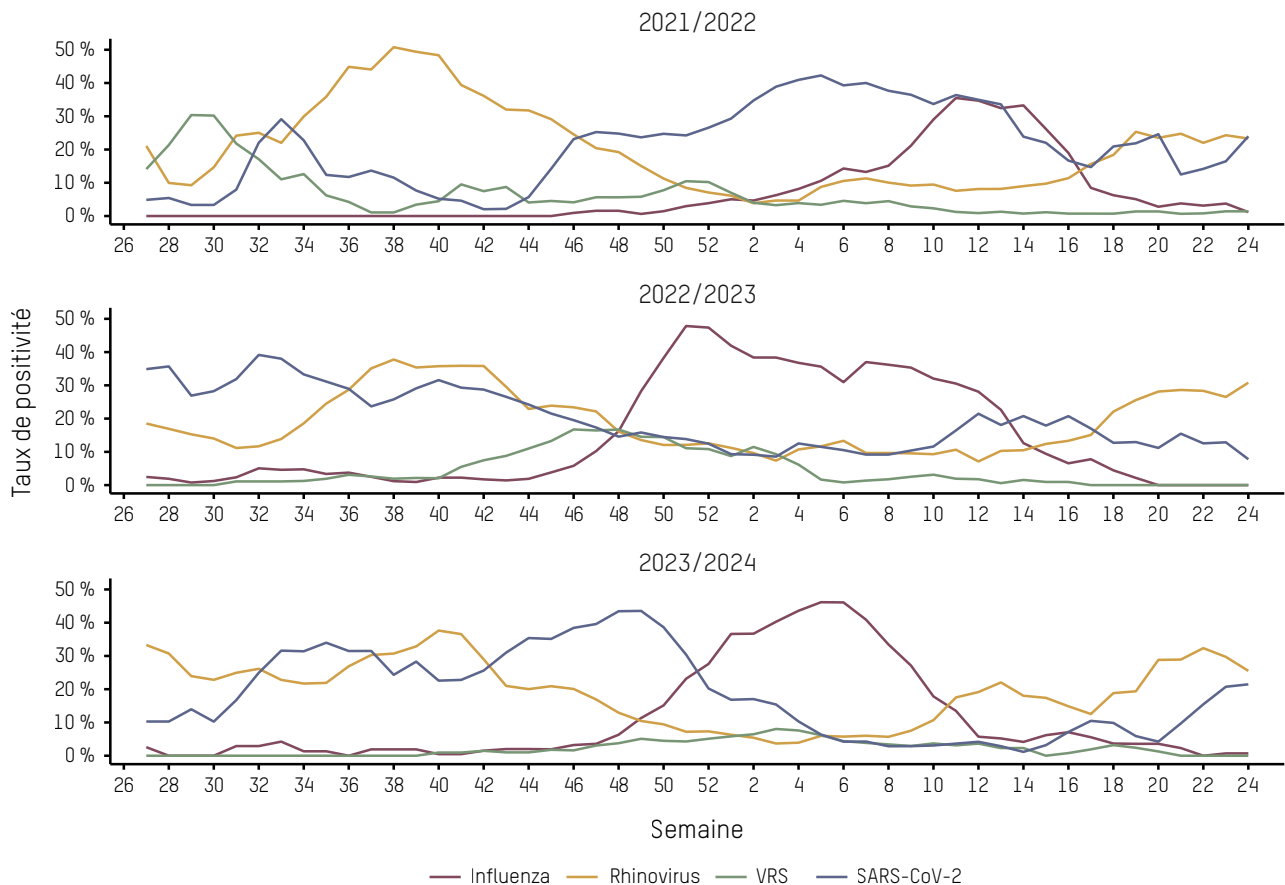
La colonne «Maximal» indique le taux de positivité moyen le plus élevé enregistré sur trois semaines mobiles.

Les colonnes «Cumul année» et «Cumul saison» donnent le taux de positivité obtenu sur l'ensemble de l'année (semaines 26 à 25) et de la saison (semaines 40 à 20).

Agent pathogène	Échantillons positifs	Taux de positivité (%)		
		Maximal	Cumul année	Cumul saison
SARS-CoV-2	566	43,5	21,6	21,0
Influenzavirus	365	46,2	14,0	17,2
Rhinovirus	442	37,6	16,9	14,2
hMPV	79	13,9	3,0	3,5
VRS	73	8,0	2,8	3,5
Virus para-influenza 1 et 3	60	15,7	2,3	2,2
Adénovirus	53	8,0	2,0	2,0
Virus para-influenza 2 et 4	44	13,2	1,7	1,1
Coronavirus OC43	41	4,2	1,6	1,9
Coronavirus HKU1	32	5,0	1,2	1,4
Coronavirus 229E	17	3,2	0,6	0,8
Bocavirus	9	1,4	0,3	0,4
Coronavirus NL63	7	1,7	0,3	0,2

Figure 3  
Évolution du taux de positivité des échantillons Sentinella au fil de l'année, pour l'influenzavirus, le rhinovirus, le VRS et le SARS-CoV-2, les trois dernières années

Les graphiques représentent les taux de positivité moyens sur trois semaines mobiles.



OFSP, état : 31.07.2024

En dehors de la saison grippale (semaines 40 à 20), l'influenzavirus n'a été détecté dans les échantillons que de 7 patients consultant pour ILI ou IRA (1,9%). En 2023/2024, le taux de positivité à l'influenzavirus n'a franchi le seuil de 10% que début décembre (semaine 49) pour repasser en dessous mi-mars (semaine 11), présentant ainsi un schéma comparable à celui de 2022/2023 (voir figure 3). Le pic d'activité grippale a été enregistré début février (semaine 5), avec un taux de positivité moyen de 46,2%, tandis que la circulation du SARS-CoV-2 a commencé à augmenter durant l'été pour culminer à 43,5% mi-décembre (semaine 49). Le VRS a été détecté pour la première fois chez des patients consultant pour ILI ou IRA mi-octobre (semaine 41), atteignant un taux de positivité moyen de 8% fin janvier (semaine 4), au plus fort de son activité. Aucun échantillon n'a été testé positif au VRS depuis mi-mai. Le rhinovirus a principalement circulé durant les mois d'été et d'automne, comme les années précédentes.

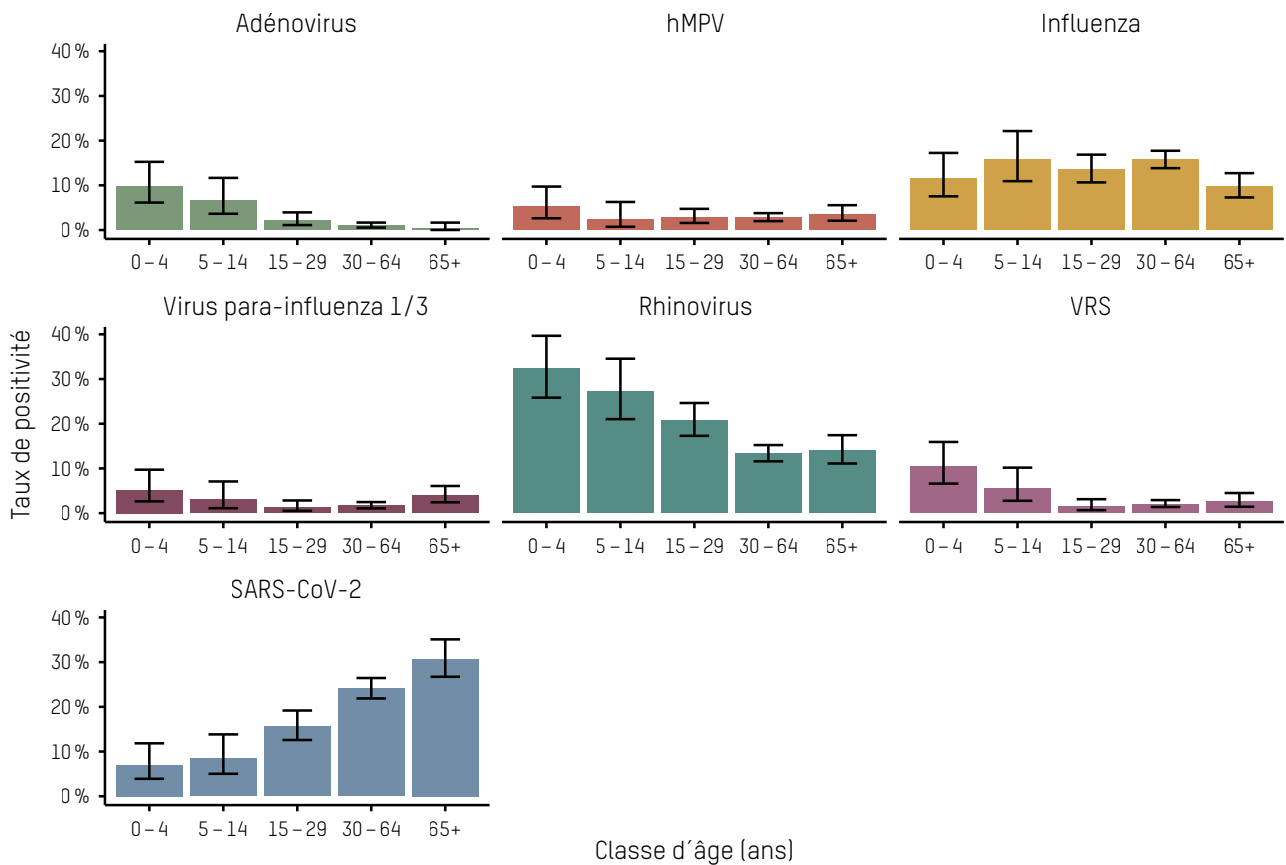
#### 1.2.2. Virus en circulation par classe d'âge

En 2023/2024, le taux de positivité au SARS-CoV-2 a augmenté avec l'âge, comme les années précédentes (voir figure 4). En revanche, adénovirus, rhinovirus, virus para-influenza 1 et 3, ainsi que VRS ont présenté le schéma inverse, le taux de positivité décroissant avec l'âge. À noter toutefois que le taux de positivité des virus para-influenza 1 et 3 des patients de 65 ans et plus était supérieur à celui des adultes plus jeunes. Le pourcentage d'échantillons positifs au hMPV était également plus élevé chez les 0 à 4 ans que dans les autres classes d'âge. En revanche, l'âge des patients ne semble pas influencer sur le taux de positivité à l'influenzavirus; toutes les classes d'âge présentent un taux de positivité d'au moins 10%, influenza-virus A et B confondus.

Figure 4

**Taux de positivité des échantillons ILI/IRA, par classe d'âge et par agent pathogène, pour l'année 2023/2024**

Les marques noires représentent l'intervalle de confiance de 95 % pour les taux de positivité mesurés. Seuls les agents pathogènes dont le taux de positivité s'élève au minimum à 2 % sur l'ensemble de l'année sont représentés.



OFSP, état: 31.07.2024

Tableau 3

**Caractérisation des influenza virus en circulation durant la saison 2023/2024**

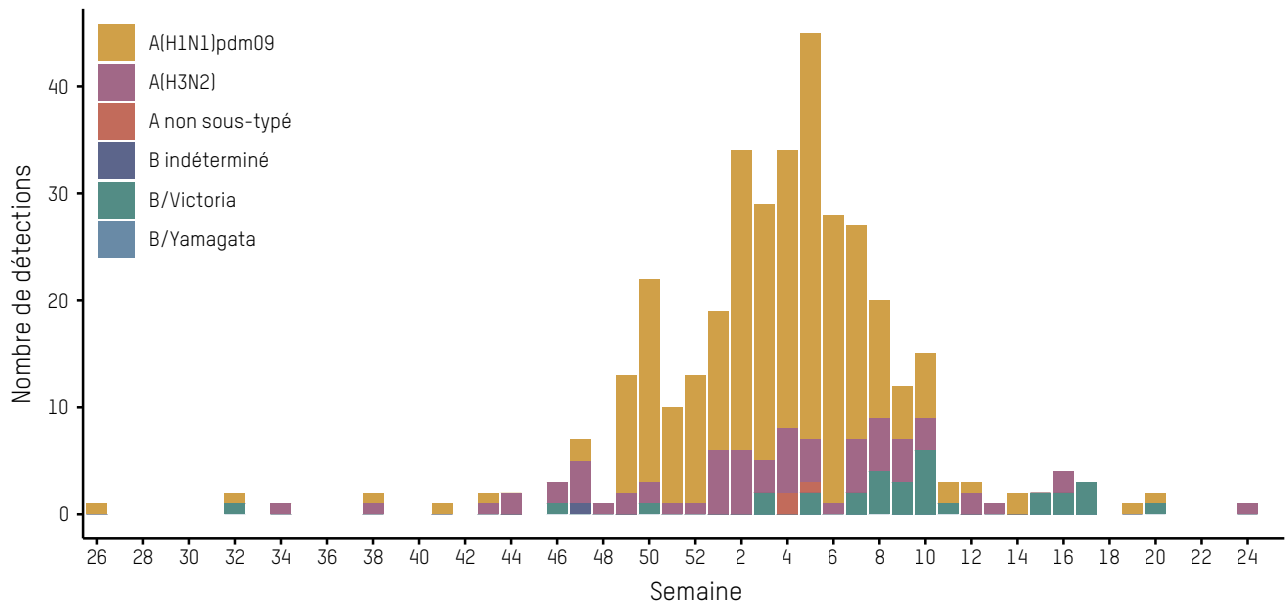
IHA = test d'inhibition de l'hémagglutination (*inhibition-haemagglutination assay*)

Type	Sous-type/Lignée	Caractérisation IHA	Nombre	Couverture par les vaccins 2023/2024 (hémisphère Nord)
A	H1N1pdm09	A/Norway/25089/2022	1	
A	H1N1pdm09	A/Victoria/4897/2022	19	▲ ■
A	H3N2	A/Darwin/9/2021	5	▲ ■
A	H3N2	A/Thailand/8/2022	7	
A	H1N1	non caractérisé	2	
B	Victoria	B/Austria/1359417/2021	13	▲ △ ■ □
B		non caractérisé	2	

▲ = trivalent, sur œuf △ = trivalent, sur culture cellulaire ■ = quadrivalent, sur œuf □ = quadrivalent, sur culture cellulaire

Figure 5

**Nombre hebdomadaire d'échantillons positifs à l'influenzavirus, par sous-type ou par lignée, pour la saison 2023/2024**  
Aucun influenza virus de la lignée B/Yamagata n'a été mis en évidence depuis la pandémie de COVID-19.



OFSP, état : 31.07.2024

### 1.2.3. Types d'influenzavirus et caractérisation antigénique

La part d'influenzavirus de type A sur l'ensemble des échantillons Sentinella positifs à l'influenzavirus s'élevait à 91,2 % au cours de la période sous revue, en nette progression par rapport à l'année précédente (67,2 %).

Comme les années précédentes, l'activité des influenza virus B a crû à la fin de la vague de grippe, au moment où les influenza virus A amorçaient leur recul (voir figure 5). L'influenzavirus le plus isolé était le sous-type A(H1N1)pdm09, à l'origine de la pandémie de 2009 (72,1 % des échantillons positifs à l'influenzavirus), suivi du sous-type A(H3N2) (18,4 %), puis de la lignée B/Victoria (8,5 %). Aucun influenza virus de la lignée B/Yamagata n'a été mis en évidence depuis la pandémie de COVID-19.

Sur les 365 échantillons positifs à l'influenza, 49 (13,4 %) ont en outre fait l'objet de tests d'inhibition de l'hémagglutination, afin d'évaluer leur proximité avec les souches vaccinales (voir tableau 3). Quatre échantillons n'ont pas pu être caractérisés, 37 échantillons (76 %) ont présenté une similitude avec les souches vaccinales recommandées en 2023/2024 pour l'hémisphère Nord, et les huit autres (18 %) n'ont pas réagi aux antisérums de référence dirigés contre les souches vaccinales.

## 1.3. Hospitalisations (système CH-SUR)

### 1.3.1. Nombres de cas

Au cours de l'année sous revue, les six hôpitaux du système de déclaration CH-SUR ont déclaré un total de 5734 hospitalisations, dont 1653 (29 %) étaient dues à la grippe, et 4081 (71 %) au COVID-19. Les hospitalisations liées au COVID-19 ont culminé en décembre, avec 325 cas annoncés pendant la semaine 50 (voir figure 6). Quant aux hospitalisations causées par la grippe, elles ont atteint leur maximum fin janvier, avec 193 cas déclarés durant la semaine 4. La plupart des patients hospitalisés en raison de la grippe étaient touchés par des influenza virus de type A (1606 cas, 97,2 %), seuls 42 patients étant infectés par des influenza virus B. Pour les cinq cas restants, le type d'influenzavirus n'est pas connu.

### 1.3.2. Démographie des patients et sévérité de l'infection

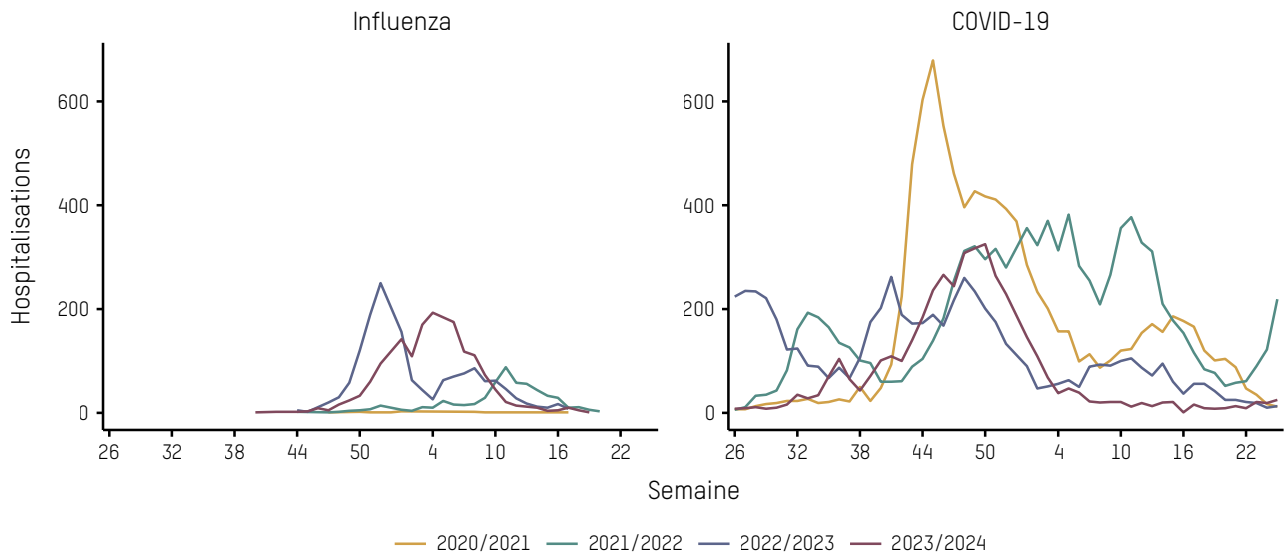
L'âge médian des patients hospitalisés pour la grippe était légèrement plus bas (71 ans) que celui des patients hospitalisés pour le COVID-19 (79 ans). Les patients hospitalisés pour la grippe étaient à 48,2 % de sexe masculin, contre 50,7 % des patients hospitalisés pour le COVID-19; dans un cas d'hospitalisation pour COVID-19, le sexe n'était pas indiqué. Les patients ont contracté l'infection durant un séjour à l'hôpital (infection nosocomiale) dans 17,2 % des cas de grippe et 32,2 % des cas de COVID-19 déclarés par les hôpitaux. Le lieu de contamination était inconnu dans 19 cas. Le reste des infections a eu lieu avant l'admission à l'hôpital. La durée médiane d'hospitalisation était de six jours pour la grippe et de sept jours pour le COVID-19. Une petite partie des malades a été



Figure 6

### Nombre hebdomadaire d'hospitalisations déclarées dans le système CH-SUR pour la grippe et le COVID-19, en comparaison annuelle

Les hospitalisations liées à la grippe ne sont recensées que pendant la saison grippale (semaines 40 à 20). Les données émanent toujours des six mêmes hôpitaux.



OFSP, état: 31.07.2024

admise aux soins intermédiaires (7,4 % des cas de grippe et 5,1 % des cas de COVID-19). Les patients ont séjourné aux soins intensifs dans 12,0 % des hospitalisations pour la grippe et dans 7,9 % des hospitalisations pour le COVID-19. En tout, 70 (4,2 %) patients hospitalisés pour la grippe et 282 (6,9 %) patients hospitalisés pour le COVID-19 sont décédés au cours de leur séjour hospitalier.

#### 1.4. Annonces des laboratoires dans le système de déclaration obligatoire

Entre les semaines 26/2023 et 25/2024, 18 824 infections à l'influenzavirus et 48 970 infections au SARS-CoV-2 ont été déclarées. Cela correspond à une incidence annuelle de 213 cas pour 100 000 habitants pour la grippe et de 553 cas pour 100 000 habitants pour le SARS-CoV-2. La vague de grippe a atteint son apogée fin janvier (semaine 4), avec 2327 déclarations (26,3 cas pour 100 000 habitants). Seulement 1,1 % des cas de grippe annoncés au système de déclaration obligatoire l'ont été en dehors de la saison grippale (semaines 40 à 20). Les cas d'infection au SARS-CoV-2 ont culminé dès mi-décembre (semaine 49), avec 3663 déclarations (40,4 cas pour 100 000 habitants).

#### 1.4.1. Répartition par âge et par régions

Comme les années précédentes, l'incidence annuelle des cas de grippe confirmés en laboratoire était la plus élevée dans la classe d'âge des 0 à 4 ans (459 cas pour 100 000 habitants), suivie par la classe d'âge des 65 ans et plus (441 cas pour 100 000 habitants) (voir tableau 4). L'activité grippale maximale a été enregistrée fin janvier (semaine 4) pour toutes les classes d'âges. Dans le cas du SARS-CoV-2, ce sont les 65 ans et plus qui ont présenté le plus grand nombre d'infections confirmées en laboratoire (1783 cas pour 100 000 habitants), comme par le passé. C'est dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures que l'incidence normalisée selon l'âge a été la plus faible, tant pour la grippe (29,4 cas pour 100 000 habitants) que pour le SARS-CoV-2 (220 cas pour 100 000 habitants); la plus forte incidence normalisée selon l'âge a été enregistrée dans le canton du Jura pour la grippe (474 cas pour 100 000 habitants) et dans le canton de Genève pour le SARS-CoV-2 (976 cas pour 100 000 habitants).

#### 1.4.2. Types d'influenzavirus

Sur les 18 824 cas d'infection à l'influenzavirus annoncés dans le système de déclaration obligatoire, 95,9 % étaient de type A, 3,9 % de type B et 0,2 % de type inconnu (voir figure 7). Comme l'année précédente, les cas de type B confirmés en laboratoire ont augmenté à la fin de la vague grippale, au moment où la circulation des virus de type A amorçait son recul.

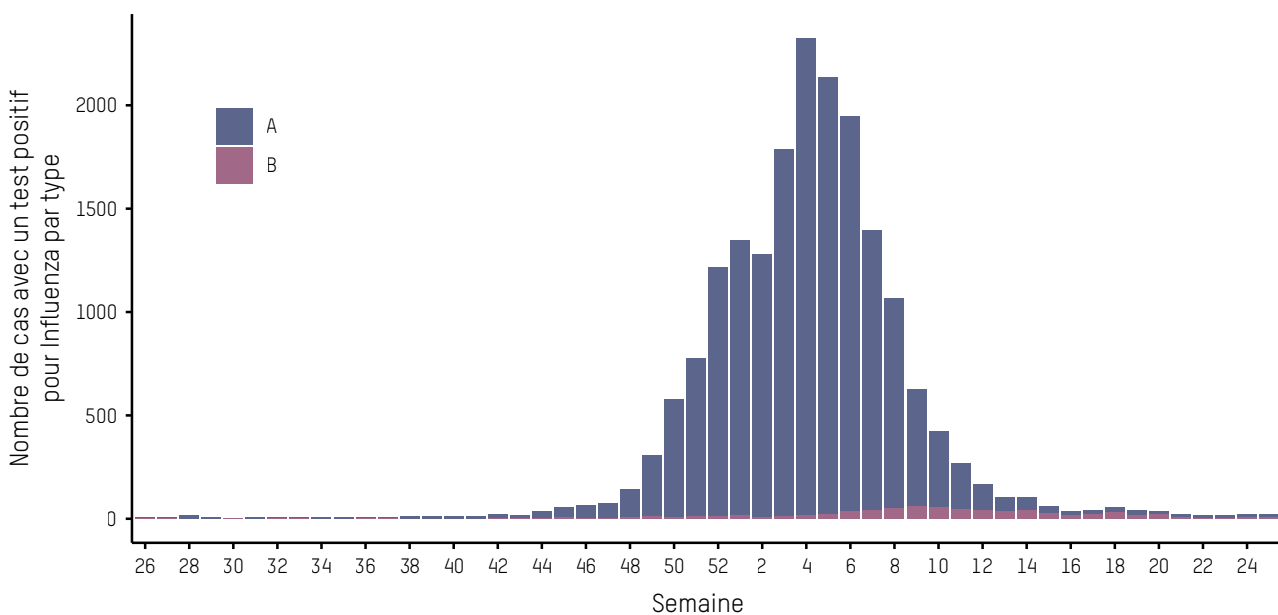
Tableau 4

**Incidence des infections confirmées en laboratoire, par classe d'âge, pour l'influenzavirus et le SARS-CoV-2, pour l'année 2023/2024**

L'incidence annuelle se rapporte à la période comprise entre les semaines 26/2023 et 25/2024; l'incidence saisonnière tient uniquement compte des cas déclarés entre les semaines 40/2023 et 20/2024. Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Classe d'âge	Influenzavirus			SARS-CoV-2	
	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence annuelle	Incidence saisonnière	Incidence hebdomadaire maximale (semaine)	Incidence annuelle
0 à 4 ans	62 (4/2024)	459	456	48 (49/2023)	501
5 à 14 ans	30 (4/2024)	202	200	5 (49/2023)	56
15 à 29 ans	10 (4/2024)	91	90	13 (50/2023)	168
30 à 64 ans	17 (4/2024)	141	139	24 (49/2023)	310
65 ans et plus	52 (4/2024)	441	437	135 (46/2023)	1783
Toutes classes d'âge	26 (4/2024)	213	210	41 (49/2023)	553

Figure 7

**Nombre de cas testés positifs à l'influenzavirus déclarés dans le système obligatoire, par semaine et stratifiés selon le type de virus, pour la saison 2023/2024, en Suisse et dans la principauté du Liechtenstein**

OFSP, état : 31.07.2024

**1.4.3. Comparaison annuelle**

Après une importante vague grippale en 2022/2023, le nombre de cas de grippe déclarés dans le système obligatoire a reculé pour s'établir cette année à 213 cas pour 100 000 habitants (voir tableau 5). L'incidence annuelle est néanmoins demeurée supérieure aux niveaux enregistrés avant la pandémie. Deux explications peuvent être avancées : soit le recours plus fréquent à la PCR multiplex, notamment en milieu hospitalier, améliore le taux de diagnostic, soit l'activité grippale a réellement augmenté. Le pic de cas de grippe confirmés en labora-

toire semble être revenu au schéma pré-pandémie (voir figure 8). Depuis 2021/2022, année record, l'incidence du SARS-CoV-2 a fortement reculé; elle s'établit tout de même à 553 cas pour 100 000 habitants au cours de l'année sous revue. Ce recul s'explique en grande partie par le fait que les caisses maladie ne prennent plus en charge les tests de dépistage du SARS-CoV-2 et que cela a un impact sur l'identification des cas. Quoique le virus demeure actif, la sévérité des infections a reculé par rapport aux années précédentes.

Tableau 5

### Incidence annuelle des infections à l'influenzavirus et au SARS-CoV-2 recensées dans le système de déclaration obligatoire, en comparaison annuelle

Une année épidémiologique court de la semaine 26 d'une année civile à la semaine 25 de la suivante. Pour le SARS-CoV-2, l'année 2019/2020 ne comptabilise donc que la première vague de COVID-19 de l'année civile 2020. Celle de l'automne 2020 relève de l'année 2020/2021. Toutes les incidences sont calculées pour 100 000 habitants.

Année	Influenzavirus	SARS-CoV-2
2023/2024	213	553
2022/2023	276	7494
2021/2022	134	34232
2020/2021	1	7597
2019/2020	137	351
2018/2019	160	
2017/2018	176	
2016/2017	112	
2015/2016	44	
2014/2015	70	
2013/2014	19	

### 1.5. Monitoring des eaux usées

À l'heure actuelle, la surveillance de la charge virale dans les eaux usées de Suisse porte sur l'influenzavirus, le SARS-CoV-2 et le VRS (voir figure 9). L'activité maximale a été enregistrée entre fin janvier et début février 2024 pour l'influenzavirus, en décembre 2023 pour le SARS-COV-2, et entre fin décembre 2023 et début janvier 2024 pour le VRS. Le variant JN.1 a représenté plus de 90 % des fragments séquencés dans les échantillons d'eaux usées au cours de l'année 2023/2024. Les variants KP.2/KP.3 ont rapidement augmenté à partir de mai 2024, pour représenter, au terme de l'année 2023/2024, 60 à 70 % des fragments séquencés dans les eaux usées.

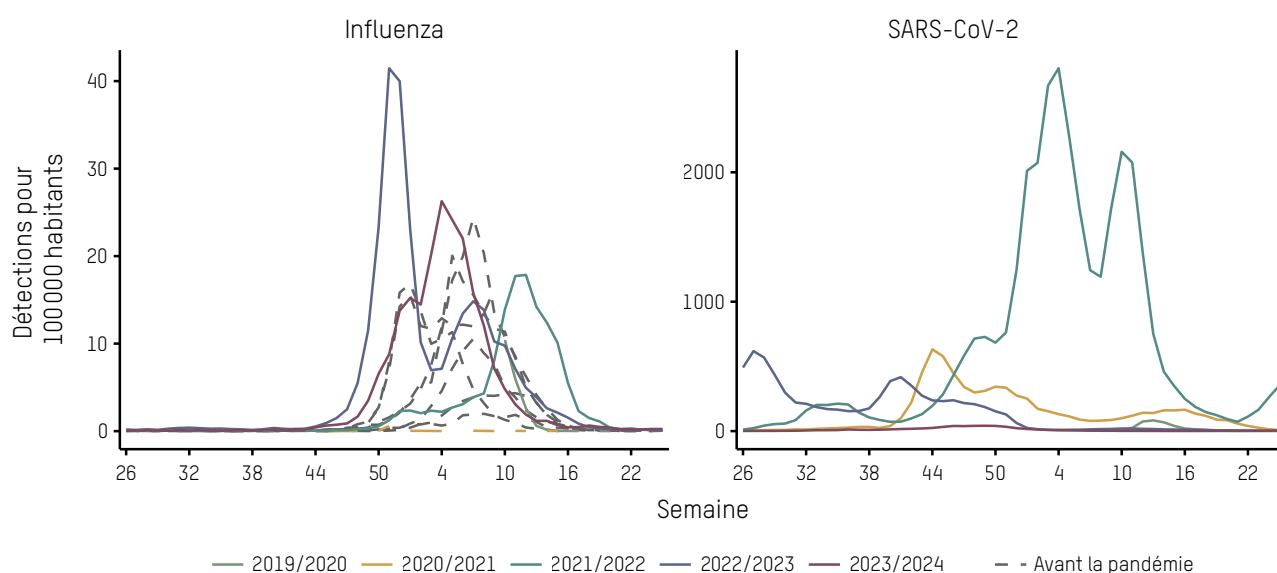
## 2. SYNTHÈSE

### 2.1. Influenzavirus

Avant la pandémie de COVID-19, il y avait une véritable corrélation entre les taux de consultations pour ILI, la détection de l'influenzavirus chez les patients consultant pour ILI, les infections à l'influenzavirus déclarées par les laboratoires dans le système obligatoire et, à partir de 2019, les hospitalisations déclarées dans le système de surveillance sentinelle hospitalière CH-SUR : tous les systèmes de surveillance enregistraient au même moment les hausses, les pics et les reculs de l'activité grippale. De 2013/2014 à 2019/2020, c'est entre janvier et mars (semaines 1 à 11) que la grippe était la plus virulente. Au début de la pandémie, les mesures de lutte contre le COVID-19 ont tellement limité la circulation des virus grippaux

Figure 8

### Incidence hebdomadaire des déclarations de laboratoire dans le système obligatoire pour l'influenzavirus et le SARS-CoV-2, en comparaison annuelle

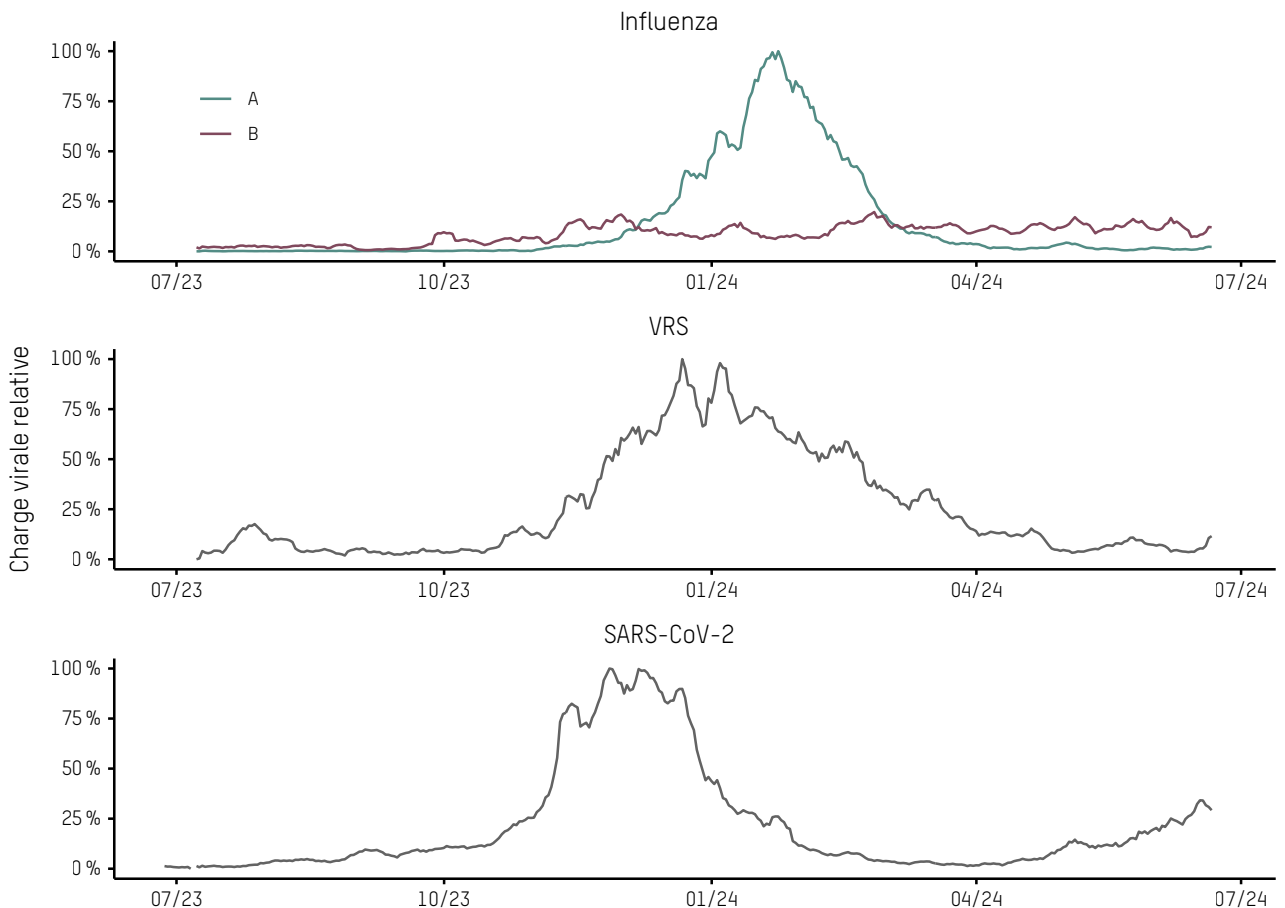


OFSP, état : 31.07.2024

Figure 9

### Charge virale relative moyenne des eaux usées, pour l'influenzavirus, le VSR et le SARS-CoV-2, pour l'année 2023/2024

La charge virale relative correspond à la moyenne des charges virales absolues (ou charges virales mesurées) obtenues par les différentes STEP, pondérées selon la population desservie par chacune, et exprimée en pourcentage de la charge virale absolue la plus élevée qui ait été enregistrée.



OFSP, état : 31.07.2024

que les systèmes de déclaration obligatoire et de surveillance hospitalière n'ont pratiquement pas recensé de cas au cours de ce qui aurait dû être la saison grippale 2020/2021. Parallèlement, l'immunité collective au virus de la grippe a baissé. Lorsque les mesures de lutte contre le COVID-19 ont été levées, la multiplication des contacts en période d'immunité réduite a conduit dès 2022/2023 à une augmentation particulièrement forte des infections. Cette dynamique s'est reflétée à la fois dans les chiffres du système de déclaration obligatoire, dans le nombre de cas Sentinella testés positifs à l'influenzavirus en laboratoire et dans les chiffres du système CH-SUR. Les chiffres de la saison 2023/2024 étaient un peu moins élevés que la saison précédente : les forts taux de contagion enregistrés en 2022/2023 pourraient avoir renforcé l'immunité collective. La virulence des vagues grippales était déjà variable avant la pandémie, sans que l'on sache vraiment l'expliquer. Mais la pandémie a également atténué la corrélation qui existait

auparavant entre les taux de consultation pour ILI et le nombre de cas de grippe déclarés dans les autres systèmes de surveillance. Depuis 2020, les taux de consultation pour ILI sont supérieurs à la normale en dehors de la saison grippale classique alors que les autres systèmes de déclaration n'enregistrent qu'une faible activité grippale. Comme le montrent les PCR respiratoires multiplex réalisées dans le système Sentinella pour les cas d'ILI, d'autres virus respiratoires comme le rhinovirus circulent aussi du printemps à l'automne, avec des taux d'infection parfois élevés. Le SARS-CoV-2 aussi a commencé à gagner du terrain dès la fin de l'été et jusqu'au mois de décembre. Depuis la pandémie, les taux de consultations pour ILI/ARI reflètent donc l'activité de l'ensemble des agents pathogènes respiratoires qui peuvent amener à consulter. Il est encore trop tôt pour déterminer la saisonnalité que ces différents agents pathogènes vont adopter.

## 2.2. COVID-19

Le SARS-CoV-2 ne présente pour l'heure pas de saisonnalité claire. Les pics d'infections observés se succèdent à intervalles de cinq à neuf mois, sans lien avec la saison grippale classique. Ils sont davantage liés à l'apparition de nouveaux variants et à la diminution continue de l'immunité collective acquise. Quoique l'incidence des cas déclarés dans le système obligatoire ait nettement diminué en 2023/2024, cela reflète plus probablement la fin du remboursement du dépistage du SARS-CoV-2 qu'une véritable diminution des cas par rapport aux années précédentes : c'est en tout cas ce que semblent indiquer le nombre de cas Sentinella testés positifs en laboratoire et le monitoring des eaux usées. Le nombre total d'hospitalisations dues au SARS-CoV-2 a toutefois chuté depuis 2022, principalement grâce à la vaccination et à l'immunité partielle acquise à la suite de précédentes infections.

## 2.3. VRS

Au cours de la période sous revue, le VRS a été surveillé au moyen de deux systèmes : l'analyse virologique des cas d'ILI/IRA dans le système Sentinella et le monitoring des eaux usées. Tous deux ont recensé à peu près au même moment une augmentation de la circulation du VRS, tandis que le taux de positivité des échantillons Sentinella et la charge virale dans les eaux usées culminaient de façon concomitante en janvier.

## 3. SITUATION EN EUROPE

La dynamique des virus respiratoires en Europe est globalement comparable à celle observée en Suisse. Le taux maximal de consultations pour ILI a été enregistré par les systèmes sentinelles ambulatoires des pays européens durant la semaine 6/2024, en moyenne, soit au même moment qu'en Suisse (semaine 5/2024). En revanche, les consultations pour IRA ont culminé en Europe quelques semaines plus tard qu'en Suisse (semaine 6/2024 contre 51/2023). La répartition des virus grippaux dans les pays européens était similaire à celle de la Suisse, avec une prédominance de la souche A(H1N1)pdm09, un taux de positivité aux influenza virus B bien moindre, et l'absence de virus de la lignée B/Yamagata (voir tableau 6). Les taux de positivité cumulés des VRS ont également été aussi bas dans les systèmes sentinelles européens qu'en Suisse. En revanche, le SARS-CoV-2 a été identifié presque deux fois plus fréquemment en Suisse dans les cas d'ILI/IRA que dans l'espace européen, sans que l'on puisse clairement l'expliquer.

Tableau 6

### Virus respiratoires en circulation durant l'année 2023/2024, en Suisse et en Europe

Les taux de positivité sont ceux des échantillons prélevés lors de consultations ambulatoires motivées par des infections respiratoires (système Sentinella en Suisse et systèmes sentinelles dans les services de soins primaires en Europe). Les colonnes « Cumul année » et « Cumul saison » donnent le taux de positivité obtenu sur l'ensemble de l'année (semaines 26 à 25) et de la saison (semaines 40 à 20). Les données sont tirées de la plateforme ERVISS du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [1].

Agent pathogène	Taux de positivité (%) Europe		Taux de positivité (%) Suisse	
	Cumul année	Cumul saison	Cumul année	Cumul saison
Influenzavirus	14,8	16,8	14,0	17,2
A non sous-typé	13,8	13,8	0,8	0,8
A(H1N1)pdm09	59,4	59,7	72,1	72,6
A(H3N1)	16,8	16,7	18,4	17,9
B lignée non déterminée	4,2	4,1	0,3	0,3
B/Victoria	5,2	5,1	8,5	8,4
VRS	4,7	5,5	2,8	3,5
SARS-CoV-2	11,4	10,2	21,6	21,0

Tableau 7

**Recommandations de l'OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe dans l'hémisphère Nord**

	Recommandations saison 2023/2024 (vaccins préparés sur œuf) [2]	Recommandations saison 2024/2025 (vaccins préparés sur œuf) [3]
A(H1N1)	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-like
A(H3N2)	A/Darwin/9/2021 (H3N2)-like	A/Thailand/8/2022 (H3N2)-like
B/Victoria	B/Austria/1359417/2021-like	B/Austria/1359417/2021-like
B/Yamagata*	B/Phuket/3073/2013-like*	B/Phuket/3073/2013-like*

\* vaccins quadrivalents seulement

**4. VACCINATION****4.1. Enquête post-saison auprès de la population sur la grippe et le COVID-19**

Entre mai et juillet 2024, l'institut YouGov a mené une enquête téléphonique sur la grippe et, pour la première fois, le COVID-19, auprès de 3187 personnes représentatives de la population suisse. L'enquête s'est intéressée à quatre groupes auxquels il est recommandé de se faire vacciner contre la grippe ou le COVID-19. Les deux vaccinations sont recommandées aux personnes de 65 ans et plus ainsi qu'aux personnes atteintes d'une maladie chronique. Celle contre la grippe est en outre recommandée aux professionnels de la santé et aux personnes en contact régulier avec des groupes à risque. L'enquête ne portait pas sur les autres groupes auxquels il est recommandé de se faire vacciner contre la grippe (femmes enceintes et enfants nés prématurément) ou le COVID-19 (femmes enceintes et personnes atteintes de trisomie 21). Chez les 65 ans et plus, 37 % s'étaient fait vacciner contre la grippe en amont de la saison grippale 2023/2024 (année précédente : 39 %) et 23 % contre le COVID-19 entre octobre 2023 et le moment de l'enquête. Les personnes atteintes d'une maladie chronique étaient vaccinées contre la grippe à 29 % (année précédente : 30 %) et contre le COVID-19 à 20 %. Les professionnels de la santé étaient 24 % à s'être fait vacciner contre la grippe au début de la saison (année précédente : 25 %). Enfin, 17 % des personnes en contact régulier avec des groupes à risque étaient vaccinées contre la grippe (année précédente : 19 %).

**4.2. Composition des vaccins contre la grippe pour la saison à venir**

Il y a lieu de penser que les mesures non pharmaceutiques de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont permis d'éliminer toutes les souches d'influenzavirus de la lignée B/Yamagata. En effet, aucun laboratoire de référence au monde n'a confirmé d'occurrence naturelle d'influenzavirus de cette lignée depuis mars 2020. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande donc depuis février 2023 aux fabricants d'abandonner au plus vite les vaccins quadrivalents pour revenir aux vaccins trivalents. Le tableau 7 présente les recommandations de l'OMS concernant la composition des vaccins contre la grippe pour 2023/2024 et 2024/2025 dans l'hémisphère Nord.

**4.3. Approvisionnement de la Suisse en vaccins****4.3.1. Influenzavirus**

Selon les indications des fabricants, environ 1,22 million de doses de vaccin contre la grippe saisonnière ont été distribuées au cours de l'automne et au début de l'hiver 2023. Aucune pénurie ni aucun retard de livraison n'a été rapporté au cours de la saison sous revue. Le remplacement des vaccins quadrivalents par des vaccins trivalents mentionné plus haut demandera entre un et trois ans en raison de contraintes techniques (ajustement des méthodes de production) et réglementaires (autorisations de mise sur le marché). De nombreux pays, dont la Suisse, n'auront pas accès aux vaccins trivalents avant l'automne 2025. Pour la saison 2024/2025, les vaccins contre la grippe saisonnière seront donc encore quadrivalents. Mais dans la situation actuelle, ils sont aussi efficaces que les vaccins trivalents. Selon les fabricants, la Suisse aura accès pour l'automne/hiver 2024/2025 à la même quantité de doses de vaccin contre la grippe que la saison passée.

**4.3.2. COVID-19**

Dans le cadre de la pandémie, la Confédération et les cantons se sont fondés sur les compétences subsidiaires que leur confère la loi sur les épidémies pour assurer l'approvisionnement en vaccins contre le COVID-19. Le passage de l'achat et de la distribution centralisés des vaccins aux structures ordinaires a eu lieu le 1<sup>er</sup> juillet 2024. Moderna et Pfizer distribuent depuis des vaccins à ARNm adaptés au variant XBB.1.5 du SARS-CoV-2. Un vaccin à ARNm adapté au variant JN.1 du SARS-CoV-2 et un vaccin à ARNm administrable dès l'âge de cinq ans devraient être disponibles à l'automne 2024.

#### 4.4. Recommandations de l'OFSP pour la vaccination contre les agents pathogènes respiratoires pour la saison à venir

Le tableau 8 donne un aperçu des recommandations pour la vaccination et l'administration d'anticorps monoclonaux (*monoclonal antibodies*, mAb) contre les virus respiratoires pour la saison 2024/2025.

#### 4.5. Vaccins disponibles en Suisse pour la saison à venir

Le tableau 9 montre les vaccins et anticorps monoclonaux contre la grippe, le COVID-19 et le VRS autorisés en Suisse pour l'automne 2024.

Tableau 8

#### Aperçu des recommandations pour la vaccination et les mAb contre la grippe, le COVID-19 et le VRS

Agent pathogène	Produit	Recommandations et groupes cibles	Période d'administration	Remarques
Influenzavirus	Vaccination [4]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes de 65 ans et plus</li> <li>Femmes enceintes ou qui ont accouché au cours des 4 semaines précédentes</li> <li>Prématurés dès 6 mois</li> <li>Personnes (dès 6 mois) atteintes de certaines maladies chroniques</li> <li>Personnes en établissement de soins</li> <li>Personnes en contact régulier avec des personnes des catégories ci-dessus</li> <li>Personnes en contact régulier avec des volailles ou des oiseaux sauvages</li> </ul>	Entre mi-octobre et le début de la vague de grippe	Les vaccins contre la grippe, le COVID-19 et le VRS peuvent être administrés en même temps ou dans l'ordre souhaité, sans espacement minimum des injections.
SARS-CoV-2 (COVID-19)	Vaccination [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes de 65 ans et plus</li> <li>Personnes de 16 ans et plus avec certains antécédents médicaux</li> <li>Personnes de 16 ans et plus avec une trisomie 21</li> <li>Femmes enceintes</li> <li>Personnes de 6 mois et plus avec une immunodéficience sévère</li> </ul>	Automne/hiver, idéalement entre mi-octobre et décembre	
VRS	Vaccination	Le vaccin Arexvy® est autorisé pour les personnes de 60 ans et plus. Il n'est actuellement pas pris en charge par l'AOS. Les recommandations vaccinales seront publiées en temps utile.	Entre mi-octobre et mi-novembre	
VRS	Nirsevimab (mAb) [6]	<p>Nourrissons nés entre octobre et mars</p> <p>Nourrissons nés entre avril et septembre</p>	<p>Première semaine de vie ou au plus vite</p> <p>Octobre</p>	Prise en charge: voir tableau 9

Tableau 9

**Vaccins et anticorps monoclonaux autorisés en Suisse (état: juillet 2024)**

Agent pathogène	Produit	Type de vaccin	Autorisation (âge)	Prise en charge des coûts
Influenzavirus (grippe)	Efluelda®	Vaccin fractionné, dose élevée	Dès 65 ans	Toute personne dès 75 ans et personnes dès 65 ans avec au moins un autre facteur de risque selon les recommandations vaccinales
	Fluarix Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 36 mois	Selon les recommandations vaccinales
	Flucelvax Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 9 ans	
	Influvac Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 6 mois	
	Vaxigrip Tetra®	Vaccin fractionné, dose standard	Dès 6 mois	
SARS-CoV-2	Comirnaty® Omicron XBB.1.5	Vaccin à ARNm, monovalent	Dès 12 ans	Dès 16 ans, selon les recommandations vaccinales
	Spikevax® XBB.1.5	Vaccin à ARNm, monovalent	Dès 18 ans	Dès 18 ans, selon les recommandations vaccinales
VRS	Arexvy®	Vaccin contre le VRS, à protéine recombinante, avec adjuvant	Dès 60 ans	En cours d'évaluation
	Beyfortus® (Nirsevimab)	Anticorps monoclonal contre le VRS	De la naissance à 24 mois	Selon les recommandations vaccinales*

\* en milieu ambulatoire (cabinet médical) comme en milieu stationnaire (maternité ou hôpital)

**État des données**

L'état des données de ce rapport est celui du 31 juillet 2024.

**Contact**

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

**Bibliographie**

- 1 World Health Organization Regional Office for Europe. European Respiratory Virus Surveillance Summary, 2024. (<https://erviss.org/>).
- 2 WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2023-2024 northern hemisphere influenza season, 2023. (<https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>).
- 3 WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2024-2025 northern hemisphere influenza season, 2024. (<https://www.who.int/news/item/23-02-2024-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenza-season>).
- 4 Office fédéral de la santé publique. Grippe saisonnière (influenza). Prévention : recommandations de vaccination, 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html#-1842171620>).
- 5 Office fédéral de la santé publique. Recommandation pour la vaccination contre le COVID-19, 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/coronavirus/covid-19/information-fuer-die-aerzteschaft.html>).
- 6 Office fédéral de la santé publique. Virus respiratoire syncytial humain (VRS), 2024. (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/rsv.html#-1570625240>).