

# Infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse de 1988 à 2006: Situation actuelle et perspectives

## CONTEXTE

Même si les infections sexuellement transmissibles (IST) sont avant tout un thème de médecine de premier recours, elles peuvent aussi entraîner des séquelles à long terme ce qui rend leur prise en charge parfois complexe. Leur potentiel de dispersion, en particulier au sein de groupes de population vulnérables, et les interactions avec l'épidémie de VIH font des IST un défi de santé publique.

De nombreuses IST sont asymptomatiques. Il peut donc arriver que les infections ne soient détectées et soignées que très tard, voire pas du tout, et ce, bien que les traitements soient disponibles en Suisse. Or, une IST non soignée ou mal soignée peut entraîner des séquelles graves telles que douleurs pelviennes persistantes, grossesses extra-utérines, transmission de l'IST au fœtus ou au nouveau-né, ainsi que stérilité chez l'homme aussi bien que chez la femme. Le diagnostic et le traitement de ces séquelles peuvent être à l'origine de coûts importants.

En Suisse, les données de surveillance épidémiologique proviennent essentiellement du système de déclaration obligatoire. Elles sont complétées par de rares études de prévalence, lesquelles ont été réalisées, pour la plupart, dans des groupes de population à risque pour les IST. Sauf pour le VIH/sida, il n'existe pas de directives ou de programme national de surveillance, de lutte et de prévention des IST.

Le présent document récapitule l'évolution des données de surveillance pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, la gonorrhée et la syphilis entre 1988 et 2006 (2005 *Chlamydia*). En outre, il envisage les premières étapes d'une stratégie nationale de lutte et de prévention contre les IST.

## BASE DE DONNÉES ET MÉTHODES

En 2005, la surveillance des IST a fait l'objet d'une évaluation (OFSP, Bulletin 46/05). Les conclusions de cette évaluation ont permis d'adapter le système de surveillance dès 2006 en introduisant l'obligation pour les médecins de déclarer dans

les 7 jours aux médecins cantonaux la syphilis et la gonorrhée à l'aide d'un formulaire de déclaration complémentaire. En outre, les laboratoires reconnus en Suisse sont soumis à l'obligation de déclarer aux médecins cantonaux et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tous les résultats de tests positifs pour ces deux agents pathogènes et pour *Chlamydia*. Les déclarations de laboratoire et complémentaires des médecins sont nominatives. Elles contiennent des renseignements sur les tests réalisés ainsi que des informations importantes relatives à l'agent pathogène concerné (p. ex. voie de contagion ou stade).

**Cas particulier de la syphilis:** De 1988 à 1998, la syphilis était soumise à déclaration obligatoire par les laboratoires. En 1999, la déclaration obligatoire a été supprimée en raison du recul continu du nombre de cas et en raison du manque de spécificité de la classification de cas basée uniquement sur les tests sanguins. Les données collectées alors ne permettaient pas de définir un nombre de cas annuel de syphilis car les laboratoires déclaraient une liste d'examen positifs sans détails. On ne dispose pas de chiffres de surveillance de la maladie pour la période 1999-2005. La conjonction des informations des la-

boratoires et des médecins introduite en 2006 doit permettre une meilleure classification des cas.

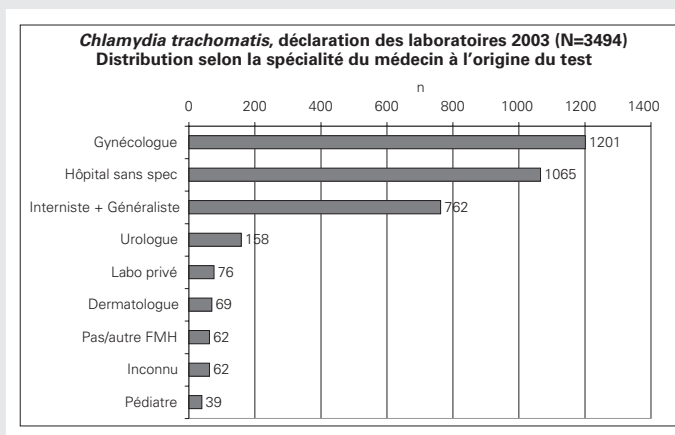
**Spécialité du médecin à l'origine du diagnostic:** Une analyse descriptive de la spécialité du médecin à l'origine du diagnostic (déclaration de laboratoire) effectuée en 2004 pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* montre des différences importantes sur l'origine des diagnostics. Les infections à *C. trachomatis* sont plus souvent diagnostiquées par les gynécologues (34%) et les hôpitaux sans spécification du service (31%) (Graphique 1). Les généralistes et internistes sont à l'origine de 22% des examens demandés. La situation est tout autre pour *N. gonorrhoeae* où la majorité des examens sont faits par les généralistes et internistes (48%), les hôpitaux sans spécification du service (24%), les gynécologues (8%) et les urologues (6%) (Graphique 2).

## RÉSULTATS

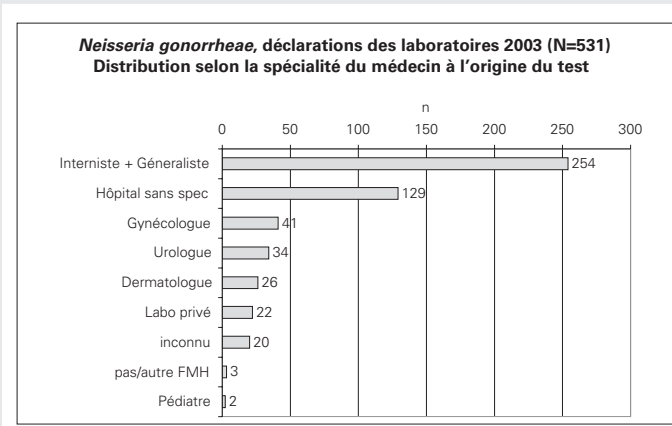
### CHLAMYDIA

Après un recul continu des déclarations de tests positifs d'infections à *Chlamydia* jusqu'à la fin des années 1990, le nombre a doublé entre 1999 et 2005 pour les deux sexes,

Graphique 1



Graphique 2



passant de 2090 cas en 1999 à 4362 cas en 2005. Cette même année, il s'agissait de 3050 cas chez les femmes (70%) et de 1285 chez les hommes (30%) (Graphique 3).

Chez les femmes, en 2005, les classes d'âge les plus touchées sont celles des 15-19 ans (18%), 20-24 ans (37%) et 25-29 ans (21%). Chez les hommes, ce sont avant tout les 20-24 ans (19%), 25-29 ans (22%) et 30-34 ans (17%) (Graphique 4).

Pour les infections à *Chlamydia*, seules des informations issues des déclarations de laboratoire sont disponibles (âge, sexe et lieu de domicile). Les informations sur le serovar ne sont pas disponibles. Il n'est donc pas possible de surveiller systématiquement le lymphogranulome vénérien (LGV) ou d'autres serovars de *Chlamydia trachomatis*. On sait cependant que le LGV est apparu presque simultanément en Suisse et dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) [1, 2].

## GONORRHÉE

### Déclarations de laboratoire:

Le nombre de cas de gonorrhée déclarés a presque triplé entre 1999 et 2006, et ce pour les deux sexes. En 2006, 889 cas de gonorrhée ont été

déclarés, dont 744 étaient des hommes (84%) et 145, des femmes (16%) (Graphique 5).

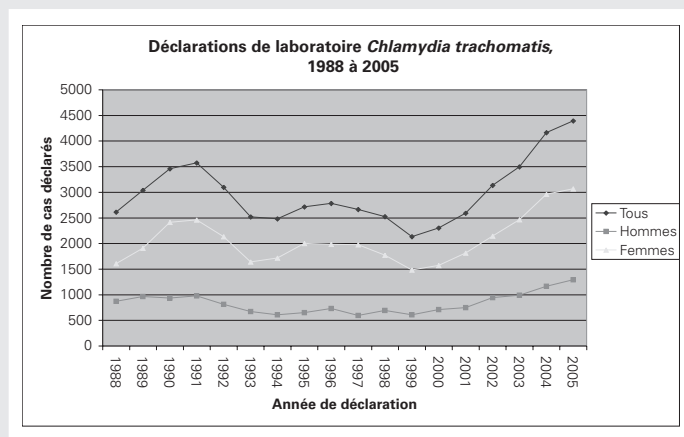
Chez les hommes, plus de 80% des personnes déclarées ont entre 20 et 44 ans (20-24 ans: 14%, 25-29 ans: 20%, 30-34 ans: 20%, 35-39 ans: 16%, 40-44 ans: 10%) et chez les femmes, plus de 80% des personnes déclarées ont entre 15 et 39 ans (15-19 ans: 11%, 20-24 ans: 25%, 25-29 ans: 20%, 30-34 ans: 15%, 35-39 ans: 11%) (Graphique 6).

## Déclarations complémentaires

Depuis février 2006, une déclaration complémentaire du médecin est obligatoire pour la gonorrhée: On dispose de 544 déclarations complémentaires (61% des cas déclarés par des laboratoires). Les indications ci-après, exprimées en pourcent, se rapportent uniquement aux personnes pour lesquelles une déclaration complémentaire a été établie par le médecin (544 = 100%) (Tableau 1). Dans plus de 90% des cas, la nationalité ou le pays d'origine de la personne concernée n'a pas été déclaré. Quarante-six pour cents (467/544) des infections déclarées ont été diagnostiquées chez des hommes seize pour cents (77/544) chez des femmes. Les infections étaient plus souvent symptomatiques chez les hommes (87%) que chez les femmes (54%), asymptomatiques chez 2% des hommes et 20% des femmes et pour 11% des hommes et 26% des femmes les indications manquent. 49% des hommes déclarent avoir des rapports hétérosexuels, 33% homosexuels et 2% bisexuels. Chez les femmes, plus de 83% déclarent avoir des rapports hétérosexuels et 1% homosexuels. Les autres ne donnent pas d'indications quant à leurs préférences sexuelles. (Tableau 1)

Trente pourcents des hommes

Graphique 3



déclarent avoir une relation stable, 42% une relation occasionnelle et 7% avec des prostituées. Chez les femmes, 60% ont une relation stable et 30% une relation occasionnelle. Dans les autres cas, la nature de la relation est inconnue ou les informations manquent.

Six hommes sur 467 (aucune des 77 femmes) ont indiqué le nombre de leurs partenaires au cours des six mois précédant l'infection. Il allait de 0 à 21.

19% des hommes et 10% des femmes ont un antécédent d'IST connu, 41% des hommes et 60% des femmes disent n'avoir jamais eu d'IST. Les autres ont répondu par «inconnu» ou n'ont pas répondu du tout.

Pour 59% des hommes et 66% des femmes, le lieu présumé de la contagion est la Suisse, 15% des

Graphique 4

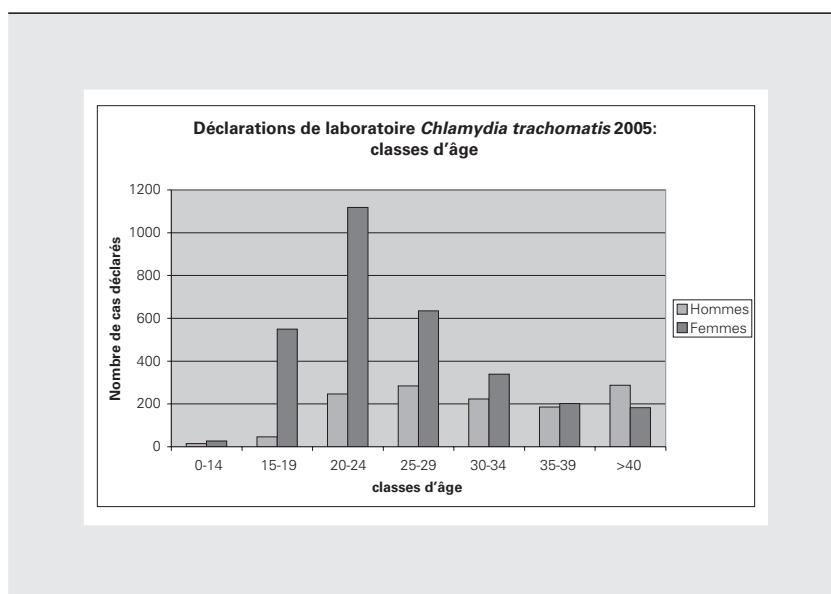
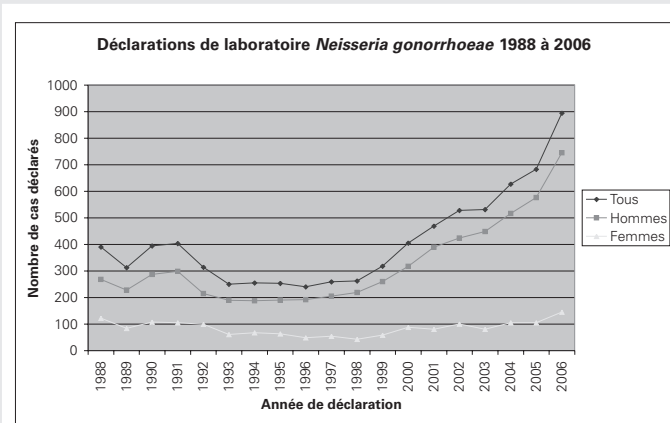


Tableau 1  
Gonorrhée, déclarations complémentaires 2006

		Hommes	%	Femmes	%	Total	%
Cas de gonorrhée avec déclaration complémentaire		467	100	77	100	544	100
Préférence sexuelle	hétérosexuel(le)	227	49	64	83	291	54
	homosexuel(le)	156	33	1	1	157	29
	bisexual(le)	11	2	0	0	11	2
	inconnu	42	9	6	8	48	9
	pas de réponse	31	7	6	8	37	7
Type de relation	relation stable	142	30	46	60	186	34
	relation occasionnelle	195	42	23	30	218	40
	avec un(e) prostitué(e)	34	7	0	0	33	6
	inconnu	66	14	4	5	70	13
	pas de réponse	31	7	4	5	35	7
Nombre de partenaires au cours des 6 derniers mois	pas de réponse	462	99	77	100	539	99
	Antécédents d'IST						
	oui	90	19	5	6	95	17
	non	191	41	46	60	237	44
	inconnu	116	25	16	21	132	24
	pas de réponse	70	15	10	13	80	15
Lieu présumé de l'infection	Suisse	275	59	51	66	326	60
	Pays étranger	68	15	5	6	73	13
	inconnu	77	16	15	20	92	17
	pas de réponse	47	10	6	8	53	10
Facteur de risque	Rapports sexuels payants en tant que prostitué(e)	8	2	2	3	10	2
	Rapports sexuels payants en tant que client	49	10	0	0	49	9
	Consommation de drogues par voie intraveineuse	3	1	0	0	3	1
	pas de réponse	407	87	75	97	482	88
	Symptômes cliniques	oui	404	87	42	54	446
non		11	2	15	20	26	5
pas de réponse		52	11	20	26	72	13
Notification du/des partenaire(s)	oui	188	40	55	71	243	45
	non	81	17	6	8	87	16
	inconnu	127	27	7	9	134	24
	pas de réponse	71	16	9	12	80	15

Graphique 5



hommes et 6% des femmes pensent avoir contracté l'infection à l'étranger. Dans plus d'un quart des cas, en revanche, le lieu de contagion est inconnu ou il n'y a pas de réponse à la question.

D'après les déclarations complémentaires, 40% des hommes et 71% des femmes ont pris contact avec un partenaire sexuel pour l'informer de la situation suite au diagnostic. Dans 17% des cas pour les hommes et 8% pour les femmes, aucun partenaire sexuel n'a été contacté. Dans 43% des cas pour les hommes et 21% des cas pour les femmes, les médecins faisant la déclaration disent ne pas savoir si une notification des partenaires a eu lieu ou ne donnent pas de réponse à cette question.

## SYPHILIS

### Déclarations de laboratoire

En 2006, les laboratoires ont déclaré 827 cas d'infections à *Treponema pallidum*, parmi lesquelles 239 femmes et 580 hommes (8 sans précision du sexe). La comparaison avec les données relevées jusqu'en 1999 est très difficile pour les raisons suivantes: 1) avant 1999 les laboratoires déclaraient des examens positifs et non des cas, 2) en 2006, les laboratoires ont déclaré chaque examen positif, y inclus les sérolo-

jet d'une déclaration complémentaire. Une extrapolation simple pour tous les cas déclarés (déclarations de laboratoires) aboutit à environ 400 cas de syphilis nouvellement diagnostiqués pour 2006 (Graphique 7).

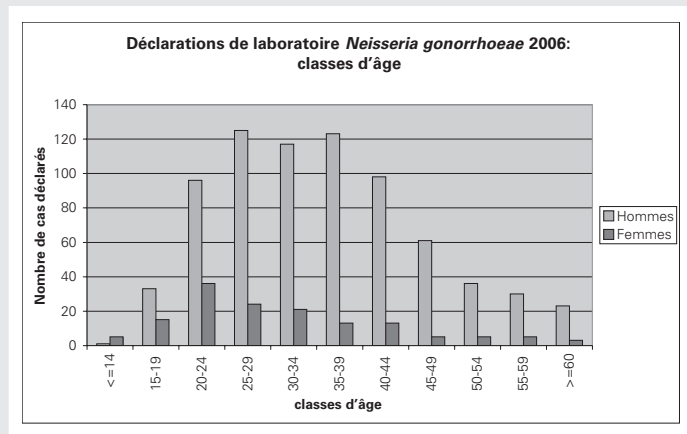
En 2006, plus de 80% des cas ont été déclarés par sept cantons (GE 28%, ZH 19%, VD 19%, BE 8%, SG 4%, TI 4%, BS 2%). Les chiffres par canton sont disponibles sur le site Internet de l'OFSP.

Chez les hommes, les classes d'âge les plus touchées sont les 30-34 ans (16%), les 35-39 ans (19%) et les 40-44 ans (19%). Chez les femmes, ce sont les 25-29 ans (16%), les 30-34 ans (25%) et les 35-39 ans (16%). Les personnes de moins de 25 ans sont relativement peu touchées et ce, chez les deux sexes (env. 8% dans chaque groupe) (Graphique 8).

### Déclarations complémentaires 2006 (Tableau 2)

En 2006 les médecins ont transmis une déclaration complémentaire pour 60% des cas de syphilis (498) identifiés par une déclaration de laboratoire. Parmi ces derniers, environ 45% (225) sont des cas nouvellement diagnostiqués en 2006, 35% sont des cas précédemment diagnostiqués et pour 20%, cette classification est impossible faute de renseignements correspondants. Seuls les cas nouvellement dia-

Graphique 6



gnostiqués en 2006 sont décrits ci-dessous (N=225=100%). Le tableau 2 présente cependant aussi les chiffres de tous les cas déclarés pour lesquels une déclaration complémentaire est disponible.

Vingt-et-un pour cent (47/225)

des cas nouvellement diagnostiqués sont des stades primaires et 23% des stades secondaires. Une latence précoce ou tardive est décrite dans environ 4,5% des cas, une latence inconnue dans 14% des cas et une syphilis tertiaire dans 1% des

cas. Dans environ 30% des cas, le stade de la maladie est inconnu ou n'est pas mentionné.

Pour ce qui est des préférences sexuelles, 22% des hommes disent avoir des rapports hétérosexuels, 53% des rapports homosexuels et

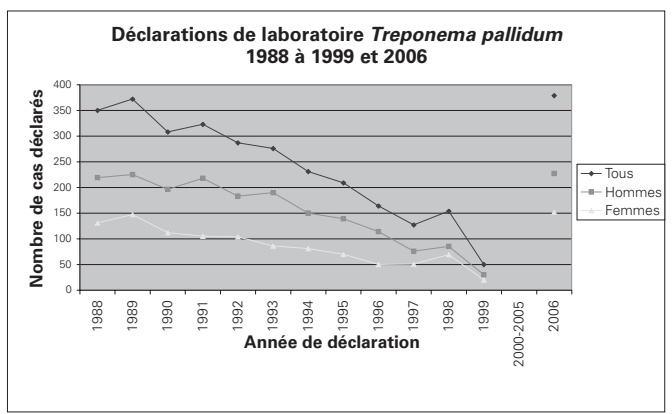
Tableau 2  
**Syphilis, déclarations complémentaires 2006**

		Nouveaux cas uniquement*				Tous cas ayant fait l'objet d'une déclaration complémentaire			
		Hommes	%	Femmes	%	Hommes	%	Femmes	%
		166	100	59	100	358	100	140	100
Stade	primaire	41	26	6	10	60	17	8	6
	secondaire	44	27	6	10	58	16	10	7
	latence précoce	8	5	2	3	12	3	3	2
	latence tardive	7	4	4	7	9	3	4	3
	latence de durée indéterminée	20	12	12	20	30	8	21	15
	tertiaire	2	1	0	0	4	1	3	2
	inconnu	5	3	14	24	15	4	28	20
	pas de réponse	39	24	15	26	170	48	63	45
Préférence sexuelle	hétérosexuel(le)	36	22	43	73	80	22	68	48
	homosexuel(le)	88	53	2	3	140	39	18	13
	bisexual(le)	10	6	0	0	11	3	0	0
	pas de réponse	32	19	14	24	127	36	54	39
Type de relation	relation stable	28	17	26	44	56	16	42	30
	relation occasionnelle	75	45	10	17	123	34	25	18
	avec un-e prostitué-e	6	4	0	0	9	2	0	0
	avec un client	0	0	2	4	0	0	4	3
	inconnu	25	15	12	20	50	14	30	21
pas de réponse	32	19	9	15	120	34	39	28	
Nombre de partenaires au cours de 6 derniers mois	pas de réponse	158	99	58	99	347	97	138	99
Antécédents d'IST	oui	22	13	11	19	120	34	36	26
	pas de réponse	144	87	48	81	238	66	104	74
Consommation de drogues par voie intraveineuse	oui	1	1	2	3	3	1	4	3
	non	119	72	47	80	212	59	88	63
	inconnu	19	11	3	5	28	8	10	7
	pas de réponse	27	16	7	12	115	32	38	27
Mode de contamination	oral	56	34	3	5	76	21	5	4
	anal	30	18	1	2	58	16	2	1
	vaginal	15	9	20	34	30	8	36	26
	autre	3	2	0	0	6	2	2	1
	inconnu	38	23	27	46	86	24	58	41
pas de réponse	24	14	8	13	102	29	37	26	
Lieu présumé de l'infection	Suisse	71	43	13	22	114	32	18	13
	ville	44	27	4	7	59	16	6	4
	banlieue	4	2	1	2	9	3	2	1
	région rurale	0	0	2	3	1	0	3	2
	non précisé	23	14	6	10	45	13	7	5
	Pays étranger	24	14	15	25	49	14	33	24
	inconnu	35	21	23	39	73	20	45	32
	pas de réponse	36	22	8	14	122	34	44	31
Notification du/des partenaires(s)	oui	54	33	27	46	83	23	45	32
	non	22	13	4	7	50	14	14	10
	inconnu	43	26	16	27	76	21	25	18
	pas de réponse	47	28	12	20	149	42	56	40

\* Définition de «cas nouveau»:

Infection par la syphilis confirmée par un laboratoire (conformément à la définition de cas de l'ECDC) nouvellement diagnostiquée au cours de l'année de déclaration.

Graphique 7



6% des rapports bisexuels. Chez les femmes, 73% disent avoir des contacts hétérosexuels et 3% des contacts homosexuels. 19% des hommes et 24% des femmes ne précisent pas leurs préférences sexuelles. (Graphiques 9 et 10). 45% des hommes disent avoir une relation occasionnelle, 17% une relation stable et pour 34%, le type de relation est inconnu ou non communiqué. Chez les femmes, ces chiffres sont respectivement de 17%, 44% et 35%.

Dans 99% des cas aucun renseignement n'est donné sur le nombre de partenaires dans les six mois précédant l'infection pour les deux sexes. Dans plus de 80% des cas, aucun renseignement n'est communiqué sur les antécédents d'IST. 13% des hommes et 19% des femmes disent avoir eu des IST dans le passé.

33% des hommes et 46% des femmes répondent Oui à la question si les partenaires ont été contactés, 13% des hommes et 7% des femmes répondent Non. Dans environ la moitié des cas, on ne sait pas si une notification des partenaires a eu lieu ou il n'y a pas de réponse à ce sujet.

Les voies de contagion les plus souvent mentionnées chez les hommes sont les rapports sexuels oraux (34%) et anaux (18%) alors que chez les femmes il s'agit des

rapports sexuels vaginaux (34%) et oraux (5%). Chez 37% des hommes et 59% des femmes, la voie de contagion est inconnue ou n'est pas mentionnée.

43% des hommes et 22% des femmes disent avoir contracté la maladie en Suisse, 14% des hommes et 25% des femmes à l'étranger. Pour 43% des hommes et 53% des femmes, le lieu de la contagion est inconnu ou n'est pas mentionné. Comme le pays d'origine n'est généralement pas mentionné (90%

des cas pour les deux sexes), il n'est pas possible de savoir quelle est la proportion des infections acquises à l'étranger qui aurait pu avoir lieu dans le pays d'origine de la personne concernée.

La consommation de drogues par voie intraveineuse ne joue aucun rôle dans 72% des cas pour les hommes et 80% des cas pour les femmes. Dans 27% des cas pour les hommes et 18% pour les femmes, c'est inconnu ou la question reste sans réponse. 1% des hommes et 3% des femmes répondent Oui à cette question.

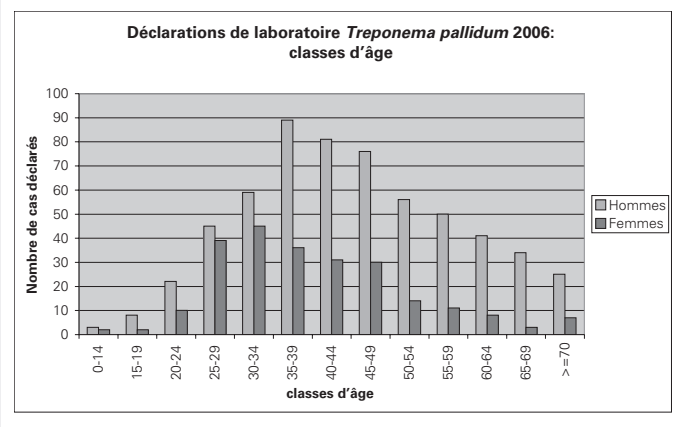
## DISCUSSION

### Remarque préliminaire sur le Système de surveillance

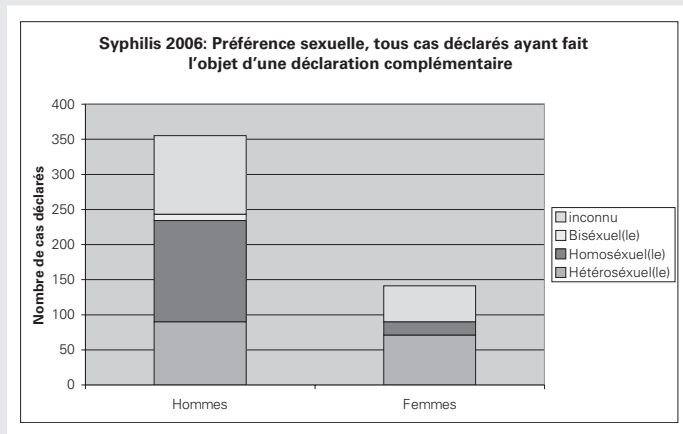
En raison de la nature des déclarations: 1) pas d'informations sur les dénominateurs, 2) leur qualité insuffisante (nombre insuffisant et incomplètes), il n'est pas aisé de décrire de manière fiable l'épidémiologie des IST en Suisse en se basant sur les données de la surveillance actuelle.

D'une manière générale, les **déclarations de laboratoires** permettent d'observer la tendance du nombre d'infections déclarées, mais elles ne permettent pas d'estimer la prévalence ou l'incidence car les dénominateurs font défaut (nombre de tests négatifs ou nombre total

Graphique 8



Graphique 9



de tests diagnostiques réalisés). Ce problème est amplifié s'il s'agit d'infections fréquemment asymptomatiques comme *Chlamydia trachomatis*. Dans ce contexte, tout changement de tendance est difficilement interprétable car il pourrait s'agir d'une augmentation ou diminution du nombre d'examens effectués (biais). D'autre part, en l'absence de directives et programmes de test ou de dépistage, on peut partir du principe que ce sont essentiellement les personnes présentant des symptômes qui font l'objet d'un test d'IST. Un véritable dépistage n'est effectué que pour la syphilis chez les femmes enceintes.

Pour ce qui est des **déclarations complémentaires des médecins**, le délai de déclaration est difficilement respecté, mais surtout, bien qu'elles soient obligatoires, les déclarations complémentaires sont peu nombreuses et une bonne partie d'entre elles sont incomplètes. Par conséquent, les données socio-démographiques et comportementales ne sont représentatives ni pour la population dans son ensemble, ni pour certains groupes de population.

**Comment expliquer la médiocre qualité des données de surveillance?**

Il ne suffit pas de réintroduire des formulaires pour obtenir des données fiables. Certaines réponses in-

diquent une méfiance des médecins déclarants vis-à-vis des autorités sanitaires et des inquiétudes au sujet de la protection des données. Le caractère nominatif de la déclaration complémentaire (qui facilite la prise en charge des partenaires) semble être un des facteurs à l'origine de cette réticence. D'après les renseignements donnés dans les déclarations complémentaires, en Suisse les partenaires sexuels ne sont contactés que dans environ 45% des cas de gonorrhée déclarés

et dans 36% des cas de syphilis (2006). La notification des partenaires est essentielle: elle comprend: 1) identification, 2) prise de contact, 3) information – conseil, 4) test et 5) traitement des partenaires sexuels de la personne ayant une IST. Cette prise en charge est recommandée par les organisations internationales de santé et par les autorités sanitaires de nombreux pays.

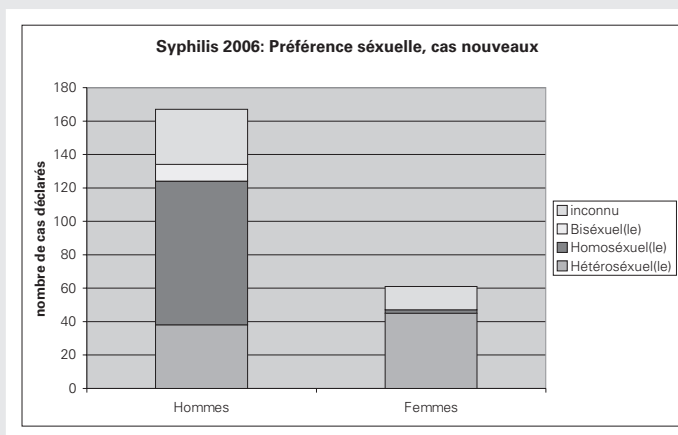
**DONNÉES 2006**

**Tendances**

Une comparaison directe entre les données avant 2006 à celles d'après n'est pas possible à cause du changement de déclaration groupée vers déclaration de test individuel. Les déclarations basées sur les laboratoires et les médecins indiquent cependant que le nombre d'infections sexuellement transmissibles augmente de manière continue ces dernières années et qu'un renversement de cette tendance ne semble pas s'annoncer actuellement. Cette tendance est également observée dans d'autres pays européens comparables [3, 4].

Le recul du nombre d'IST déclarées dans les années 1990 a été attribué au succès de la campagne nationale VIH/sida. L'augmentation observée depuis la fin de cette dé-

Graphique 10



cennie s'explique en partie par une baisse de vigilance des personnes sexuellement actives. La multiplication des examens effectués par les médecins, pourrait également expliquer cette augmentation des chiffres [5].

**Chlamydia**

Les infections à *Chlamydia* sont plus souvent diagnostiquées chez les femmes. Les classes d'âge les plus jeunes sont davantage concernées que pour les cas de gonorrhée ou de syphilis. Une étude estime que la surveillance n'identifie qu'environ 5% des cas d'infection à *Chlamydia* dans la population (6). En effet, les personnes infectées ne présentent la plupart du temps aucun symptôme, et la maladie n'est donc pas diagnostiquée. En d'autres termes, le nombre de personnes (hommes

et femmes) infectées en Suisse est nettement supérieur aux chiffres connus, en particulier dans les classes d'âge des jeunes personnes sexuellement actives. Il semble en être de même pour le nombre effectif de personnes souffrant de séquelles tardives. Toutefois, la fréquence d'apparition de ces séquelles graves, telles que maladie inflammatoire pelvienne (MIP), grossesse extra-utérine ou stérilité, n'est pas clairement établie et semble quelque peu surestimée [7, 8].

**Gonorrhée et syphilis**

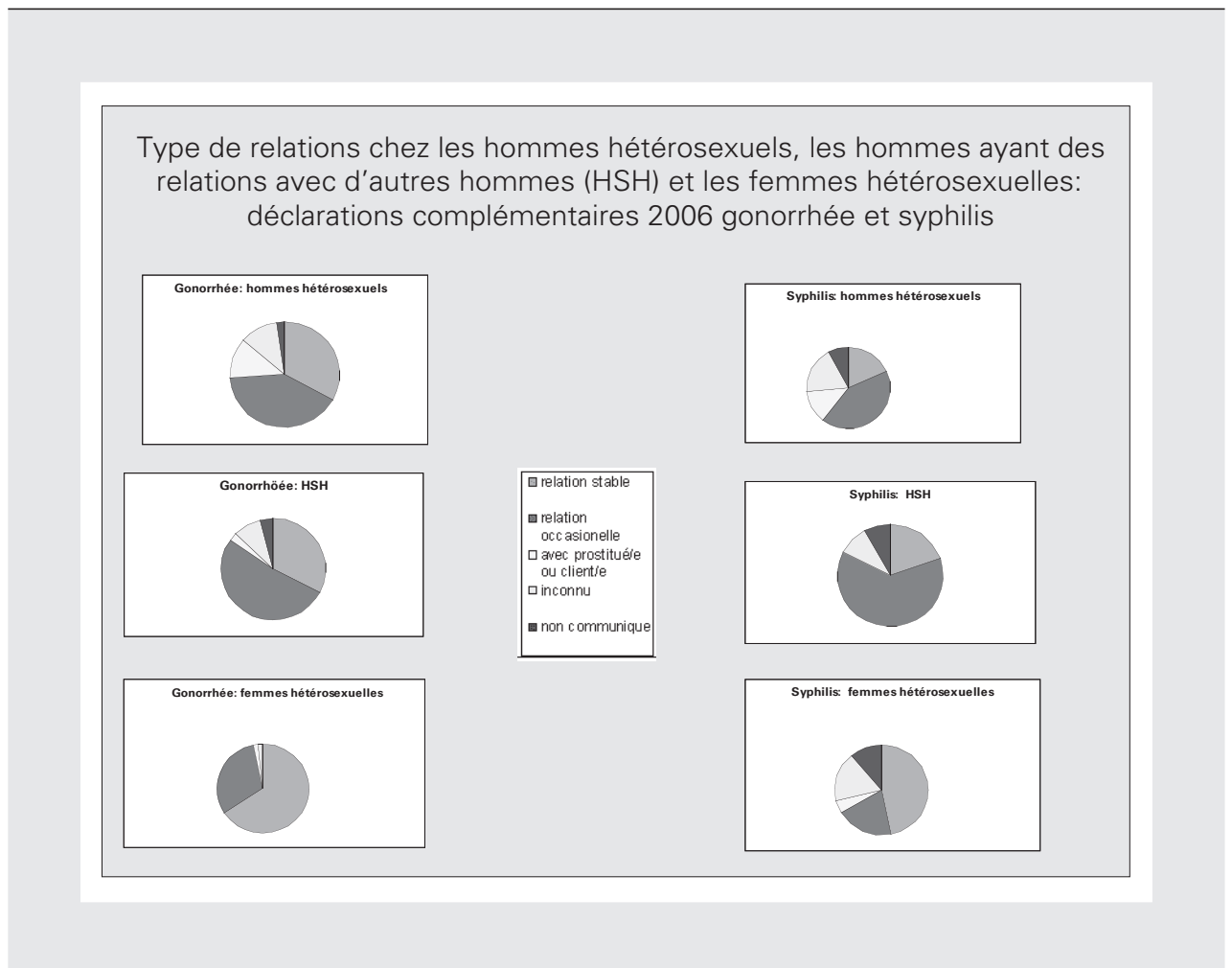
A l'inverse de *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis sont plus souvent diagnostiquées chez les hommes. En outre, les personnes touchées par ces deux infections sont en général plus âgées, même si le nombre de cas observés chez les

15-25 ans tend aussi à augmenter. Un tiers des cas de gonorrhée et la moitié des nouveaux cas de syphilis diagnostiqués concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Env. 45% de ces deux infections touchent des personnes ayant des relations occasionnelles. A noter que 63% des HSH déclarent avoir des relations occasionnelles, contre 42% d'hommes et 20% de femmes hétérosexuels (Graphique 11).

**CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

En Suisse comme ailleurs, les infections sexuellement transmissibles constituent un problème de santé publique. La réduction de la prévalence et de l'incidence des infections sexuellement transmissibles

Graphique 11





représente une contribution importante au maintien et à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la population, ainsi qu'un facteur essentiel de réussite pour la prévention du VIH.

Afin de déterminer précisément comment mettre en place les mesures de prévention et d'intervention, il est essentiel d'optimiser la surveillance et d'intégrer le corps médical à tous les niveaux de la prise en charge aussi bien dans le cadre de la médecine individuelle que pour l'application des mesures de santé publique.

Il convient de poursuivre les buts suivants:

1. Optimiser la prévention des IST et la prise en charge des patients en mettant à disposition du corps médical des recommandations nationales
2. Optimiser la prise en charge et le suivi des partenaires à travers un élargissement des compétences du corps médical dans ce domaine très spécifique (formation continue).
3. Optimiser la qualité des données de surveillance afin que celles-ci décrivent avec plus de précision l'épidémiologie des IST en Suisse.

## PERSPECTIVES DE PRÉVENTION

Toute personne sexuellement active doit être en mesure d'estimer son propre risque d'IST, de s'en protéger et, le cas échéant, de se soumettre à un dépistage.

Les groupes de population vulnérables doivent être bien informés et sensibilisés aux IST. Pour la gonorrhée et la syphilis, il s'agit des mêmes groupes cibles que pour la prévention du VIH. Pour ce qui est de l'infection à Chlamydia, une grande partie des groupes de population concernés ne font pas forcément partie des principaux groupes cibles de la prévention du VIH.

Lorsque cela est possible, il convient de mettre à profit les synergies avec des programmes ou campagnes de prévention existants tels que le programme national VIH/sida ou les actions cantonales de lutte et de prévention contre les IST.

## PERSPECTIVES DE DÉPISTAGE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Il est essentiel de sensibiliser le corps médical à la thématique des IST tout en fournissant des informations nécessaires à une prise en charge des patients pour lesquels une IST est suspectée ou confirmée. Pour y parvenir, l'OFSP planifie des directives et recommandations qui devront tenir compte des spécificités de chaque spécialité médicale engagée dans la lutte contre les IST.

Ces directives seront élaborées en collaboration avec les sociétés médicales concernées (pédiatres, internistes, gynécologues, urologues, dermatologues et spécialistes en santé publique) en se basant sur les recommandations existantes (OMS, CDC, ECDC, IUSTI) et en les adaptant à la situation suisse.

## PERSPECTIVES DE SURVEILLANCE

La combinaison des déclarations des laboratoires et des déclarations complémentaires des médecins présente un potentiel de nature à fournir de bonnes données de surveillance. Le respect du délai de déclaration, aussi bien pour les déclarations des laboratoires que pour les déclarations complémentaires, et tout particulièrement l'exhaustivité des déclarations complémentaires, jouent un rôle décisif afin de pouvoir prendre des mesures de santé publique.

Le point suivant doit être pris en compte dès janvier 2008:

- La déclaration des nom et prénom du patient est remplacée par la déclaration des initiales. Le lien entre les informations des déclarations des laboratoires et complémentaires doit être assuré en utilisant les initiales de la personne concernée tel que le prévoit l'ordonnance sur la déclaration. Cette modification permet néanmoins aux autorités sanitaires cantonales de prendre contact rapidement avec les médecins impliqués lors de toute suspicion de cas groupés mais également lorsque le médecin n'indique pas clairement dans la déclaration complémentaire qu'il a pris des

mesures pour le(s) partenaire(s) du patient suivi.

Les points suivants doivent être envisagés dans un avenir proche:

- Obligation pour les laboratoires de déclarer le nombre total de tests effectués, comme c'est le cas depuis 2006 pour le VIH et Legionella.
- Réalisation d'études de prévalence dans la population générale et/ou des groupes cibles.
- Amélioration des flux d'informations entre l'OFSP, les autorités cantonales et les médecins déclarants en instaurant une réelle culture de déclaration. Des retours statistiques et graphiques spécifiques aux cantons, mis à disposition des médecins qui fournissent les données, peuvent établir pour ces derniers un lien entre l'épidémiologie, la santé publique et leur activité médicale.

## PERSPECTIVES DE FORMATION ET PERFECTIONNEMENT

Des offres spécifiques de formation et de perfectionnement doivent être mises en place pour que les médecins et les experts du domaine de la santé sexuelle et reproductive puissent agir et mettre en œuvre efficacement les directives nationales. L'élaboration d'offres correspondantes exige une coopération entre les organes spécialisés compétents et les autorités sanitaires. A cet égard, il faut mettre en avant la formation à l'anamnèse sexuelle et à la notification des partenaires.

Le Programme national VIH et Sida montre bien qu'une coordination nationale au niveau de la surveillance, des interventions et de la prévention entre les cantons, les autorités sanitaires nationales et les différents acteurs du secteur de l'intervention et de la prévention peut aboutir à une gestion efficace du problème. A cet égard, des mesures similaires à celles proposées dans le présent document ont, entre autres, joué un rôle déterminant. ■

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Santé publique  
Division Maladies transmissibles  
Téléphone 031 323 87 06

**References**

1. Liassine N, et al. First confirmed case of lymphogranuloma venereum (LGV) in Switzerland. Eurosurveillance weekly release 2005.
2. van de Laar M, Fenton KA, Ison K. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. Euro Surveill 2005.
3. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. Sex Transm Infect 2004; 80(4): 255-263.
4. van de Laar M, Morré S A. Chlamydia: a major challenge for public health. Euro Surveill 2007; 12(10).
5. Zwahlen M, Spoerri A, Gebhardt M, Mäusezahl M, Boubaker K, Low N. Surveillance systems for sexually transmitted diseases in Switzerland. Sexually Transmitted Diseases 2007; 34(2): 81-82.
6. Paget WJ, Zbinden R, Ritzler E, Zwahlen M, LCS, et al. National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland. Sexually Transmitted Diseases 2002; 29: 715-720.
7. Low N, Egger M, Sterne JAC, Harbord RM, Ibrahim F, Lindblom B et al. Incidence of severe reproductive tract complications associated with diagnosed genital chlamydial infection: the Uppsala Women's Cohort Study. Sex Transm Infect 2006; 82(3): 212-218.
8. van Valkengoed IG, Morre SA, van den Brule AJ, Meijer CJ, Bouter LM, Boeke AJ. Overestimation of complication rates in evaluations of Chlamydia trachomatis screening programmes – implications for cost-effectiveness analyses. Int J Epidemiol 2004; 33(2): 416-425.

**Bibliographie complémentaire**

Ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme ([http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818\\_141\\_1.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818_141_1.html))  
Ordonnance du DFI ([http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818\\_141\\_11.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c818_141_11.html))