



Infections sexuellement transmissibles en Suisse: un paysage en transformation

Rev Med Suisse 2012; 8: 1901-6

F. Bally
N. Troillet

Dr Frank Bally
Pr Nicolas Troillet
Service des maladies infectieuses
Institut central
Hôpital du Valais
Avenue du Grand Champsec 86
1951 Sion
frank.bally@hopitalvs.ch
nicolas.troillet@hopitalvs.ch

The changing epidemiology of sexually transmitted infections in Switzerland

Sexually transmitted infections (STI), such as syphilis, gonorrhoea and infections caused by Chlamydia have been increasingly reported in Switzerland during the last decade. After having consistently decreased since the early 90s, reports of HIV infections were on the rise from 2000 to 2008. STIs are thus far from being controlled in Switzerland and their epidemiology has become more complex: different STIs circulate in different populations. The national program for HIV and STI 2011-2017 (PVNI) takes this challenge up and covers now the prevention, screening and treatment of all STIs. Primary care physicians, gynaecologists and specialists have an important role to play in provider initiated testing and counselling (PICT) and in the treatment of STIs.

Une augmentation des déclarations d'infections sexuellement transmissibles (IST) est observée en Suisse depuis une décennie, concernant par exemple la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie. Les déclarations de VIH, en baisse constante depuis le début des années 90, ont réaugmenté entre 2000 et 2008. Les IST sont donc loin d'être maîtrisées et leur épidémiologie s'est complexifiée: diverses IST touchent des populations différentes. Le programme national VIH et IST (PNVI) 2011-2017 défie ce problème et couvre dorénavant la prévention, le dépistage et le traitement de toutes les IST. Les médecins de premier recours, les gynécologues et les consultations spécialisées ont un rôle crucial à jouer dans le dépistage initié par le médecin, incluant des conseils (PICT: *provider initiated counselling and testing*) ainsi que dans le traitement de ces infections.

INTRODUCTION

Suite à l'effet positif de la campagne de prévention du VIH initiée dans les années 80, toutes les infections sexuellement transmissibles (IST) étaient en recul en Suisse, aboutissant à l'abandon de la déclaration obligatoire de la syphilis en 2000 (figure 1). Les succès des antiviraux pour le contrôle de l'infection par le VIH ont par ailleurs modifié la perception du sida et de sa gravité. Dès 2000, l'incidence des IST, notamment VIH, gonorrhée et chlamydie, a cependant à nouveau augmenté, motivant la réintroduction de la déclaration obligatoire de la syphilis en 2006 (figure 1). En 2011, 7273 nouveaux cas de chlamydie, 1431 cas de gonorrhée, 1036 cas de syphilis et 564 cas de VIH furent annoncés à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cet article discute les tendances actuelles de l'épidémiologie des IST et les stratégies de lutte contre ces maladies en Suisse.

VIH: OPTIMISME TROP PRÉCOCE?

Entre 1991, au pic de l'épidémie, et 2000, les déclarations de nouvelles infections VIH ont diminué globalement de 73% en Suisse (tableau 1). Toutefois, cette chute s'est clairement ralentie depuis lors (-2,4% en onze ans). Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) (256 déclarations en 2011) et les hétérosexuels (249 déclarations) se partagent à parts à peu près égales les infections déclarées aujourd'hui. Avec 7,8 nouvelles infections pour 100 000 habitants en 2010, la Suisse se situe devant la France (6,1), l'Italie (5,9) l'Allemagne (3,1) et la moyenne européenne (6,7).¹

Chez les HSH, les déclarations VIH ont plus que doublé de 2001 à 2008 et, quoiqu'en baisse depuis lors (-29%), celles de 2011 représentent encore près du double de celles de 2001 (256 contre 141). Les HSH s'infectent surtout en Suisse (62% des cas) et auprès de leurs partenaires occasionnels (42%) ou anonymes (22%).² 53% des infections diagnostiquées dans ce groupe sont récentes, acquises dans l'année précédant le dépistage (moyenne suisse: 33%).



Figure 1. Déclarations annuelles de syphilis (barres bleues) et de chlamydioses (courbe rouge) en Suisse

La déclaration obligatoire de la syphilis a été interrompue entre 2000 et 2006.

Les infections acquises par voie hétérosexuelle diminuent, mais lentement. En 2010, 62% d'entre elles concernaient des Suisses et des Européens et 38% des immigrants extra-européens, provenant surtout de pays à haute prévalence du VIH.²

Les nouveaux cas d'infections VIH chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse (UDIV) sont en baisse constante. C'est dans ce groupe que la plus forte diminution est constatée depuis 1989 (-97%).

SYPHILIS ET GONORRHÉE

Les diagnostics de syphilis augmentent depuis la réintroduction de la déclaration obligatoire de cette IST (figure 1). Ils concernent avant tout des HSH, sous réserve d'informations complémentaires disponibles pour seulement 40% des cas déclarés par les laboratoires.² L'acquisition de la syphilis par relation hétérosexuelle reste cependant significative et 20% des nouveaux cas concernent des femmes. Tandis que 30% de ces cas indiquent un(e) partenaire oc-

casional(le) comme source d'infection, 40%, dont près de la moitié des femmes, pensent s'être infectés auprès de leur partenaire fixe.

Les déclarations de gonorrhée ont passé de 514 en 2002 à 1426 en 2011. Elles concernent à 80% des hommes et sont en majorité acquises par relation hétérosexuelle. Un biais de diagnostic, lié à l'introduction de la *Polymerase chain reaction* (PCR), pourrait expliquer en partie cette augmentation, mais la tendance constatée et le peu de données disponibles sur les conditions de transmission concourent au maintien d'une attention soutenue.

CHLAMYDIOSE: UNE IST OUBLIÉE

Suite à leur diminution, les déclarations de chlamydiose ont augmenté dès 1999 (figure 1). Il est probable que cette IST ait été sous-diagnostiquée dans les années 1980 en raison de la disponibilité à cette époque de tests moins sensibles qu'actuellement et parce que la recherche de *Chlamydia* était moins souvent effectuée que de nos jours. Ainsi, en 1988, 18,5% de 600 femmes testées dans les centres Profa vaudois étaient infectées alors que l'OFSP enregistrait 2683 déclarations. Dix ans plus tard, en 1998, 3% des femmes testées dans les cabinets romands de gynécologie étaient infectées, alors que l'OFSP enregistrait 2541 déclarations.³ Depuis dix ans, probablement en partie en lien avec la généralisation progressive de la PCR comme moyen diagnostique, les déclarations ont plus que triplé (figure 1). La prévalence réelle de la chlamydiose dans la population suisse actuelle n'est toutefois pas connue et pourrait toujours être sous-évaluée (tableau 2).

L'infection étant le plus souvent asymptomatique, il faut dépister un grand nombre de personnes et traiter un bon nombre d'infections pour éviter une complication. Il a été démontré que dépistage et traitement peuvent réduire le risque d'annexite, mais aucune donnée n'est disponible en Suisse pour les deux complications majeures de la chlamydiose: la stérilité tubaire et la grossesse extra-utérine. L'efficacité d'un programme de dépistage est donc difficile à démontrer et aucune démarche de ce type n'existe dans la majorité des pays européens.

Avec une moyenne d'âge de 24 ans chez les femmes et de 30 ans chez les hommes, la chlamydiose touche une population plus jeune que les autres IST (37 ans pour le VIH et 39 ans pour la syphilis) (tableau 2). Il est possible que beaucoup d'adolescents présentent une infection à *Chlamydia* non diagnostiquée parce qu'ils hésitent à pratiquer un dépistage qu'ils devraient payer eux-mêmes (franchise de l'assurance) s'ils ne souhaitent pas en parler à leurs parents.

IST ET VACCINS

L'augmentation observée pour d'autres IST entre 2001 et 2009 n'a pas eu lieu pour l'hépatite B aiguë, dont les déclarations sont à la baisse, sans que le nombre d'hépatites chroniques évolue significativement. Ceci reflète vraisemblablement l'efficacité d'une vaccination introduite chez les adolescents à la fin des années 90 et dont la couverture (deux doses) était de 69% chez les jeunes de seize ans dans

Tableau 1. Déclarations d'infections VIH au pic de l'épidémie (1989-1992), en 2000 et en 2011

| Voies d'acquisition | Nombre de déclarations | | |
|---------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| | Pics entre 1989 et 1992 (année) ^a | 2000 (changement depuis le pic) | 2011 (changement depuis 2000) |
| UDIV ^b | 937 (1989) | 80 (-91%) | 27 (-66%) |
| Rapports hétérosexuels | 708 (1991) | 326 (-54%) | 249 (-24%) |
| HSH ^c | 579 (1992) | 148 (-74%) | 256 (+73%) |
| Toutes voies ^d | 2144 (1991) | 578 (-73%) | 564 (-2,4%) |

(Source: rapport de situation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)).

^aDéclarations prises en compte dès 1988 seulement afin d'éviter l'effet de rattrapage d'anciennes infections suivant l'introduction du test de dépistage en 1985.

^bUDIV: utilisateurs de drogues par voie intraveineuse.

^cHSH: hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

^dY compris transfusions sanguines, mère-enfants et indéterminées.



Tableau 2. Prévalence d'infections par *Chlamydia* chez les femmes

(D'après réf.^{3,12-17}).

Les données suisses proviennent d'échantillons non représentatifs de la population générale.

| Contexte | Année | Prévalence (%) | | | Remarques |
|---|-----------|----------------|-----------|-----------|---|
| | | < 20 ans | 20-24 ans | 25-29 ans | |
| Centres Profa, canton de Vaud ³ | 1988 | 18% | 24,9% | 15,6% | 15-55 ans: 18,5% |
| Amsterdam ¹² | 1996/1997 | 2,4% | 4,4% | 2,8% | Population based (participation 50%) |
| Gynécologues, Romandie ¹³ | 1998 | 3,4% | | 3,1% | |
| Roche-Studie Genetica ¹⁴ | 2004 | 2,1% | 4,5% | 2,5% | <ul style="list-style-type: none"> • Suisse alémanique: 3,2% • Lausanne: 4,1% • Suissesses: 2,9% • Etrangères: 4,3% |
| Etude pilote, Pays-Bas ¹⁵ | 2002/2003 | 2,6% | 1,9% | 2,9% | Population based (participation 41%) <ul style="list-style-type: none"> • Milieu urbain: 3,3% • Milieu rural: 1,2% |
| Premiers tours de dépistage, Pays-Bas ¹⁶ | 2009 | 4,2% | | | Population based (participation 16%) |
| Grande-Bretagne ¹⁷ | 2008/2009 | 5,3% | 8% | – | Population based (participation 24%) |

quinze cantons suisses investigués en 2008 et 2009⁴ et de 80% en Valais en 2010.

Le vaccin contre le papillomavirus (HPV) prévient les dysplasies du col utérin et, pour celui qui contient des antigènes contre les génotypes 6 et 11, les condylomes acuminés. En Australie, une diminution de dix fois de la prévalence des condylomes acuminés a été observée chez les femmes vaccinées, parallèlement à une baisse de 28 à 2% chez les hommes hétérosexuels du même âge, alors que seules les femmes ont accès à la vaccination gratuite. En 2010, la couverture vaccinale des adolescentes valaisannes de seize ans atteignait 59,2% pour deux doses et 51,5% pour trois doses.

SEXE ORAL PAS SANS DANGER

Les pratiques sexuelles orales sont réputées moins risquées. La prévention de la transmission orale du VIH fait cependant partie de la campagne nationale de prévention depuis 1996 («Pas de sperme dans la bouche»).

D'autres IST, telles que la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et le HPV, sont également transmissibles par des contacts oro-génitaux, aussi sans présence de sperme.⁵ La part des infections génitales dues au virus *Herpes simplex* de type 1 (classiquement la cause de l'herpès labial) a augmenté ces dernières décennies par rapport à l'herpès de type 2.⁶ Davantage de cancers ORL, sans lien avec l'alcool ou le tabac, sont associés à une infection par des HPV oncogènes (génotype 16), transmis par voie génito-orale et oro-orale.

PROGRAMME NATIONAL VIH ET IST 2011-2017 (PNVI 2011-2017)

Ce programme de lutte contre les IST, lancé par l'OFSP en 2011, est ambitieux.⁷ Il intègre dépistage et traitement à la prévention et s'adresse à trois types de population:

1) population générale, y compris les adolescents; 2) personnes à risque élevé d'IST, y compris HSH, UDIV, travailleuses et travailleurs du sexe et leur clientèle, détenus et migrants de pays à haute endémie de VIH et 3) personnes atteintes d'IST et leur entourage. La campagne médiatique associée s'y adapte: le slogan «Love Life» remplace «Stop sida» et la recommandation «démangeaison, brûlure, écoulement? Parlez-en à votre médecin» s'est ajoutée aux deux déjà existantes: «pas de pénétration sans capote» et «pas de sperme dans la bouche».

MESURES DE PRÉVENTION

Diverses mesures de prévention des IST sont à la disposition des personnes sexuellement actives: vaccination; partenaire stable, unique et non infecté; utilisation systématique et adéquate du préservatif (masculin ou féminin); circoncision (pour le VIH); prophylaxie préexpositionnelle (controversée, pour le VIH) et postexpositionnelle (principalement pour le VIH, individuellement efficace, mais coûteuse et inefficace à l'échelle d'une population).

La vaccination contre l'hépatite A, considérée également comme une IST chez les HSH et UDIV, est indiquée dans ces groupes à risque. La vaccination contre l'hépatite B fait partie en Suisse des vaccinations de routine effectuées à l'adolescence. Elle peut être proposée à toute personne sexuellement active et non vaccinée. La vaccination contre le HPV est actuellement administrée aux filles entre onze et quinze ans dans les programmes cantonaux spécifiques. Le rattrapage est encore possible jusqu'à l'âge de 26 ans.

Le préservatif bien utilisé est un moyen de prévention pour toutes les IST. Il est considéré comme plus efficace contre le VIH (taux de protection jusqu'à 80%) que contre d'autres infections, notamment celles avec atteinte cutanée comme l'herpès.



DÉPISTAGE ET TRAITEMENT

L'OFSP recommande deux types de dépistage du VIH: 1) dépistage sur demande de l'utilisateur (VCT: *voluntary counselling and testing*), offert par les consultations de dépistage anonyme et toute consultation médicale⁸ et 2) dépistage sur proposition du médecin (PICT: *provider initiated counselling and testing*), à proposer par les médecins de premier recours, les gynécologues et les consultations spécialisées d'IST.^{9,10} Les deux concepts incluent obligatoirement une évaluation des risques et des conseils ciblés de prévention. Trop souvent encore, aussi dans les centres de dépistage anonyme dédiés au VCT, seul le VIH est testé de routine. Le dépistage d'autres IST est limité par des problèmes pratiques et ses coûts (plus de CHF 300.– de frais de laboratoire pour un *screening* complet).

Le traitement précoce des IST contribue à leur prévention: la personne traitée n'est plus infectieuse. Cette stratégie implique toutefois un dépistage accru (par exemple des *Chlamydia*) et le traitement systématique des personnes infectées, même si un bénéfice clinique individuel n'est pas au premier plan (par exemple en cas d'infection VIH sans immunosuppression). Pour ce dernier cas de figure, le traitement de toute infection documentée est de plus en plus envisagé, en particulier dans les populations où le risque de transmission est élevé, tels les HSH et les migrants. Le traitement de certaines IST, notamment le VIH ou les hépatites virales, est complexe et nécessite le recours à un spécialiste. D'autres IST, telles la chlamydie, la gonorrhée et la syphilis, sont faciles à traiter et devraient bénéficier d'une prise en charge rapide et de proximité, y compris chez le médecin de premier recours ou le gynécologue.

CONCLUSION

L'épidémiologie des IST en Suisse est devenue plus complexe. Le VIH reste l'infection la plus redoutable, avec une capacité de progression explosive, observée à deux reprises dans notre pays, au début des années 1980 et dans les années 2000 chez les HSH. L'augmentation récente des IST témoigne d'une augmentation des prises de risques sexuels. Ces comportements, couplés à l'effet facilitant de toute IST active pour la transmission du VIH, favorisent la propagation de ce dernier. Il est dès lors important de surveiller les IST indicatrices de prises de risques telles que

la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie afin de les dépister et de les traiter précocement. Bien qu'elle constitue un défi de santé publique pour les années à venir, cette stratégie contribue à la prévention du VIH. Le programme national de prévention PVNI 2011-2017 a cette ambition. Il dépend de la participation de tous les partenaires et implique les médecins de premier recours. L'OFSP met à disposition les recommandations nécessaires pour le VCT,⁸ le PICT^{9,10} et le traitement des IST.¹¹ Beaucoup de personnes à risque ne consultent pas et banalisent ou cachent une vie sexuelle peut-être contraire aux conventions sociales. VCT et PICT doivent aller à leur rencontre, que ce soit au sauna ou à l'école. ■

Implications pratiques

- Le dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST) doit être accompagné d'une analyse des risques et de conseils individualisés
- Le dépistage des IST est à proposer aux personnes ayant pris des risques sexuels ou chez lesquelles une IST a été diagnostiquée
- Le dépistage VIH est à proposer au moins une fois à toute personne, lors du diagnostic d'une autre IST et lors de maladies pouvant évoquer le sida (candidose orale, zona, tuberculose ou autres)
- Les situations à risque plus élevé de transmission d'IST comprennent les relations sexuelles entre hommes, les relations anales (particulièrement pour les hépatites A et C), les relations avec des partenaires occasionnels ou avec un nouveau partenaire, l'utilisation de drogues par voie IV ou par inhalation nasale (hépatites B et C)
- Les situations témoignant d'une vulnérabilité accrue comprennent les relations avec des partenaires anonymes ou contre paiement, les relations sous influence d'alcool ou de drogues, l'abus sexuel (qui nécessite une prise en charge rapide et pluridisciplinaire)
- Les informations récoltées auprès des personnes concernées ont une grande valeur pour la compréhension de l'épidémiologie. Les médecins qui diagnostiquent une IST doivent remplir et envoyer au médecin cantonal les déclarations complémentaires

Bibliographie

- 1 European Center for Disease Prevention and Control, World Health Organization. Surveillance report. HIV/AIDS surveillance in Europe, 2010. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/154554/e96000.pdf
- 2 OFSP. Nombre de cas de VIH et d'IST 2011: rapport, analyses et tendances. Bulletin de l'OFSP 2012; 20:1-8.
- 3 Chi Nguyen D, Bonanomi Schumacher S, Borel-Schneider C, et al. Cervical infection caused by *Chlamydia trachomatis* at a family planning center: Prevalence, analysis of risk factors, prediction model. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1989;18:977-87.
- 4 Lang P, Piller U, Hatz C. Couverture vaccinale des

- enfants âgés de 2, 8 et 16 ans dans 15 cantons suisses, en 2008 et 2009. Bulletin de l'OFSP 2011;49:121-26.
- 5 Lautenschlager S. Infections sexuellement transmissibles: la Suisse et sa triste place de leader en Europe. *Forum Med Suisse* 2012;12:4-5.
- 6 Wald A. Genital HSV-1 infections. *Sex Transm Infect* 2006;82:189-90.
- 7 Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017. www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05465/12491/index.html?lang=fr
- 8 ** OFSP. Directives de l'OFSP sur le test VIH dans le cadre du VCT (Directives VCT). Bulletin de l'OFSP 2011;27:544-54.

- 9 ** OFSP. Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins: recommandations pour les patients adultes. Bulletin de l'OFSP 2010;11:364-6.
- 10 ** OFSP. Dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins. Bulletin de l'OFSP 2007;21:371-3.
- 11 Groupe de travail «Infections sexuellement transmissibles». Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par les médecins de premier recours: attitudes cliniques lors de plaintes dans la région génitale. OFSP 2011; www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/index.html?lang=fr
- 12 van Valkengoed IG, Postma MJ, Morré SA, et al. Cost effectiveness analysis of a population based screen-



ning programme for asymptomatic Chlamydia trachomatis infections in women by means of home obtained urine specimens. *Sex Transm Infect* 2001;77:276-82.

13 Paget WJ, Zbinden R, Ritzler E, et al. National laboratory reports of Chlamydia trachomatis seriously underestimate the frequency of genital chlamydial infections among women in Switzerland. *Sex Transm Dis* 2002;29:715-20.

14 Spiegel L. Chlamydia trachomatis Infektion – Eine unbekannte Geschlechtskrankheit. Winterthur: Matu-

ritätsarbeit 2004, Kantonschule Büelrain.

15 van Bergen J, Götz HM, Richardus JH, et al. Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: Results from the first national population based study in the Netherlands. *Sex Transm Infect* 2005;81:17-23.

16 van den Broek IV, Hoebe CJ, van Bergen JE, et al. Evaluation design of a systematic, selective, internet-based, Chlamydia screening implementation in the Ne-

therlands, 2008-2010: Implications of first results for the analysis. *BMC Infect Dis* 2010;10:89.

17 Center for infections, health protection agency. The bigger picture. The national Chlamydia screening programme 2008/09. Annual report. www.chlamydia-screening.nhs.uk/ps/publications/reports.html

* **à lire**

** **à lire absolument**