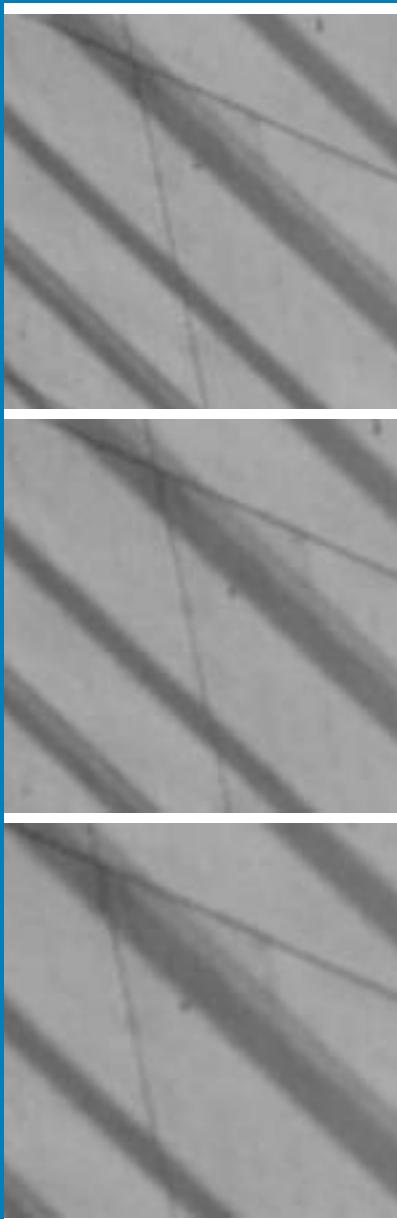


Bulletin 15/06

Office fédéral de la santé publique



Office fédéral
de la santé publique

Editeur

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

Rédaction

Office fédéral de la santé publique
Mariette Scheidegger
3003 Berne
Téléphone 031 322 94 00 (matinée)
info@bag.admin.ch

Impression

IMPRIMERIE BENTELI HALLWAG SA
Seftigenstrasse 310
3084 Wabern-Berne
Téléphone 031 960 81 81

Abonnements, changements d'adresse

BAG-Bulletin
Industriestrasse 37
3178 Bösingen
Téléphone 031 740 97 87
Fax 031 740 97 76

ISSN 1420-4266

Maladies transmissibles	
Déclarations des maladies infectieuses	272
Statistique Sentinel	274
Influenza A (H5N1): Situation actuelle (Etat au 5.4.2006)	276
Un système de surveillance de deuxième génération pour améliorer la surveillance du VIH/sida en Suisse	277
Ein berufsbegleitendes Weiterbildungsangebot der Universität Zürich	
Master of Advanced Studies in Intervention und Prävention von sexueller Gewalt	282
La campagne de prévention de l'alcoolisme «Ça débouche sur quoi?»	
Un verre de trop et bonjour les dégâts	283
Annexes	
Supplément I	
Supplément XX	

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 13^e semaine (4. 4. 2006)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Les chiffres écrits en *italique* correspondent aux données annualisées: cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon annuaire statistique de la Suisse).

Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

Les données cantonales sont accessibles sur Internet: <http://www.admin.ch/bag/infreporting>

^b Femmes enceintes et nouveau-nés.

^c Situation à la fin de la 1^{re} semaine: Les déclarations du laboratoire et du médecin sont nécessaires pour la classification des hépatites aiguës B et C (délai de déclaration supplémentaire).

^d Cas de la MCJ classique, confirmés et probables. Critères voir http://www.bag.admin.ch/prionen/f/news_zahlen.htm.

On renonce à présenter les données en détail, compte tenu du processus diagnostic qui peut durer jusqu'à deux mois.

Le nombre de cas confirmés et probables durant l'année 2004 est de 16 et en 2005 de 10 (provisoire).

	Semaine 13 2006 2005 2004			Dernières 4 semaines 2006 2005 2004			Dernières 52 semaines 2006 2005 2004			Depuis début 2006 2005 2004		
	Transmission respiratoire											
Tuberculose												
	4 2.80	8 5.70	8 5.80	30 5.30	28 5.00	39 7.00	552 7.50	598 8.20	613 8.50	111 6.10	126 6.90	134 7.40
Maladies invasives à méningocoques												
	3 2.10		2 1.40	11 2.00		10 1.80	76 1.00	84 1.20	74 1.00	30 1.60	31 1.70	27 1.50
Légionellose												
	2 1.40	1 0.70		9 1.60	3 0.50	6 1.10	193 2.60	155 2.10	180 2.50	34 1.90	16 0.90	22 1.20
Haemophilus influenzae: invasif												
	1 0.70	1 0.70	1 0.70	8 1.40	2 0.40	2 0.40	66 0.90	52 0.70	51 0.70	17 0.90	10 0.60	14 0.80
Rougeole												
	4 2.80	1 0.70		9 1.60	12 2.10	3 0.50	42 0.60	84 1.20	525 7.30	19 1.00	46 2.50	6 0.30
Rubéole^b												
							1 0.01		1 0.01		1 0.05	
Virus de l'influenza												
	55 39.10	7 5.00		186 33.00	107 19.20	9 1.60	300 4.10	490 6.70	747 10.40	252 13.80	476 26.20	395 21.90
Maladies invasives à pneumocoques												
	30 21.30	53 38.00	27 19.50	130 23.10	147 26.30	121 21.80	1040 14.20	1045 14.40	948 13.20	435 23.80	421 23.20	380 21.10
Transmission féco-orale												
Campylobacter												
	52 36.90	79 56.60	44 31.80	172 30.60	229 41.00	235 42.40	5189 70.90	5517 76.00	5461 75.80	814 44.50	892 49.10	966 53.60
Salmonella (para)typhi												
		2 1.40			4 0.70	1 0.20	35 0.50	45 0.60	25 0.30	4 0.20	9 0.50	5 0.30
Autres salmonelles												
	12 8.50	29 20.80	22 15.90	64 11.40	77 13.80	88 15.90	1907 26.10	1901 26.20	2167 30.10	284 15.50	254 14.00	261 14.50
Shigelles												
	5 3.60	6 4.30	2 1.40	24 4.30	21 3.80	21 3.80	338 4.60	351 4.80	316 4.40	55 3.00	64 3.50	69 3.80
E. coli entérohémorragique												
	1 0.70	1 0.70		7 1.20	3 0.50	3 0.50	66 0.90	47 0.60	56 0.80	13 0.70	10 0.60	9 0.50
Hépatite A												
	4 2.80	1 0.70	3 2.20	11 2.00	10 1.80	8 1.40	153 2.10	194 2.70	171 2.40	41 2.20	38 2.10	30 1.70
Listéria												
		2 1.40		4 0.70	4 0.70	1 0.20	69 0.90	57 0.80	45 0.60	10 0.50	14 0.80	11 0.60

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

	Semaine 13 2006 2005 2004			Dernières 4 semaines 2006 2005 2004			Dernières 52 semaines 2006 2005 2004			Depuis début année 2006 2005 2004		
	Transmission par du sang ou sexuelle											
Hépatite B aiguë^c												
Hépatite B aiguë ^c	1	0.70		2	0.40	0.50	4	73	96	107	1	0.70
Total des déclarations (B)	30	17	24	104	86	97	1.00	1.30	1.50	313	326	307
Hépatite C aiguë^c												
Hépatite C aiguë ^c	1	3	1	4	9	6	57	91	93	1	3	1
Total des déclarations (C)	0.70	2.10	0.70	0.70	1.60	1.10	0.80	1.30	1.30	0.70	2.10	0.70
43	19	35	152	124	181	1921	2129	2355	483	475	541	
Chlamydia trachomatis												
Chlamydia trachomatis	138	73	73	463	329	335	4694	4194	3638	1348	1045	1014
	98.10	52.30	52.70	82.20	58.90	60.50	64.10	57.80	50.50	73.70	57.60	56.30
Gonorrhée												
Gonorrhée	14	9		54	41	48	757	590	561	219	144	181
	10.00	6.50		9.60	7.30	8.70	10.30	8.10	7.80	12.00	7.90	10.00
Syphilis												
Syphilis				37			90			90		
				6.60			1.20			4.90		
Zoonoses												
Encéphalite à tiques												
Encéphalite à tiques							205	135	115	3		
							2.80	1.90	1.60	0.20		
Paludisme												
Paludisme	1	5	2	14	12	19	197	218	249	46	58	71
	0.70	3.60	1.40	2.50	2.10	3.40	2.70	3.00	3.50	2.50	3.20	3.90
Fièvres hémorragiques												
Brucella												
Brucella							7	10	5	1	0.10	0.10
							0.10	0.10	0.10			
Autres déclarations												
Poussées épidémiques												
Poussées épidémiques	1			3	6	1	30	62	31	15	23	4
Botulisme												
Botulisme							1	3		1		
							0.01	0.04		0.05		
Tétanos												
Tétanos								3				
								0.04				
Maladie de Creutzfeldt-Jakob^d												
Maladie de Creutzfeldt-Jakob ^d									6			

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

Statistique Sentinella

Déclarations (N) sur 4 semaines jusqu'au 31. 3. 2006 et incidence par 1000 consultations (N/10³)

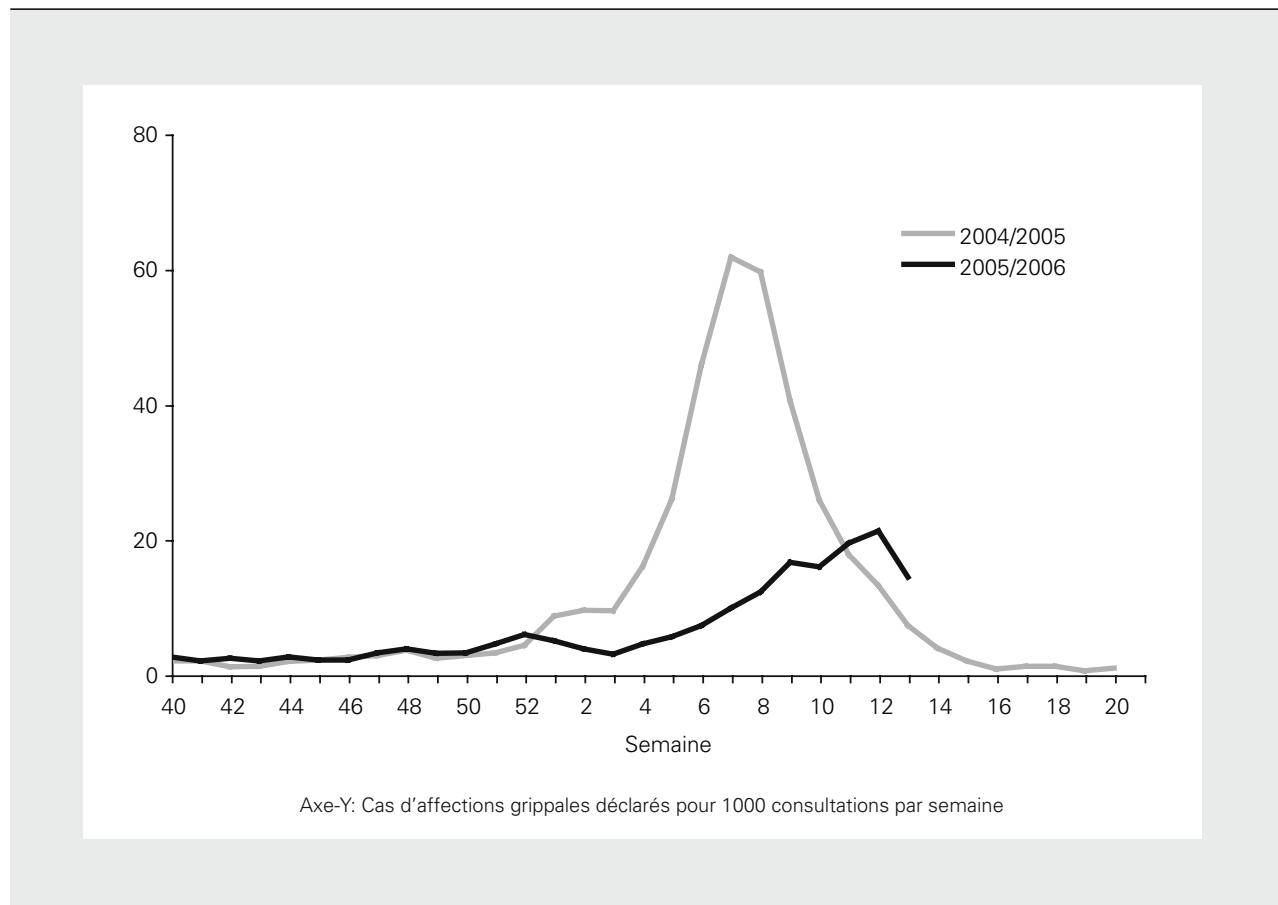
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	10		11		12		13		Moyenne de 4 semaines	
Thème	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Suspicion de grippe	269	15.9	325	19.4	370	21.2	218	14.4	295.5	17.7
Rougeole	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0
Rubéole	2	0.1	0	0	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Oreillons	2	0.1	1	0.1	0	0	0	0	0.8	0
Coqueluche	1	0.1	3	0.2	4	0.2	4	0.3	3	0.2
Otite moyenne	113	6.7	82	4.9	125	7.2	96	6.4	104	6.3
Pneumonie	39	2.3	52	3.1	53	3	39	2.6	45.8	2.8
Gastroentérite aiguë	67	4	66	3.9	51	2.9	57	3.8	60.3	3.7
Médecins déclarants	173		172		176		157		169.5	

Données provisoires

Cas de suspicion d'influenza déclarés dans le système Sentinella

Grippe



En semaine 13/2006, 14.4 cas d'affections grippales pour 1000 consultations ont été rapportés par 157 médecins du système de surveillance Sentinella. Après que ce chiffre ait augmenté à plus de 20 cas pour 1000 consultations la se-

maine dernière, il est retombé cette semaine au-dessous du seuil épidémique national de 15 cas pour 1000 consultations. La vague de grippe semble déjà avoir atteint son pic. Les médecins du système de surveillance Sentinella n'ont annoncé

cette année que très peu de cas d'affections grippales au total.

Situation régionale (semaine 13/2006)
Une activité grippale largement répandue règne encore dans les régions 3 (AG/BL/BS/SO), 4 (GL/LU/

NW/OW/SZ/UR/ZG) et 6 (GR/TI) sur la base des cas d'affections grippales rapportés et des résultats de laboratoire. Dans les autres régions, une activité élevée a été enregistrée.

Virologie (semaine 12/2006)

Au Centre National de l'Influenza (CNI), sur 58 échantillons testés, 28 ont été testés positifs pour Influenza (55%). Le virus Influenza B a été mis en évidence dans 23 cas, dont 13 appartenaient à la souche Malaysia et 5 à la souche Jiangsu. Le virus Influenza A a été isolé dans 5 autres échantillons. Au total, 145 virus Influenza B (81%) et 33 Influenza A (19%) ont été isolés jusqu'à présent durant cette saison.

Europe (semaine 12/2006)

L'épidémie de grippe saisonnière a débuté tard cette saison en Europe. Les taux de consultation pour affections grippales ont continué à augmenter au Danemark, en Slovaquie, en Slovénie, en République tchèque et en Hongrie. Trois pays, la Belgique, l'Irlande et les Pays-Bas, ont enregistré une nouvelle augmentation, bien qu'ils aient déjà atteint le pic au cours de ces dernières semaines. Des taux de consultation élevés ont été enregistrés dans les classes d'âge de 0-4 ans et de 5-14 ans. En Belgique, au Danemark, aux Pays-Bas, en Norvège, en Slovénie et en Hongrie, on a enregistré une activité grippale largement répandue; en Allemagne, en France et en Espagne, une activité régionale; dans six pays, des poussées locales; dans dix pays, une activité sporadique et en Irlande du Nord, aucune activité.

Pour la première fois cette saison en Europe, un plus grand nombre de virus Influenza A que de B ont été déclarés. Toutefois, un plus grand nombre de virus Influenza B (64%) que de A (36%) ont été mis en évidence durant cette saison.

Vous pouvez obtenir des informations sur l'activité de la grippe saisonnière en Suisse à l'adresse <http://www.bag.admin.ch/sentinella/influenza/f/index.htm> et www.influenza.ch (Centre National de l'Influenza). Pour des informations sur l'activité de la grippe en Europe, vous pouvez consulter le site www.eiss.org (European Influenza

Surveillance Scheme). Sous <http://www.grippe.admin.ch>, vous trouverez des renseignements sur la campagne nationale de prévention de la grippe de l'OFSP. Des informations générales sur la grippe, la prévention et le traitement sont disponibles sur

un site du groupe «Unis contre la grippe»: www.grippe.ch. ■

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

LA SURVEILLANCE DE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

L'évaluation épidémiologique de l'activité grippale saisonnière est basée sur les déclarations hebdomadaires de suspicion d'influenza transmises par les médecins Sentinella, sur les frottis pharyngés prélevés sur une partie des patients pris en charge par les médecins Sentinella déclarants, frottis analysés au Centre National de l'Influenza (CNI), à Genève, et sur la déclaration obligatoire de confirmations de laboratoires. Les typisations effectuées par le CNI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent un réexamen détaillé courant des virus grippaux circulant en Suisse.

Influenza A (H5N1): Situation actuelle (Etat au 5.4.2006)

NOMBRE DE CAS HUMAINS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a confirmé le 3 avril 2006 que quatre personnes, dont deux sont décédées, avaient été infectées en Egypte par le virus Influenza A (H5N1). Le 4 avril, l'OMS a confirmé un décès supplémentaire en Indonésie. Selon les informations officielles de l'OMS, 191 personnes, dont 108 sont décédées, ont été infectées par le virus de la grippe aviaire dans neuf pays depuis le début de l'année 2003 (voir tableau). Le virus a été transmis dans de rares cas à des êtres humains, principalement par contact étroit avec des volailles infectées et leurs déjections (sécrétions, fientes).

Tableau

Nombre officiel de personnes atteintes par la grippe aviaire du sous-type Influenza A (H5N1) (cas confirmés en laboratoire) déclaré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Etat au 4 avril 2006)

Pays	Nombre de cas	Nombre de décès
Azerbaïdjan	7	5
Cambodge	5	5
Chine	16	11
Egypte	4	2
Indonésie	30	23
Iraq	2	2
Thaïlande	22	14
Turquie	12	4
Vietnam	93	42
Total	191	108

SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIZOOTIE

Malgré les efforts internationaux pour contrôler la grippe aviaire chez la volaille, le virus Influenza A (H5N1) continue à s'étendre. Depuis la première apparition de la grippe aviaire fin 2003, des flambées se sont propagées dans les élevages de volailles en Asie de l'Est, puis, en octobre 2005, les premiers cas d'influenza A (H5N1) ont été confirmés en Europe de l'Est. Depuis février 2006, l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) a confirmé la

présence du virus Influenza A (H5N1) dans plusieurs pays, en particulier dans cinq pays africains (Burkina Faso, Cameroun, Egypte, Niger, Nigeria) et dans 12 pays de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Danemark, France, Grèce, Hongrie, Italie, Pologne, République tchèque, Slovaquie, Slovénie et Suède). Depuis février 2006, 32 oiseaux sauvages ont été testés positifs au virus de la grippe aviaire H5 en Suisse, dont quatre ont jusqu'à présent été confirmés infectés par le virus Influenza A (H5N1) par le laboratoire de référence de l'OIE à Weybridge (GB).

PRÉCISION CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUSPECT DE GRIPPE AVIAIRE H5N1

L'apparition du virus Influenza A (H5N1) chez la volaille en Europe n'a pas modifié la situation épidémiologique de la Suisse et ne constitue pas de danger en soi pour la population de notre pays. Néanmoins, les voyageurs en provenance des pays touchés par la grippe aviaire peuvent souffrir de la grippe saisonnière ou présenter des signes d'autres maladies infectieuses, sources potentielles de confusion diagnostique. Il nous semble par conséquent utile de rappeler les points les plus importants à considérer dans l'appréciation et la prise en charge des cas suspects de grippe aviaire Influenza A (H5N1):

- Seules sont considérées comme des cas suspects, les personnes présentant de la fièvre, des symptômes respiratoires et/ou des diarrhées et qui ont été en contact direct avec des volailles malades ou avec leurs fientes.
- Dans le bulletin 12/06 de l'OFSP ont été publiés une version adaptée de l'algorithme et des critères de définition de cas.

L'expérience montre qu'il y a toujours des cas qui ne remplissent que partiellement, voire pas du tout les critères, mais chez lesquels une recherche du virus Influenza A (H5N1) est jugée nécessaire, soit pour éclaircir un diagnostic différentiel, soit pour des raisons psychologiques. Dans de telles situations, seuls les échantillons prélevés après

accord des autorités peuvent être adressés aux laboratoires. Ces discussions sont obligatoires afin de permettre de marquer la différence entre des échantillons qui concernent la grippe saisonnière qui peuvent être mis en culture alors que les échantillons «H5N1» ne le peuvent pas pour des raisons de sécurité. Il est indispensable également que les autorités bénéficient de toutes les informations concernant ces investigations afin de pouvoir répondre le mieux possible aux inquiétudes de la population, et éviter ainsi rumeurs, incertitudes et autres bruits. ■

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

Informations supplémentaires
www.bag.admin.ch

Un système de surveillance de deuxième génération pour améliorer la surveillance du VIH/sida en Suisse

QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE DEUXIÈME GÉNÉRATION DU VIH

Dans le domaine des maladies infectieuses, on appelle système de surveillance biologique un système dans lequel on recueille de façon organisée et centralisée des informations sur l'occurrence de maladies, de symptômes, d'examens de diagnostic de façon à pouvoir surveiller l'apparition ou suivre l'évolution d'épidémies. Dans le cas du VIH/sida, le système de surveillance mis en place en Suisse est basé sur la déclaration obligatoire des nouveaux tests positifs pour le VIH par les laboratoires et des nouveaux cas de sida diagnostiqués par les médecins^a.

Ce type de surveillance est utile pour planifier l'intervention, alerter la population et évaluer l'effet final des mesures de prévention. Il n'apporte toutefois pas une information complète qui puisse alerter sur ce qui se passe en amont de la contamination par le VIH, de façon à pouvoir mieux comprendre la dynamique de l'épidémie et prévenir la transmission du VIH de manière plus efficace.

ONUSIDA et l'OMS ont proposé de s'appuyer sur des systèmes renforcés, dénommés systèmes de surveillance de deuxième génération. Le principal élément supplémentaire de ces systèmes est l'étude, par des enquêtes répétées, des comportements sexuels et préventifs, qui permettent en quelque sorte de donner l'alerte. Couplée à la surveillance biologique, la surveillance des comportements permet d'obtenir une information plus directement utile pour la prévention. On peut encore utiliser d'autres sources d'informations complémentaires, telles que les cas d'autres infections transmises par voie sexuelle.

Ainsi, pour ONUSIDA et l'OMS les buts des systèmes de surveillance de deuxième génération sont les suivants [1]:

- «Mieux comprendre les tendances de l'épidémie

- Mieux comprendre les comportements qui sous-tendent l'épidémie dans un pays
- Axer davantage la surveillance sur les sous-populations à risque maximal d'infection
- Etablir une surveillance souple qui s'adapte aux besoins et au niveau épidémique
- Mieux utiliser les données de la surveillance pour améliorer la connaissance de l'épidémie et planifier la prévention et les soins»

ONUSIDA et l'OMS ont défini trois types de situation épidémique:

1. Epidémie peu active: l'infection à VIH peut être présente depuis de nombreuses années mais elle n'a jamais atteint des valeurs significatives dans quelque sous-population que ce soit. Les cas d'infection sont en grande partie confinés aux individus ayant un comportement à haut risque: par exemple les professionnel(les) du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Comme approximation numérique, on retient que la prévalence du VIH ne dépasse régulièrement 5% dans aucune sous-population définie. C'est la situation que l'on rencontre en Europe centrale, p.ex. en République Tchèque ou en Slovénie.
2. Epidémie concentrée: le VIH s'est rapidement répandu dans une ou plusieurs des sous-populations définies, mais n'est pas installé dans la population générale. Le devenir de l'épidémie est déterminé par la fréquence et la nature des liens entre les sous-populations hautement infectées et la population générale. Comme approximation numérique, on retient que la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 5% dans au moins une sous-population définie. La prévalence du VIH est inférieure à 1% chez les femmes enceintes des zones urbaines. La situation en Suisse correspond à cette définition: on estime que la prévalence du VIH est supérieure à 5% chez les homosexuels et les consommateurs de drogue par injection mais inférieure à 1% dans la population générale.
3. Epidémie généralisée: le VIH est solidement installé dans la population générale. Bien que les sous-populations à haut risque puissent continuer à contribuer de façon disproportionnée à la propagation du VIH, les réseaux sexuels dans la population générale sont suffisants pour entretenir une épidémie indépendamment des sous-populations à risque plus élevé d'infection. Comme approximation numérique, on retient que la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 1% chez les femmes enceintes. C'est la situation que l'on rencontre dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne.

LES RECOMMANDATIONS ONUSIDA/OMS

Pour la situation d'épidémie concentrée – correspondant à la situation en Suisse – les recommandations d'ONUSIDA et de l'OMS pour la surveillance de deuxième génération sont les suivantes [1]:

- surveillance des infections transmises par voie sexuelle (IST)
- notification des cas d'infection à VIH et de SIDA
- suivi du VIH dans les dons de sang
- surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les sous-populations ayant un comportement à risque
- surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les groupes passerelles (p.ex. prostituées et leurs clients)
- enquête transversale sur les comportements dans la population générale
- surveillance sentinelle du VIH dans la population générale, zones urbaines.

LE DISPOSITIF MIS EN PLACE EN SUISSE

Le monitoring à long terme d'indicateurs de processus et de résultats de la stratégie de prévention du sida, effectué dans le cadre de l'évaluation globale mise sur pieds depuis 1987 par l'Unité d'évaluation de programmes de prévention

^a www.bag.admin.ch/infekt/surv/f/index.htm

►►►►► Maladies transmissibles

(UEPP) de l’Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne, a constitué dès le début une des composantes de la réponse suisse à l’épidémie [2-5].

En Suisse, le suivi des comportements sexuels et d’injection par des enquêtes répétées dans divers groupes de populations – effectuée depuis 1987 jusqu’à récemment dans le cadre de cette évaluation – correspond de fait au volet comportemental («*behavioural surveillance*») d’un dispositif de surveillance de deuxième génération. Cette surveillance comportementale n’a toutefois pas encore le même degré d’institutionnalisation que la surveillance biologique du VIH, dans le sens qu’il ne s’agit pas encore d’une activité de routine, avec des périodes de recueil de données fixes.

Durant la période 2004-2008, l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) souhaite consolider ce dispositif et assurer à long terme un suivi de sa stratégie de lutte contre le VIH/sida [6]. Il a chargé l’UEPP de proposer un système de surveillance et de monitoring pour la Suisse, tenant compte des recommandations de ONUSIDA sur les systèmes de surveillance de deuxième génération et à même de contribuer à long terme à l’évaluation de la stratégie de lutte contre le sida et d’en définir les éléments continus et périodiques.

Les populations retenues pour le monitoring des comportements sont: la population générale, les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HSH), les consommateurs de drogues par injection (IVDUs), les migrants, les prostitué(e)s.

Population générale et jeunes

Depuis 1987, une enquête téléphonique sur les comportements sexuels de la population de 17-45 ans en rapport avec le VIH/sida

^b Elle a eu lieu en 1987, 1988, 1989, 1990, 1992, 1994, 1997, 2000.

^c Elle recrute des personnes de 15 à 75 ans.

^d Elle a eu lieu en 1987, 1990, 1992, 1994, 1997, 2000 et 2004.

^e Elle a eu lieu en 1993, 1994, 1996, 2000. [f](http://www.suchtundaidswg.admin.ch/themen/sucht/forschung/actinfo/) www.suchtundaidswg.admin.ch/themen/sucht/forschung/actinfo/

(EPSS) est menée périodiquement^b [7, 8]. Il est prévu de renoncer à moyen terme à cette enquête spécifique au VIH/sida et d’introduire dans l’Enquête suisse sur la santé (ESS), qui a lieu tous les 5 ans^c [9], un module sexualité qui en reprendrait quelques questions centrales (*core questionnaire*). La prochaine enquête spécifique sida est prévue en 2007, la même année que l’ESS qui contiendra le nouveau module sexualité. La simultanéité des deux enquêtes permettra une calibration du module. Par la suite, il est prévu de garantir la pérennité du module sexualité dans l’ESS.

Hommes ayant des relations avec d’autres hommes (HSH)

Depuis 1987, il existe aussi une enquête périodique^d auprès des HSH en Suisse [10] en rapport avec le VIH/sida. Elle est réalisée au moyen d’un questionnaire inséré dans les journaux gays, diffusé par les associations et, plus récemment (2005), aussi placé sur Internet. Cette enquête sera répétée en 2007, puis à des intervalles de 3-5 ans.

Consommateurs de drogues par injection

Depuis 1993, une enquête nationale est périodiquement^e [11] entreprise auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d’accès dont l’une des missions principales est la remise de matériel d’injection. Cette enquête sera répétée en 2006, puis à des intervalles de 3-5 ans. D’autre part, un module de questions spécifiques sur la consommation de drogues par injection et le partage de seringues a été introduit dans le «*core*» questionnaire Act-Info^f des statistiques de traitement.

Les migrants, en particulier les migrants originaires de pays où l’épidémie de sida est de type généralisé

Ce secteur de la population est petit et hétérogène mais donne lieu à une part non négligeable des nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hétérosexuels [12]. L’analyse secondaire des données recueillies dans le cadre des enquêtes EPSS et ESS est complétée par le recours à un ou plusieurs groupes d’experts des populations les plus

exposées au VIH/sida, réuni(s) à intervalles réguliers pour examiner la situation de l’évolution des comportements au sein de ces populations. Ce groupe fonctionne comme un système d’alerte.

Prostitué(e)s et leurs clients

Pour ce groupe, lui aussi petit et hétérogène, représentant une population passerelle pour la transmission du VIH dans la population générale, on a recours au même système d’analyse secondaire des données recueillies en population générale (EPSS et ESS) concernant les clients de prostitué(e)s et la consultation périodique d’un groupe d’experts.

D’autres sources de données peuvent être utilisées ponctuellement si elles contiennent des indications sur les comportements sexuels ou l’injection de drogues, comme l’ont été les enquêtes sur la santé des adolescents.

Mise en œuvre en Suisse

Le Tableau 1 résume les principales composantes du dispositif de surveillance de deuxième génération en Suisse en indiquant le degré de réalisation des recommandations de l’OMS concernant ce type de surveillance dans les pays à épidémie concentrée.

Comparaison avec l’Europe

Le tableau 2 indique la situation qui prévaut en matière de systèmes de surveillance de deuxième génération dans quelques pays européens en comparaison avec la Suisse. On constate que la plupart des pays mentionnés possèdent à la fois des éléments d’un système de surveillance biologique et d’un système de surveillance comportementale [13]. Toutefois on ne peut pas toujours parler d’un véritable système. En **Suisse**, ce système existe dans les faits depuis longtemps, même s’il n’est pas totalement intégré. Par exemple, sa composante comportementale n’apparaît pas dans la rubrique épidémiologie du VIH/sida de l’OFSP et son assise financière à long terme est encore à définir. En **France**, l’Institut de veille sanitaire annonce un système de surveillance biologique et comportementale de type un peu plus restreint qu’en Suisse (les en-

Tableau 1

Compatibilité du dispositif proposé pour la surveillance comportementale avec les recommandations ONUSIDA pour la surveillance de deuxième génération dans les pays à épidémie concentrée

Recommandation ONUSIDA	Degré de réalisation de la recommandation avec le dispositif proposé en Suisse
1. Surveillance des IST et des autres marqueurs biologiques du risque	Réalisée: déclaration obligatoire des nouveaux cas d'infection à gonocoques et à chlamydia par les laboratoires et déclaration des hépatites A, B, C par les médecins et laboratoires
2. Notification des cas d'infection à VIH et de SIDA	Réalisée
3. Suivi du VIH dans les dons de sang	Réalisée
4. Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les sous-populations ayant un comportement à risque	Réalisée (biologique: dans le système de déclaration avec les groupes de transmission; comportementale dans les enquêtes périodiques chez les HSH et les consommateurs de drogues avec auto-déclaration du statut VIH). Pas de prélèvements biologiques dans les enquêtes.
5. Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les groupes passerelles	Partiellement réalisée (biologique: dans le système de déclaration, pour les clients de prostituées; comportementale dans les enquêtes périodiques chez les consommateurs de drogues ayant des partenaires non consommateurs, les bisexuels, la population générale/clients de prostituées)
6. Enquête transversale sur les comportements dans la population générale	Réalisée
7. Surveillance sentinelle du VIH dans la population générale, zones urbaines	Non réalisée

quêtes en population générale ne sont pas mentionnées). Dans les faits cependant de telles enquêtes ont lieu périodiquement et des synthèses périodiques intégrant les deux éléments ont été menées à plusieurs reprises [14-16]. En **Allemagne**, divers éléments sont présents sans liens formels, que ce soit dans le cadre institutionnel ou simplement sous la forme de synthèses récentes. On ne peut donc parler de système. **Au Royaume Uni**, il existe un système très complet, institutionnalisé, avec un élément biologique fort, incluant des études répétées auprès des con-

sommateurs de drogue par injection avec test anonyme non lié (*un-linked anonymous testing*). La **Catalogne** a elle aussi mis sur pieds un système complet avec un élément biologique fort, en l'absence d'un système de déclaration obligatoire du VIH, inexistant en Espagne.

CONCLUSIONS

Le système de surveillance comportementale, mis en place dans le cadre de l'évaluation depuis la fin des années quatre-vingts, correspondait dans les grandes lignes à la composante comportementale d'un système de surveillance de deuxième génération. Dans la période 2004-2008, l'extension du dispositif permettra d'encore mieux correspondre aux recommandations de l'OMS. Ces modifications prennent en compte les éléments suivants:

- *calibrage nécessaire lors du passage à un autre instrument*: une réalisation simultanée (la même année) de EPSS^k et ESS en 2007 permettra une analyse fine des différences dues aux caractéristiques des instruments et fournira une base solide pour l'interprétation des trends à long terme;
- *amélioration de la surveillance des IST dès le 1.1. 2006* avec la réintroduction de la déclaration obligatoire par les laboratoires et l'introduction d'une déclaration complémentaire par les médecins des cas de syphilis, ainsi que l'introduction d'une déclaration complémentaire par les médecins des cas de gonorrhée.
- *utilisation maximale des informations existantes sans recourir à des instruments additionnels*: c'est la raison de l'accent mis sur l'analyse des données EPSS et ESS concernant la prostitution et les migrants;
- *concentration des efforts sur les groupes à prévalence élevée* (HSH et toxicomanes) par le maintien d'instruments spécifiques;
- *attention portée aux changements non anticipés*: les systèmes d'alerte – légers – proposés pour les domaines de la prostitution et des populations migrantes constituent un complément aux informations recueillies par les instruments (EPSS et ESS) couvrant la population générale en même temps qu'une précaution contre des développements qui leur échapperait à cause de leurs limitations méthodologiques;
- *intégration d'une préoccupation de couverture*: les divers instruments du dispositif proposé ne sont pas conçus pour fournir des données représentatives au niveau des cantons^m, mais ils permettent de suivre les développements dans la population générale et dans les groupes importants ou potentiellement importants pour l'évolution de l'épidémie.

Au-delà de 2008, la question de la pérennisation des enquêtes dans les populations ad hoc (HSH et consommateurs de drogue) se posera ainsi celle de la fréquence de leur réalisation. L'expérience du travail avec des groupes d'ex-

^k Et de HSH le cas échéant.

^l Couverture limitée à la population joignable par téléphone et à même de participer à un interview dans une des langues nationales.

^m Ils sont cependant représentatifs des régions linguistiques.

▶▶▶▶▶ Maladies transmissibles

Tableau 2
Comparaison avec quelques pays européens

Recommandation	Suisse	France ^g	Allemagne ^h [17]	UK ⁱ [18]	Catalogne ^j [19]
1. Surveillance des IST et des autres marqueurs biol. du risque*	G, Chl Hep	S, G, Hep	S, G, Chl, Hep	S, G, Chl, HPV, Hep	S, G, Chl, HPV, HG
2. Notification des cas d'infection à VIH et de SIDA	Oui	Oui	Oui	Oui	Sida obligatoire, VIH déclaration volontaire
3. Suivi du VIH dans dons de sang	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les sous-populations à risque	<i>Biologique:</i> Syst. de déclaration avec groupes de transmission. <i>Comportements:</i> HSH périodiques, IVDUs périodiques	<i>Biologique:</i> Syst. de déclaration avec groupes de transmission. <i>Comportements:</i> HSH périodiques, IVDUs périodiques.	<i>Biologique:</i> Syst. de déclaration avec groupes de transmission.: <i>Comportements:</i> HSH périodiques.	<i>Biologique:</i> Syst de déclaration avec groupes de transmission et Unlinked anonymous testing (UAT) annuel pour Hep A,B,C VIH c/o IVDUs; <i>Comportements:</i> IVDUs et HSH annuelles	<i>Biologique:</i> Syst de déclaration volontaire avec groupes de transmission et Testing volontaire et anonyme pour VIH c/o IVDUs dans la rue (2 ans) et à l'entrée en traitement (annuel), HSH (2 ans); prisonniers <i>Comportements:</i> IVDUs et HSH (annuel)
5. Surveillance du VIH et surveillance comportementale dans les groupes passerelles	<i>Biologique:</i> non <i>Comportements:</i> HSH (bisexuels) et IVDUs	<i>Biologique:</i> non <i>Comportements:</i> HSH (bisexuels) et IVDUs	<i>Biologique:</i> non <i>Comportements:</i> HSH (bisexuels)	<i>Biologique:</i> IVDUs? <i>Comportements:</i> HSH (bi) et IVDUs	<i>Biologique:</i> HSH et IVDUs? <i>Comportements:</i> HSH (bi) et IVDUs
6. Enquête transversale sur les comportements dans la population générale	Oui, périodique	Oui, périodique [16]	Oui, annuelle [20]	Oui, tous les 10 ans [21]	Non
7. Surveillance sentinelle du VIH dans la population générale, zones urbaines	Non	Non	Non	UAT femmes enceintes	UAT annuel: nouveaux-nés, travailleurs, patients TB Volontaire anonyme: IVG annuel
<i>Système deuxième génération?</i>	Oui: VIH, IST, comportements HSH, IVDUs, population générale	Oui: VIH, IST, comportements HSH, IVDUs, population générale	Non	Oui: VIH, IST, UAT IVDUs /femmes enceintes comportements HSH/IVDUs	Oui: VIH, IST, UAT nouveaux-nés/ IVDUs/HSH comportements HSH, IVDUs

*S = Syphilis, G= Gonorrhée, Chl= Chlamydia, Hep= Hepatites (ABC), HPV= Condylomes (genital warts), HG = herpes génital

^g www.invs.sante.fr/departements/dmi/index.htm

^h www.rki.de

ⁱ www.phls.co.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/default.htm

^j www.ceescat.org

perts fonctionnant comme système d'alerte devra être ré-évaluée pour juger de l'intérêt d'utiliser ce type de dispositif pour de petites populations difficile d'accès.

Auteurs

Dubois-Arber F., Jeannin A.,
Meystre-Agustoni G.
UEPP, Institut Universitaire de

Médecine Sociale et Préventive, Lausanne ■

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division maladies transmissibles
Section Sida
Téléphone 031 323 88 11

Bibliographie

1. ONUSIDA/OMS. Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH. Genève; 2000. Report No.: WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5.UNAIDS/00.03F.
2. Somaini B, Billo N, Dubois JA, Staub R. Epidemiology and prevention of AIDS in the population (German). Soz Praventivmed 1988; 33 (7): 340-4.

Liste des abréviations

Act-Info	Réseau de monitoring de la prise en charge et du traitement des dépendances en Suisse
EPSS	Enquête périodique téléphonique sur les comportements sexuels de la population de 17-45 ans en rapport avec le VIH/sida
ESS	Enquête suisse sur la santé
HPV	<i>Human papilloma virus</i>
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IST	Infection transmise par voie sexuelle
IVDU	Consommateur de drogues par injection (<i>i/v drug user</i>)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
UAT	<i>Unlinked anonymous testing</i>
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention
VIH	<i>Virus de l'immunodéficience humaine</i>

20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aids im öffentlichen Bewusstsein des Bundesrepublik Deutschland 2004. Kurzfassung. Köln: BZgA; 2005.
21. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001 Dec 1; 358 (9296): 1835-42.

3. Dubois-Arber F, Lehmann P, Haussler D. Towards improved action against AIDS. *World Health Forum* 1988; 9: 376-81.
4. Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999; 13: 2571-82.
5. Somaini B. Epidemiologie und Praevention von AIDS. *Soz Praventiv-med* 1992; 37: 64-72.
6. Office fédéral de la santé publique. Programme national VIH et sida 2004-2008. Berne: 2003.
7. Dubois-Arber F, Jeannin A, Konings E, Paccaud F. Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *Am J Public Health* 1997; 87: 558-66.
8. Jeannin A, Konings E, Dubois-Arber F, Landert C, Van Melle G. Validity and reliability in reporting sexual partners and condom use in a Swiss population survey. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 139-46.
9. Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête Suisse sur la Santé 2002: premiers résultats. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2003.
10. Moreau-Gruet F, Jeannin A, Dubois-Arber F. Long-term HIV/AIDS-related prevention behaviours among men having sex with men: Switzerland 1992-2000. *AIDS Care* 2006; 18: 35-43.
11. Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998; 46: 205-17.
12. Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique à fin 2002. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2003.
13. Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
14. Evaluer la prévention du sida en France: un inventaire des données disponibles. Paris: Agence nationale de recherches sur le sida et Agence française de lutte contre le sida 1992.
15. Bozon M, Doré V, Laporte A, Lert F, Meyer L, Théry I, et al. Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France: synthèse des données quantitatives: 1994-1999. ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida); 1999.
16. Rollet C, de la Bretèche L, Bousquet F, Robin C, Le Bouler S. La politique de lutte contre le sida 1994-2000: rapport de l'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet. Paris: La documentation française; 2003.
17. Robert Koch-Institut. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 31.12.2004). Halbjahresbericht II/2004. Berlin: Robert Koch-Institut; 2005.
18. The UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance. Focus on Prevention. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003. London: Health Protection Agency Centre for Infections; 2004.
19. Casabona J. SIVES 2004. Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiologica de VIH/ITS en Cataluña (SIVES). Informe anual CEESCAT. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut/ Centro de estudios epidemiologicos sobre el VIH/sida de Cataluña (CEESCAT); 2005.

Master of Advanced Studies in Intervention und Prävention von sexueller Gewalt

REMARQUE

Le cours proposé ci-dessous est en langue allemande et s'adresse en premier lieu à des personnes possédant de bonnes connaissances de la langue allemande. C'est pourquoi celui-ci n'est publié qu'en allemand.

Unter der Leitung von Prof. Daniel Hell bietet die Universität Zürich ab Herbst 2006 für Fachleute die Möglichkeit an, eine berufsbegleitende interdisziplinäre Weiterbildung «Intervention und Prävention von sexueller Gewalt» zu absolvieren.

Für die Gesundheitsberufe stellt die professionelle Kompetenz im Umgang mit den Folgen sexueller und anderer Gewalterfahrungen eine grundlegende Anforderung dar. Die Schnittstellenproblematik bedingt zudem Kenntnisse aus vielen anderen Fachbereichen. Zur Ausweitung der Professionalität gehört auch der Erwerb einer kommunikativen Kompetenz im Zusammenspiel mit den übrigen involvierten Fachleuten.

Namhafte Experten und renommierte Fachleute aus dem In- und Ausland konnten als Referenten gewonnen werden. Zudem werden in tutoriat geführten Kleingruppen praxistaugliche Handlungsstrategien und Lösungsansätze erarbeitet.

Das Studienangebot richtet sich an Fachleute, die mit der Thematik zu tun haben: Ärztinnen, Ärzte, übrige Fachleute im Gesundheitswesen, Juristinnen, Juristen, Untersuchungs- und Administrativbehörden, Lehrkräfte, Personalverantwortliche.

Erst ein in sich greifendes Zusammenspiel der einzelnen Massnahmen führt zu wirkungsvollen Interventionen. Die Praxisbezogenheit des Studiengangs gewährleistet einen optimalen Wissenstransfer. ■

Universität Zürich
Dr. med. Werner Tschan
Programm-Direktion MPS
Scheuchzerstrasse 21
8006 Zürich

Weitere Informationen

Dr. med. Werner Tschan
Telefon 044 634 29 25 (Mi, Fr)
E-Mail: wtschan@wb.unizh.ch

www.weiterbildung.unizh.ch/mps/
Anmeldeschluss ist der 30. Juni 2006

**1 verre de
trop, c'est
la pagaille
au bercail...**



Regarde-toi en face plutôt qu'au fond d'un verre.

Office fédéral de la santé publique. www.programme-alcool.ch