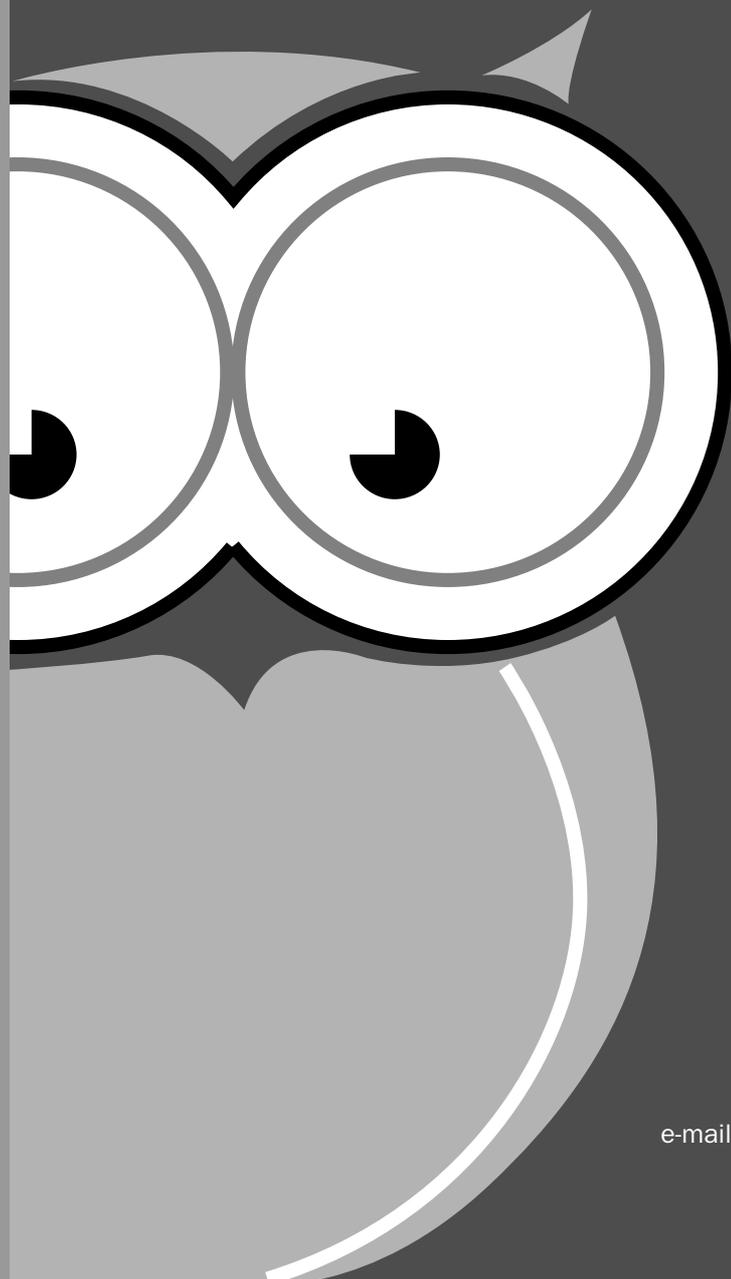


# documents *de recherches*

en

# médecine *générale*



**Société Française  
de Médecine Générale**  
*Société Savante*

27, boulevard Gambetta  
92130 Issy Les Moulineaux  
Tél 01 41 90 98 20  
Fax 01 41 90 98 21

e-mail : [SFMG@club-internet.fr](mailto:SFMG@club-internet.fr) • <http://www.sfmng.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.  
Représentant la France à la WONCA

# *Etude SFMG\* "H.V.Z." importance des antécédents d'Herpès, Varicelle et Zona en médecine générale et analyses des savoirs et des pratiques des patients ayant un herpès labial ou génital*

**Jean-Luc Gallais, Philippe Boissault, Pascal Clerc, François Morel (†), Laurent Letrillart, Gilles Hebbrecht**

## RÉSUMÉ

### CONTEXTE

En 1998 les questions médicales concernant les affections les plus fréquentes liées au groupe herpès virus restent nombreuses. Elles portent notamment sur leur importance en population générale, sur les connaissances, sur les comportements et les stratégies de prévention primaire et/ou secondaire<sup>1</sup> des patients. Ces aspects relèvent plus particulièrement de la médecine générale en tant que dispositif des soins primaires. Or les données d'études réalisées en milieux spécialisés, ou dans des populations spécifiques ne permettent pas d'extrapolations pertinentes en clientèle de médecine générale.

Ces besoins sont particulièrement importants pour l'herpès<sup>2</sup> qui, par son portage chronique, son caractère récurrent et ses formes frustes ou inapparentes, implique non seulement le patient lui-même mais aussi son entourage proche. Ces éléments conduisaient le laboratoire GlaxoWellcome à promouvoir un programme national de FMC sur ce dernier thème.

C'est dans ce contexte que la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a réalisé l'étude "Herpès Varicelle Zona" (HVZ) dans son réseau national informatisé, l'Observatoire de la Médecine Générale<sup>3</sup> (OMG).

Ces questions impliquent les médecins généralistes, mais également les autres intervenants médicaux, et notamment, les dermatologues et gynécologues confrontés à ces mêmes problèmes de façon variable selon leurs cadres d'exercice et les modes de recrutement de leur clientèle.

### OBJECTIFS PRINCIPAUX D'"HVZ"

Comme c'est la règle dans les recherches conduites par la SFMG, chaque étude associe des objectifs principaux et secondaires qui dépassent le thème de travail. Dans le cas présent il s'agissait à la fois :

- de préciser des données thématiques sur l'herpès, la varicelle et le zona en médecine générale tant sur le versant épidémiologique que sur le versant des soins,
- de mettre à la disposition d'un programme national de formation des recommandations pertinentes émanant de l'analyse des pratiques,

- de tester de nouvelles procédures de recherche ambulatoire sur le réseau de l'OMG, dans des conditions de difficultés maximum.

Partant du constat qu'en médecine générale, les affections à herpès virus les plus fréquentes, se traduisent par des symptômes, syndromes et tableaux de maladies variés dans toutes les classes d'âge<sup>4</sup>, il s'agissait de répondre en priorité aux questions suivantes :

- 1) Quelles sont les places respectives de l'herpès labial et génital, de la varicelle et du zona dans la biographie des patients consultant en médecine générale ?
- 2) Quels sont les savoirs et opinions des patients tout venant sur l'herpès labial et génital ?
- 3) Quels ont été les comportements des patients concernés lors de leur dernière poussée herpétique ?
- 4) Quels ont été les facteurs déclenchant perçus et la fréquence des récurrences herpétiques ?
- 5) Quels sont les retentissements de l'herpès génital ?

Les réponses à ces différentes interrogations sont indispensables, tant pour situer la place qualitative et quantitative des affections étudiées en pratique quotidienne de médecine générale, que pour affiner les besoins réels d'informations et de soins des divers acteurs en présence.

Une telle démarche est conforme à l'un des principes de la SFMG rappelant que "la formation médicale continue du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa propre pratique, joint à une information sélective et critique".

### COMITÉ DE PILOTAGE

L'étude "Herpès Varicelle Zona" a été intégralement conçue, organisée et réalisée par les différents départements de la SFMG, et notamment son Conseil Scientifique et l'Observatoire de la Médecine Générale. Le Comité de Pilotage d'"HVZ" a coordonné l'ensemble des phases de conception, de mise en œuvre de la recherche ainsi que du traitement des données et la rédaction des publications.

\* Société Française de Médecine Générale, 27 Av Gambetta, 92130 Issy Les Moulineaux



DIRECTION DE L'ÉTUDE "HVZ" : Docteur Jean Luc GALLAIS

**COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE :**

Docteur Philippe BOISNAULT - Docteur Pascal CLERC -  
Docteur Jean Luc GALLAIS - Docteur Gilles HEBBRECHT -  
Docteur Laurent LETRILLART - Docteur François MOREL (†)

*La gestion des aspects informatiques a bénéficié de l'aide de Monsieur Philippe PERELMAN*

*Le secrétariat a été assuré par Mademoiselle Saïda BENFARES*

**LE RÉSEAU OMG ET ANIMATION RÉGIONALE**

La recherche "HVZ" a été conduite dans le cadre du Réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale créé en 1994 par la SFMG. L'animation a été réalisée par les Directeurs Régionaux de l'OMG :

Docteur Gérard ANDREOTTI  
Docteur Philippe CASTELAIN  
Docteur Christian COHENDET  
Docteur Elisabeth GRIOT  
Docteur Alain GIBILY  
Docteur Jean Claude HUBER

Docteur Olivier KANDEL  
Docteur Gérard VERY  
*ainsi que par les*  
Docteurs Philippe BOISNAULT  
*et*  
François MOREL (†)

**LES MÉDECINS INVESTIGATEURS**

Les données des médecins généralistes suivants ont été analysées dans "HVZ" :

ANDREOTTI Gérard (83)	HUBER Corinne (21)
BARDON Michel (74)	HUBER Jean-Claude (21)
BARDOUX Alain (59)	KANDEL Olivier (86)
BARREAU Laurent : (44)	LARSIMON Patrick (74)
BOECKLER Charles (55)	LE GALL Maryline (10)
BOISNAULT Philippe (95)	LE VAGUERES Didier (91)
BRULE Jean-Paul (51)	LEEUWS Jean-Luc (85)
CHARBAUT Etienne (51)	LEMASSON Jean-François (56)
CLEMENCE Yvonnick (88)	LEMETTRE Patrick (74)
CLERC Pascal (78)	MANDEFIELD Marie-Françoise (78)
COLOT Paul Bruno (51)	MARSILI Chrystel (44)
CONUS Jean-Marc (69)	MASQUILIER René (41)
DEFOIN Bernard (51)	MOREL François (94) (†)
DROULERS Antoine (94)	NEAULT Jean-François (71)
DUHOT Didier (93)	PREL Jean-Pierre (53)
FICQUET René (08)	QUIGNARD Jean-Marc (51)
FILIPPI Simon (05)	RAINERI François (91)
FLORIO Jean-Charles (91)	REMOND Roland (91)
GAINET Michel (55)	RICHARD Philippe (51)
GALLAIS Jean-Luc (75)	ROBERT Yvan (52)
GERARD Dominique (71)	ROUALET Bruno (10)
GIBILY Alain (51)	VERNET Bernard (89)
GRIOT CARRIQUE Elisabeth (53)	VERY Gérard (91)
GUERBER Eric (56)	ZILBER Daniel Boris (74)
HINTZY Lionel (78)	

## UN PARTENARIAT SFMG - GLAXOWELLCOME - EUFORMED

La mise en place de cette recherche clinique répondait à des besoins complémentaires et synergiques de ses différents partenaires. La SFMG confortait sa fonction de société savante en étudiant en clientèle de médecine générale les aspects épidémiologiques des trois affections, mais aussi les savoirs et comportements des patients ayant des antécédents d'herpès. Les résultats permettaient d'étayer le point de vue de la médecine générale dans le "programme national pour la prise en charge de l'herpès génital en médecine générale".

Ce programme conçu avec la participation de la société Eufomed est sous la responsabilité organisationnelle exclusive du laboratoire GlaxoWellcome. Ce partenariat s'inscrit dans la volonté de production de données nouvelles et rigoureuses dans un des domaines d'expertise virologique de ce laboratoire.

## AUTOFINANCEMENT SFMG ET SOUTIENS FINANCIERS

Le financement d'"HVZ" a été assuré de façon très majoritaire par un autofinancement de la SFMG, donc par le travail de ses adhérents et investigateurs auxquels nous renouvelons nos remerciements.

Les financements extérieurs étaient constitués de soutiens sous deux modalités complémentaires :

- 1) une convention SFMG-Eufomed portant sur la production et l'utilisation de données pour la durée du programme national de formation médicale continue déjà cité,
- 2) une convention SFMG-GlaxoWellcome portant sur l'édition et la diffusion du rapport final de recherche sous forme d'un Document de Recherches en Médecine Générale, publication de la SFMG. Les résultats de l'étude HVZ confirment clairement les besoins et les axes possibles des transferts de savoir entre les professionnels de santé eux-mêmes et aussi entre les médecins et leurs clientèles.

## "HVZ": LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

En 1998, l'étude "Herpès Varicelle Zona" réalisée par l'Observatoire de la Médecine Générale de la Société Française de Médecine Générale a permis de mettre en évidence l'importance respective de ces trois affections dans un échantillon représentatif des clientèles de médecine générale, échantillon constitué de 4403 patients âgés de 15 ans et plus, systématiquement interrogés en consultation.

Les données d'"HVZ" permettent d'identifier avec un fort niveau de preuve les besoins des professionnels de la santé comme des patients.

- 1) Chacune de ces trois affections a une place plus importante que celle imaginée par les investigateurs avant l'enquête. En effet les patients rapportent en moyenne un antécédent connu d'herpès labial chez 39,6 % d'entre eux, d'herpès génital chez 2,5 %, de varicelle chez 84,5 %, de zona chez 10,6 %, avec une prévalence vie entière de 25 % pour le zona.
- 2) Les connaissances sur l'herpès labial et génital de l'ensemble des patients sont limitées, plus 4 patients

sur 10 ne savent pas que l'herpès peut toucher les parties sexuelles et qu'il est une MST.

- 3) Cette méconnaissance est significativement plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les situations à risque liées à la grossesse ou aux pratiques sexuelles, notamment bucco-génitale sont sous-estimées par toutes les catégories de patients.
- 4) En tant que source d'information, l'ensemble des médecins généralistes, gynécologues et dermatologues jouent un rôle limité (22,4 %) par rapport au média (41,7 %) et à l'entourage des patients (33,2 %). Plus d'une fois sur deux, le médecin généraliste représente alors la source médicale.
- 5) Compte tenu des âges médians déclarés tardifs pour les primo-infections de l'herpès labial (17 ans) et de l'herpès génital (30 ans), la période l'adolescence et la classe d'âge des [15 - 30 ans] doivent être l'objet d'une attention particulière à la fois au plan du diagnostic et de l'information.
- 6) Lors de la dernière poussée d'herpès *labial*, les patients ont dans 62,9 % auto-initié un traitement, dans 29 % préféré un comportement d'attente de guérison spontanée, et dans 7,5 % des cas eu recours à un médecin.
- 7) Lors de la dernière poussée d'herpès *génital*, les patients ont dans 40 % auto-initié un traitement, dans 7,5 % préféré un comportement d'attente de guérison spontanée, et dans 52 % des cas eu recours à un médecin.
- 8) Pour les interventions médicales, le médecin généraliste est le recours majoritaire tant pour l'herpès *labial* que *génital*. Les patients ont eu recours au médecin généraliste dans 7,4 % des cas d'épisodes d'herpès *labial* et dans 30,5 % des cas d'herpès *génital*.
- 9) Parmi les patients ayant eu un herpès *labial* symptomatique dans l'année écoulée, le nombre moyen de récurrences identifiées est de 2,6 par an. 20,0 % de l'ensemble des patients ayant un antécédent d'herpès *labial* déclarent au moins 3 poussées la dernière année, et 4,4 % au moins 6 poussées.
- 10) En clientèle de médecine générale, statistiquement 2,5 % des patients ont un antécédent d'herpès *génital* connu d'eux. C'est à la fois important et minime. C'est important car signifie qu'un médecin généraliste rencontre deux fois par semaine un patient âgé de 15 ans et plus se sachant porteur d'un herpès *génital*. C'est minime car sous-estime la partie beaucoup plus importante des patients ayant des manifestations réduites, méconnues ou surtout asymptomatiques pourtant associées à une séropositivité HSV1 ou HSV2.
- 11) Parmi les ayant eu un herpès *génital* symptomatique dans l'année, le nombre moyen de récurrences identifiées est de 2,8 par an. 11,1 % de l'ensemble des patients ayant eu un herpès *génital* déclarent au moins 3 poussées la dernière année, et 5,6 % au moins 6 poussées.



- 12) 6 patients sur 10 ayant un herpès génital déclarent un retentissement dans leur vie ; une fois sur deux cet impact porte sur la vie sexuelle.
  - 13) L'existence et l'association de facteurs de risque doivent attirer l'attention des médecins généralistes sur l'herpès *génital* : des antécédents d'herpès labial, un consultant de sexe féminin de plus de 15 ans, un conjoint ou partenaire symptomatique pour l'herpès labial ou génital, une demande de prescription médicamenteuse spécifique à visée curative ou préventive ou des raisons de fragilité immunitaire.
  - 14) Pour l'herpès labial et génital, l'importance de l'automédication et de la gestion des médicaments par les patients et leur proche fait que la pharmacie familiale doit être considérée par le médecin généraliste comme un indicateur et un outil de soins.
  - 15) Les interrogations sur les éventuelles difficultés liées à un entretien médical abordant la vie intime des consultants, sont infirmées par le taux de participation des patients (97,2 %) et par le peu de réticences exprimées (6,3 % de patients considèrent que certaines questions sont spontanément difficiles à aborder).
  - 16) Pour plus de 8 patients sur 10, la participation à ce type d'étude est considérée comme bénéfique car ayant apporté des informations nouvelles.
- Au total, l'étude "HVZ", initiée pour argumenter le point de vue de la médecine générale dans un programme de formation médicale permanente, illustre l'intérêt et la nécessité de recherches préalables concernant l'épidémiologie, les modalités de présentation et de représentation des problèmes pour les professionnels de la santé comme des patients. Des travaux de cette nature permettent de définir et de hiérarchiser des besoins pour des stratégies d'interventions nouvelles, tant dans le domaine des soins que de l'éducation pour la santé.
- De telles actions de partenariat sont souhaitables et possibles. L'acceptabilité et l'intérêt des patients sont confirmés et les médecins généralistes investigateurs du réseau de l'OMG ont valorisé leur rôle spécifique de médecin généraliste, acteur de santé.
- Au delà du thème, l'étude "HVZ" témoigne des capacités de production de connaissance de ce type de système d'information en réseau informatisé tel que celui de l'OMG, quand des investigateurs associent une activité de recherche clinique à leurs activités habituelles de soins de proximité pour leurs clientèles respectives.
-

# Etude SFMG "Herpès Varicelle Zona"

## PROBLÉMATIQUE

En 1998, les questions relatives aux virus du groupe herpès sont posées sous l'effet convergent de plusieurs facteurs, notamment :

- 1) Les apports d'une récente conférence de consensus précisant les choix thérapeutiques et préventifs dans la varicelle et le zona.
- 2) La confirmation de la croissance des séroprévalences du HSV1 et HSV2 dans de nombreux pays.
- 3) Les données nouvelles sur l'excrétion virale asymptomatique chez les patients ayant un herpès génital.
- 4) Le développement de thérapeutiques anti-virales efficaces.
- 5) Le développement des activités de promotion de la santé en médecine générale.
- 6) La place croissante des associations de patients comme groupes d'auto-support.

C'est ce contexte qui a conduit la SFMG à répondre positivement à la demande de partenariat scientifique du laboratoire GlaxoWellcome et de la société Eufomed.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

De juin à septembre 1998, l'étude "HVZ" a été réalisée sur un échantillon des patients consultant leur médecin généraliste, membre du réseau informatisé de l'OMG.

### PROPOSITION DE PARTICIPATION À L'OBSERVATOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La proposition de participation à l'étude a obtenu l'accord initial de 89 médecins du réseau de l'O.M.G. Seules les données de 49 médecins généralistes serviront à l'analyse, soit 55 % de ceux qui avaient donné leur accord.

Les raisons de non participation initiale (ou finale à la base de données) ont été essentiellement :

- 1) la période d'inclusion des patients correspondait aux vacances d'été,
- 2) les difficultés initiales d'installation du questionnaire informatisé sur des configurations informatiques hétérogènes (ou d'extraction finales des données),
- 3) l'importance de la charge de travail liée au questionnaire d'entretien (45 à 60 mn/j),
- 4) le montant des financements disponibles qui conduisait à un quasi autofinancement de la phase de recueil de données.

## CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

Le questionnaire "HVZ" sur l'herpès labial et génital, la varicelle et le zona a été  *systématiquement*  proposé aux patients âgés de 15 ans et plus, vus en consultation (et non en visite à domicile) quels que soient leurs motifs de consultations

Compte tenu du temps supplémentaire à consacrer à l'étude, chaque investigateur devait inclure les 5 premiers patients éligibles par jour d'exercice. Le nombre de questionnaires attendus était fixé à 100 par médecin investigateur. Chaque interview comportait 44 questions fermées ("Oui", "Non" et "NPR" pour "Ne Peut Répondre"), et 3 questions ouvertes.

## QUESTIONNAIRE INFORMATIQUE, SAISIE ET RÉCUPÉRATION DES DONNÉES

Le questionnaire d'entretien administré par chaque médecin généraliste était fourni sur CD-Rom. Il permettait de lier les masques de saisie au dossier médical informatisé du patient.

La procédure de récupération et d'exportation était automatisée. Elle comportait une phase d'anonymisation préalable à la transmission à la SFMG.

Lors de cette phase d'extraction, chaque investigateur bénéficiait du traitement automatisé immédiat de ses questionnaires. Les réponses aux questions essentielles étaient présentées sous le format ci-après.



Statistiques des réponses de vos patients au questionnaire “Herpès Varicelle Zona”

Nombre total de questionnaires proposés	Nb 1		
Nombre de patients ayant accepté de répondre	Nb 2	%	
	<b>Début de séance</b>	<b>Fin de séance</b>	
Moment de passation du questionnaire	%	%	
Moyenne d'âge	.....ans		
Avez-vous vu l'affiche ?	% de Oui		
Etes-vous concerné directement ?	% de Oui		
Etes-vous concerné indirectement ?	% de Oui		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NPR</b>
Avez-vous eu la varicelle ?	%	%	%
Avez-vous eu un zona ?	%	%	%
Avez-vous eu un herpès localisé aux lèvres ?	%	%	%
Avez-vous eu un herpès localisé dans la région du sexe ?	%	%	%
Patients ayant eu un herpès labial et génital	%		
<b>Questionnaire de connaissances</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NPR</b>
L'herpès peut-il toucher les parties sexuelles ?	%	%	%
Avez vous entendu parler d'herpès génital ?	%	%	%
L'herpès de la bouche peut-il provoquer un herpès génital ?	%	%	%
L'herpès génital est-il une MST ?	%	%	%
Doit-on informer son conjoint ?	%	%	%
Usage du préservatif	<b>Oui</b>		
Uniquement pendant les poussées	%		
En permanence	%		
Est inutile	%		
NPR	%		
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NPR</b>
Risque particulier pendant la grossesse ?	%	%	%
Le questionnaire apporte-t-il des informations nouvelles ?	%	%	%
Utilité de ce type d'enquête ?	%	%	%

Ce retour d'information rapide et individualisé au médecin source est essentiel :

- pour l'organisation de la recherche clinique et la pérennisation du système d'information ambulatoire que représente le réseau de l'OMG,
- pour la réflexion professionnelle et la formation médicale permanente du médecin lui-même, notamment dans une logique d'analyse de pratique et d'assurance qualité.

## L’AFFICHE HVZ

Pour faciliter le travail de proposition du médecin et l’acceptabilité des patients, une affiche était apposée à la fois dans la salle d’attente et dans le cabinet du médecin investigateur. Elle informait la clientèle de l’enquête “HVZ”, incitait à participer et valorisait la participation du médecin à cette enquête nationale.

L’affiche mentionnait la “varicelle”, le “zona”, “l’herpès génital” et le “bouton de fièvre”. Sur l’affiche cette dernière appellation a été préférée à celle d’herpès labial moins connu des consultants. La répétition de l’affiche dans deux lieux renforçait la communication tout en facilitant le déroulement de l’interview.

## TRAITEMENT NATIONAL DES DONNÉES

Les données recueillies ont été centralisées au siège de la SFMG avec reconstitution d’une base ACCESS, puis traitement avec le logiciel Epi-info. Le test de Chi2 a été utilisé pour l’analyse statistique avec un seuil de signification de risque alpha fixé à 5 %.

En terme de traitement, pour les questions concernant la partie du questionnaire relative aux connaissances, les réponses négatives “Non” et les “NPR” ont été agrégées pour quantifier les méconnaissances et donc les besoins d’information.

## UN QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE “MÉDECIN”

A coté du questionnaire d’interview destiné aux patients, les médecins investigateurs ont rempli, avant de connaître le contenu de l’enquête “HVZ”, un “questionnaire médecin” auto-administré portant sur leurs opinions sur leurs stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour les affections étudiées.

## PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les données présentées concernent les 4403 patients ayant répondu au questionnaire.

Elles portent successivement sur :

- 1) les caractéristiques des investigateurs,
- 2) les caractéristiques des patients,
- 3) le moment de passation du questionnaire,
- 4) l’impact de l’affiche HVZ,
- 5) la fréquence des antécédents médicaux connus et rapportés,
- 6) les âges médians déclarés pour chaque affection,
- 7) les connaissances et opinions sur l’herpès labial et génital,
- 8) les sources d’information des patients,
- 9) les comportements des patients ayant un herpès labial ou génital,
- 10) les facteurs déclenchant déclarés et les fréquences des récurrences d’herpès labial,
- 11) les facteurs déclenchant déclarés et les fréquences des récurrences d’herpès génital,

- 12) le retentissement de l’herpès génital,
- 13) la pharmacie familiale et les stratégies d’anticipation,
- 14) la connaissance et l’implication du conjoint ou partenaire,
- 15) l’intérêt et acceptabilité pour l’enquête par les patients,
- 16) les facteurs de risques associés selon le médecin,
- 17) les opinions des médecins investigateurs sur leurs stratégies d’interventions.

## CARACTÉRISTIQUES DES INVESTIGATEURS

L’âge moyen des médecins investigateurs d’“HVZ” est de 44 ans. Ces médecins généralistes exercent à 86,8 % en secteur 1 et à 10,5 % en secteur 2 ; 2,6 % d’entre eux bénéficient d’un Dépassement Permanent (DP). Leur exercice est rural à 26 %, urbain/mixte à 74 %. La répartition % médecin homme - % médecin femme est de [90 % -10 %].

## CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Le questionnaire a été proposé à 4530 patients. Cette population était constituée de 39,8 % d’hommes et 60,2 % de femmes avec un même âge médian de 47 ans, et un sex-ratio de 0,66. Le taux d’acceptation du questionnaire a été de 97,2 %. Il n’existe pas de différence dans le taux d’acceptation entre les hommes et les femmes ( $p = 0,82$ ), et la répartition initiale des répondeurs est inchangée : hommes 39,8 % et femmes 60,2 %.

## MOMENT DE PASSATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire d’entretien a été rempli en fin de consultation dans 73,2 % des cas ; à la fin d’une consultation d’abord centrée sur les besoins du patient.

Le moment de proposition de l’entretien influe sur l’acceptation du patient : il y a statistiquement moins de refus de participation si la demande du médecin est faite en fin de consultation ( $p = 0,015$ ).

Par contre le moment de passation n’a pas d’incidence sur le pourcentage de difficultés ressenties pour répondre à certaines questions ( $p = 0,2$ ).

## IMPACT DE L’AFFICHE

Le point de départ de l’entretien portait sur le repérage de l’affiche annonçant l’enquête “HVZ” dans le cabinet médical et la réaction du patient quant aux thèmes proposés.

L’affiche a été vue par 72 % des consultants avec une différence significative selon le sexe : 70,4 % les hommes et 73,4 % des femmes ( $p = 0.013$ ).

L’analyse en fonction de l’existence ou non d’antécédents personnels (tableau N°1) d’herpès labial HL(+) ou HL(-), Herpès génital HG(+) ou HG(-), de Varicelle V(+) ou V(-) et de Zona Z(+) et Z(-) permet de distinguer :

- le repérage de l’affiche “HVZ”,
- les niveaux d’implication directe ou indirecte. En effet, un consultant pouvait se sentir concerné pour lui même et/ou pour une personne de son entourage.



Tableau N° 1 : repérage de l’affiche et degré d’implication en fonction des antécédents des patients (en %)

	HL(+) N = 1711	HL(-) N = 2606	p	HG(+) N = 108	HG(-) N = 4159	p
A vu l’affiche	70,7 %	72,9 %	NS	83,3 %	71,4 %	0,0067
Directement concerné	66,4 %	36,9 %	<10-8	87,0 %	47,6 %	<10-3
Indirectement concerné	52,6 %	47,7 %	0,002	57,4 %	49,6 %	NS
	V(+) N = 2911	V(-) N = 520	p	Z(+) N = 455	Z(-) N = 3831	p
A vu l’affiche	74,1 %	65,4 %	0,00004	71,0 %	72,0 %	NS
Directement concerné	51,7 %	41,5 %	0,00002	69,7 %	46,2 %	<10-9
Indirectement concerné	52,1 %	45,8 %	0,008	43,7 %	50,3 %	0,008

Le fait d’avoir un antécédent d’herpès labial n’est pas un facteur déterminant dans le repérage de l’affiche. Par contre chez les patients ayant un antécédent identifié d’herpès génital, il existe une différence significative tant pour le repérage (p = 0,0067) que pour le fait de sentir directement concerné (p<10-3).

Pour la varicelle, les patients V(+) ont un repérage (p = 0,00004) et une implication, directe (p = 0,00002) ou indirecte (p = 0,008), significativement accrue.

Pour le zona, on ne note pas de facilitation dans le repérage de l’affiche et seule l’implication directe (p<10-7) et indirecte (p = 0,008) est statistiquement augmentée.

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX CONNUS ET RAPPORTÉS**

Le tableau N° 2 résume la place respective des antécédents rapportés. Le taux de NPR est faible pour l’herpès labial (NPR = 1,2 %), l’herpès génital (NPR = 0,7 %), et le zona (NPR = 2 %).

Par contre pour la varicelle, ce taux de NPR atteint 21,7 % en moyenne et il augmente avec l’âge du patient interrogé.

Les résultats des tableaux N°s 2, 3, 4 et 5 tiennent compte de ces NPR pour chaque affection.

Tableau N° 2 : antécédents “HVZ” chez les patients consultant en médecine générale (en %)

Affection	Nbr antécédents (+)/Nbr de réponders	%	I.C* à 95 %
Herpès Labial HL(+)	1711/4317	39,6 %	[ 38,2 % - 41,1 % ]
Herpès Génital HG(+)	108/4267	2,5 %	[ 2,1 % - 3,1 % ]
Varicelle	2911/3431	84,5 %	[ 83,6 % - 86 % ]
Zona	455/4286	10,6 %	[ 9,7 % - 11,6 % ]

\* IC : intervalle de confiance

L'analyse des antécédents en fonction du sexe (tableau N°3) relève des différences.

Tableau N° 3 : antécédents "HVZ"/sexe (en %)

Affection	Homme	femme	p
Herpès Labial HL(+)	35,3 %	42,4 %	10-5
Herpès Génital HG(+)	1,8 %	3,0 %	0,018
Varicelle	82,7 %	86,2 %	0,007
Zona	10,3 %	10,8 %	NS

Il n'existe pas de différence de déclaration en fonction du sexe pour le zona. Pour la varicelle et pour l'herpès labial et génitale, la différence est fortement significative avec une fréquence déclarative plus importante chez la femme. L'analyse des résultats en fonction des principales classes

d'âge (tableau N° 4) permet de noter les variations des réponses par classe d'âge selon les affections. Les variations importantes des antécédents selon la classe d'âge portent essentiellement sur le zona.

Tableau N° 4 : antécédents "HVZ" /classe d'âges (en %)

	15-25 ans		26-39 ans		40-64 ans		65-79 ans		80 et +	
	N*/Y*	%	N/Y	%	N/Y	%	N/Y	%	N/Y	%
Herpès Labial	242/662	36,6	411/985	41,7	701/1719	40,8	334/870	38,4	23/81	28,4
Herpès Génital	7/658	1,1	29/956	3,0	47/1710	2,7	21/862	2,4	4/81	4,9
Varicelle	542/607	89,3	754/857	88	1132/1309	86,5	451/608	74,2	32/50	64
Zona	31/644	4,8	58/974	6,0	175/1711	10,2	170/877	19,4	20/80	26,3

N\* = nombre de patients avec des antécédents (+) pour l'affection étudiée

Y\* = nombre total de patients dans la classe d'âge

L'analyse des relations entre les divers antécédents ne met pas en évidence de lien significatif pour les patients ayant

eu la varicelle ou le zona par rapport aux patients n'ayant pas cet antécédent (tableau N° 5).

Tableau N° 5 : liens entre les antécédents "HVZ" (en %)

Maladie	Varicelle (+) N = 2911	Zona (+) N = 455	H. labial (+) N = 1711	H.Génital (+) N = 108
Varicelle(+)		10,5 %/NS	39,2 %/NS	2,8 %/NS
Zona(+)	85,7 %/NS		43,1 %/NS	3,4 %/NS
H. Labial(+)	84,2 %/NS	11,5 %/NS		3,3 %/p = 0,0005
H. Génital(+)	87,0 %/NS	14,4 %/NS	52,8 %/p = 0,0005	
Population totale	84,5 %	10,6 %	39,6 %	2,5 %



Par contre chez les patients HG(+) la fréquence de l'herpès labial est de 52,8 % contre 39,5 % chez les HG(-).

Chez les patients HL(+), l'herpès génital est significativement augmenté par rapport à la population HL(-), avec une fréquence rapportée d'herpès génital connu de 3,3 % VS 2,0 %.

**AGES MÉDIANS DÉCLARÉS POUR CHAQUE AFFECTION.**

Les âges médians déclarés des diverses infections varient peu selon le sexe (tableau N°6). Il n'y a pas de différence significative pour l'herpès et la varicelle. La seule différence observée se trouve être à la limite de la significativité (p = 0,05) et elle concerne l'âge du zona.

Tableau N° 6 : âges médians déclarés des infections "HVZ"/sexe

Affection	Sexe Féminin	Sexe Masculin	Ensemble
Varicelle	7 ans	7 ans	7 ans
Herpès Labial	17 ans	17 ans	17 ans
Herpès Génital	30 ans	30 ans	30 ans
Zona	45 ans	40 ans	41 ans

Le tableau des âges médians d'infection herpétique labiale et génitale selon la classe d'âge (tableau N°7) montre l'évolution

actuelle. Un effet tendance apparaît (Chi 2 de tendance linéaire, avec un rajeunissement pour les plus jeunes générations)

Tableau N° 7 : Ages médians de l'herpès selon la localisation et les classes d'âges

Localisation Herpès	Age médian					Total
	15-25 ans	26-39 ans	40-64 ans	65-79 ans	80 et plus	
Herpès Labial(+)	14 ans	15 ans	20 ans	20 ans	30 ans	17 ans
Herpès Génital(+)	19 ans	23 ans	30 ans	30 ans	56 ans	30 ans

**CONNAISSANCES ET OPINIONS DES PATIENTS**

Le questionnaire concernait les connaissances et perceptions sur l'herpès en tant que maladie sexuellement transmissible. Un fort taux de "Ne Peut Répondre" est observé traduisait

l'incertitude pour ces questions. Pour mieux quantifier les besoins d'information, les réponses négatives et les NPR ont été agrégées et seules les positives sont présentées (tableau N° 8).

Tableau N° 8 : herpès MST, connaissances de l'ensemble des patients/sexe (en %)

N = 4403

Question posée	Homme	Femme	p	Total H+F
1) L'herpès peut-il toucher les parties sexuelles ? - oui	47,3 %	64,7 %	p<10-7	57,8 %
2) Avez-vous entendu parler d'Herpès Génital - oui	38,7 %	56,4 %	p<10-7	49,3 %
3) L'herpès labial peut-il provoquer un herpès génital dans les jeux sexuels - oui	38,7 %	43,8 %	P<10-7	41,7 %
4) L'herpès est-il une MST ? - oui	55,1 %	68,7 %	p<10-7	63,3 %
5) En cas d'herpès génital, doit-on informer son conjoint/partenaire ? - oui	80,8 %	88,1 %	p<10-7	85,2 %
6) L'herpès génital constitue-t-il un risque particulier pendant la grossesse ? - oui	34,2 %	54,0 %	p<10-7	46,1 %

Pour toutes les questions abordées il existe une méconnaissance significativement plus grande chez les hommes que chez les femmes ( $p < 10^{-7}$ ). On retrouvera plus loin ces mêmes différences dans les réponses relatives à l'usage du préservatif.

Si on analyse ces mêmes questions en fonction des antécédents des consultants Herpès Labial(+) [tableau N°9] et Herpès Génital(+) [tableau N°10], les résultats sont les suivants :

Tableau N° 9 : herpès MST, connaissances des patients Herpès Labial(+)/sexe (en %)

N = 1711

Question posée	Homme	Femme	p	Total H+F
1) Herpès peut-il toucher les parties sexuelles ? - oui	54,7 %	71,3 %	$p < 10^{-7}$	65,3 %
2) Avez-vous entendu parler d'Herpès Génital - oui	46,2 %	62,3 %	$p < 10^{-9}$	56,3 %
3) Herpès labial pouvant provoquer un herpès génital dans les jeux sexuels - oui	45,4 %	45,7 %	NS	45,6 %
4) L'herpès est-il une MST ? - oui	60,2 %	70,9 %	$p < 10^{-5}$	67,2 %
5) En cas d'herpès génital, doit-on informer son conjoint/partenaire ? - oui	85,0 %	90,6 %	$p < 10^{-3}$	88,7 %
6) L'herpès génital constitue-t-il un risque particulier pendant la grossesse ? - oui	38,6 %	55,3 %	$p < 10^{-7}$	49,4 %

Tableau N°10 : herpès MST, connaissances des patients Herpès Génital(+)/sexe (en %)

N = 108

Question posée	Homme	Femme	p	Total H+F
1) Herpès peut-il toucher les parties sexuelles ? - oui	93,5 %	97,4 %	NS	96,3 %
2) Avez-vous entendu parler d'Herpès Génital - oui	87,1 %	92,2 %	NS	90,7 %
3) Herpès labial pouvant provoquer un herpès génital dans les jeux sexuels - oui	54,8 %	29,9 %	$p = 0,027$	37,0 %
4) L'herpès est-il une MST ? - oui	83,9 %	92,2 %	NS	89,8 %
5) En cas d'herpès génital, doit-on informer son conjoint/partenaire ? - oui	96,8 %	97,4 %	NS	97,2 %
6) L'herpès génital constitue-t-il un risque particulier pendant la grossesse ? - oui	48,4 %	77,4 %	$p = 0,02$	64,8 %



Pour les femmes HG(+) en âge de procréer de la classe [15 - 39 ans], seules 86,7 % savent que l'herpès génital présente un risque particulier pendant la grossesse. Quels que soient leurs antécédents biographiques, les connaissances des patients sont insuffisantes. Même pour la

classe d'âge la plus informée des [26-39 ans], les risques particuliers comme la transmission bucco-génitale ou la survenue d'un herpès génital pendant la grossesse restent largement méconnus dans les deux sexes (tableau N°11).

Tableau N°11 : herpès MST, connaissances des patients selon leurs antécédents (en %)

Question posée	HL(+)	HL(-)	p	HG(+)	HG(-)	p
1) Herpès labial pouvant provoquer un herpès génital dans les jeux sexuels - oui	46,4 %	40,7 %	0,0003	37,4 %	43,1 %	0,023
2) En cas d'herpès génital, doit-on informer son conjoint/partenaire ? - oui	89,9 %	85,8 %	0,0001	97,2 %	87,5 %	0,002
3) L'herpès génital constitue-t-il un risque particulier pendant la grossesse ? - oui	51,8 %	46,7 %	0,002	68,0 %	42,2 %	0,00007

L'appréciation sur les risques de transmission est illustrée par les réponses de l'ensemble des patients (tableau N°12) sur l'usage du préservatif. On observe notamment

les différences d'opinions en fonction des antécédents biographiques d'herpès labial et génital (tableaux N°12, 13, 14).

Tableau N°12 : opinions sur l'usage du préservatif de l'ensemble des patients/sexe (en %)

N = 4311

Question	Homme	Femme	p	Total H+F
1) Préservatif uniquement pendant les poussée d'herpès - oui	29,4 %	37,5 %	P<10-7	34,3 %
2) Préservatif en permanence - oui	38,3 %	36,9 %		37,5 %
3) Préservatif est inutile ou NPR	32,2 %	25,6 %		28,2 %

Tableau N°13 : opinions sur l'usage du préservatif des patients Herpès Labial(+)/sexe (en %)

N = 1711

Question	Homme	Femme	p	Total H+F
1) Préservatif uniquement pendant les poussée d'herpès - oui	32,1 %	42,2 %	P<10-3	38,6%
2) Préservatif en permanence - oui	40,1 %	34,4 %		36,4 %
3) Préservatif est inutile ou NPR	27,8 %	23,4 %		25,0 %

Tableau N°14 : opinions sur l'usage du préservatif des patients Herpès Génital(+)/sexe (en %)

N = 108

Question	Homme	Femme	p	Total H+F
1) Préservatif uniquement pendant les poussée d'herpès - oui	48,4 %	67,5 %	NS	62,0%
2) Préservatif en permanence - oui	38,7 %	19,5 %		25,0 %
3) Préservatif est inutile ou NPR	12,9 %	13,0 %		13,0 %

Pour l'usage du préservatif on retrouve des appréciations significativement différentes entre les hommes et les femmes pour l'ensemble des patients et pour ceux ayant un herpès labial. Pour les patients HG(+) il n'est pas notée de différence de réponses selon le sexe. Pour ces derniers le port du préservatif est beaucoup plus rarement considéré comme "inutile".

L'analyse des opinions de l'ensemble des patients en fonction de la classes d'âge [15 - 25 ans], [26 - 39 ans], [40 - 64 ans], [65 - 79 ans ] et [80 et plus] montre que plus les patients sont jeunes, plus ils pensent que le port permanent du préservatif est important, mais ce taux d'affirmation n'atteint pourtant que 48,6 % chez les 15-25 ans. Le tableau N° 15 résume de façon comparatives ces données.

Tableau N°15 : opinions sur l'usage du préservatif, comparaison selon leurs antécédents des patients (en %)

Question posée	HL(+)	HL(-)	p	HG(+)	HG(-)	p
1) Préservatif uniquement pendant les poussée d'herpès - oui	38,9 %	31,4 %	<10-7	63,2 %	33,6 %	<10-9
2) Préservatif en permanence - oui	36,7 %	37,9 %		25,4 %	37,9 %	
3) Préservatif est inutile ou NPR	24,4 %	30,7 %		11,3 %	29,1 %	

## SOURCES D'INFORMATIONS

Indépendamment du niveau de connaissance des consultants, l'étude des sources d'information (tableau N° 16)

permet d'envisager les interventions possibles ou nécessaires pour accroître le niveau de connaissances et surtout optimiser les comportements curatifs et préventifs.

Tableau N°16 : sources d'informations des patients "ayant entendu parler d'herpès génital" (en %)

Source d'information citée	Homme	Femme	Total H+F
Média	43,8 %	40,7 %	41,7 %
Entourage	34,7 %	32,5 %	33,2 %
Médecin généraliste	13,2 %	11,8 %	12,2 %
Médecin gynécologue	1,3 %	8,5 %	6,3 %
Médecin dermatologue	2,6 %	1,4 %	1,8 %
Autre médecin	2,8 %	1,9 %	2,1 %
A l'école ou pendant études	1,3 %	2,3 %	2,0 %
Autre source	0,4 %	0,8 %	0,7 %



En tant que source d'information, le corps médical n'est directement cité qu'une fois sur quatre, et c'est alors un médecin généraliste une fois sur deux. La communication santé en direction du grand public confirme sa place prépondérante (41,7 %) devant l'entourage (33,2 %). Les milieux scolaires ou d'études apparaissent peu concernés en tant que lieu d'information.

Sur les 108 patients ayant eu un herpès génital, 78 % se souviennent de la personne leur en ayant parlé la première fois.

L'ensemble des professionnels de santé sont aussi présents que l'entourage pour donner une première information, et il n'existe pas de variation des sources en fonction des classes d'âge (p = 0,56).

Par contre, les professionnels de santé sont plus présents dans l'information donnée aux femmes (p = 0,00052).

### COMPORTEMENTS DES PATIENTS AYANT UN HERPÈS LABIAL OU GÉNITAL

Compte tenu de la taille de l'échantillon (4403 patients) et de l'importance des antécédents d'herpès labial et génital, l'étude HVZ éclaire les comportements des sujets atteints lors du dernier épisode d'herpès identifié comme tel.

Les attitudes des consultants HL(+) et HG(+) lors du dernier épisode distinguaient les positions d'attente de guérison spontanée, les prescriptions auto-initiées [spécifiques ou non] et les recours médicaux en distinguant les médecins généralistes, dermatologues et gynécologues (tableau N° 17).

Tableau N°17 : comportements lors du dernier épisode d'herpès selon la localisation et le sexe (en %)

Comportement déclaré	Patients Herpès Labial (+)			Patients Herpès Génital (+)		
	Femme N = 1052	Homme N = 574	Total N = 1626	Femme N = 75	Homme N = 30	Total N = 105
Attente	25,6 %	35,1 %	29,0 %	8,0 %	6,7 %	7,5 %
Traitement auto-initié non spécifique	24,4 %	24,7 %	24,5 %	6,7 %	20,0 %	10,5 %
Traitement auto-initié anti-herpétique	40,6 %	34,1 %	38,4 %	29,3 %	30,0 %	29,5 %
Consultation médecin généraliste	8,4 %	5,7 %	7,4 %	28,0 %	36,7 %	30,5 %
Consultation dermatologue	0,6 %	0,2 %	0,4 %	1,3 %	6,7 %	2,9 %
Consultation gynécologue	0,4 %	0,0 %	0,2 %	26,7 %	0,0 %	19,0 %

Chez les patients déclarant un herpès labial les attitudes d'attente (29 %) et d'automédication (63 %) concernent plus de 9 patients sur 10. Les recours médicaux pour la poussée elle-même sont rares (8 %). Ces comportements sont significativement différents entre les hommes et les femmes (p = 0,01).

Chez les patients ayant un d'herpès génital, l'attentisme n'est pas de mise (7,5 %), et les traitements auto-initiés concernent plus de 4 patients sur 10. Si la place du gynécologue est plus marquée pour les femmes (26,7 %) le médecin généraliste reste pour les deux sexes, et dans les deux localisations de l'herpès, l'intervenant médical prépondérant (30,5 %).

Que l'herpès soit de topographie labiale ou génitale, on n'observe pas de différences dans les comportements déclarés en fonction de l'âge (p = 0,32).

### FACTEURS DÉCLENCHANT ET FRÉQUENCES DES RÉCURRENCES POUR L'HERPÈS LABIAL

Pour mieux standardiser les modalités de passation pour la question sur les facteurs déclenchant perçus, les médecins généralistes ont demandé aux consultants interviewés de choisir dans une liste préétablie de réponses, plusieurs choix étant possibles.

Chez les 1478 patients HL(+) ayant des récurrences, un facteur déclenchant est identifié chez 64,6 % des hommes et 75,5 % des femmes.

Les facteurs imputés par les patients dans la survenue des poussées sont les suivants (tableau N°18).

Tableau N°18 : herpès labial : facteurs déclenchant déclarés selon le sexe (en %)

N = 1478

Comportement déclaré	Femme	Homme	Total H+F
Emotions - stress	33,7 %	28,6 %	32,5 %
Affection fébrile	31,3 %	28,3 %	30,1 %
Soleil	13,6 %	13,3 %	13,5 %
Règles	15,7 %	0,8 %	10,5 %
Fatigue	10,0 %	7,5 %	9,3 %
Autre cause	7,1 %	6,7 %	7,0 %

86,9 % des patients HL(+) déclarent des récurrences, 58,5 % au cours des 12 derniers mois sans différence notée selon le sexe. Le nombre moyen de poussées chez les patients ayant des manifestations dans l'année écoulée est de 2,60 pour l'herpès labial.

20,0 % de l'ensemble des patients ayant eu un herpès labial signalent au moins 3 poussées la dernière année, et 4,4 % au moins 6 poussées.

Le nombre de récurrences d'herpès labial diminue de façon très significative avec l'âge du patient (Chi 2 de tendance linéaire = 42,51 avec  $p < 10^{-5}$ ). Néanmoins, le nombre de patients ayant eu au moins une poussée dans l'année précé-

dent l'enquête augmente avec l'âge (Chi 2 de tendance linéaire = 35,94 avec  $p < 10^{-5}$ ).

L'existence de récurrence dans la dernière année diminue avec l'ancienneté de l'herpès labial (Chi 2 de tendance linéaire = 9,91 avec  $p = 0,02$ )

### FACTEURS DÉCLENCHANT ET FRÉQUENCES DES RÉCURRENCES POUR L'HERPÈS GÉNITAL

Parmi les patients ayant un antécédent HG(+), 49,1 % soit 53 patients pensent avoir détecté un ou plusieurs facteurs déclenchant (tableau N°19). Il n'existe pas de différence liée à l'âge pour les facteurs déclenchant ( $p = 0,064$ ).

Tableau N°19 : herpès génital : facteurs déclenchant déclarés selon le sexe (en %)

N = 53

	Femme	Homme	Ensemble H+F
Emotions - stress	29,9 %	41,9 %	32,5 %
Affection fébrile	2,6 %	3,2 %	30,1 %
Soleil	2,5 %	0,0 %	13,5 %
Règles	9,0 %	0,0 %	10,5 %
Fatigue	6,5 %	3,2 %	9,3 %
Autre cause	2,6 %	12,9 %	7,0 %

Parmi les patients ayant eu un herpès génital symptomatique dans l'année, le nombre moyen de récurrences identifiées est de 2,8 par an. 11,1 % de l'ensemble des patients ayant eu un herpès génital déclarent au moins 3 poussées la dernière année et 5,6 % au moins 6 poussées. Le sexe du patient n'intervient pas dans le nombre de récurrences d'herpès génital. Dans tous les cas il ne s'agit là que des poussées symptoma-

tiques identifiées comme telles.

Le nombre de récurrences d'herpès génital diminue de façon très significative avec l'âge du patient (Chi 2 de tendance linéaire = 5,91 avec  $p = 0,15$ ). Le nombre de patients ayant eu au moins une poussée dans l'année précédent l'enquête ne varie pas avec l'âge (Chi 2 de tendance



linéaire = 0,15 avec  $p = 0,70$ ).

Contrairement à l'herpès labial, l'existence de récurrence dans la dernière année ne varie pas avec l'ancienneté de l'herpès génital (Chi 2 de tendance linéaire = 9,91 avec  $p = 0,02$ ), mais l'effectif de la population HG(+) est plus réduit.

### RETENTISSEMENTS DE L'HERPÈS GÉNITAL

Parmi les patients HG(+), 42,7 % déclarent avoir eu des répercussions dans leur vie. Pour ces derniers, le premier retentissement concerne une fois sur deux la vie sexuelle (tableau N° 20). On observe des différences de réponses en fonction du sexe, une ou plusieurs réponses étaient possibles au cours de l'interview.

Il n'est pas noté de différence dans la déclaration d'un éventuel retentissement en fonction des classes d'âge.

Tableau N°20 : herpès génital : nature et importance du retentissement selon le sexe (en %)

	Femme	Homme	Total H+F
Relation sexuelles	51,3 %	55 %	52,6 %
Vie sociale	13,6 %	25 %	17,6 %
Entente conjugale	16,2 %	20,0 %	17,6 %
Autre	18,9 %	0,0 %	12,2 %

### LA PHARMACIE FAMILIALE ET LES STRATÉGIES D'ANTICIPATION

Dans le domaine de la maladie herpétique, labiale et génitale, le caractère récurrent et la place considérable des traitements auto-initiés conduisent à des stratégies de stockage et de disponibilité des médicaments utilisés.

Chez les patients HL(+) [2,1 % de NPR exclus] 44,3 % ont des médicaments dans leur pharmacie ( $p < 10^{-7}$ ). Mais 5,7 % des patients sans antécédent personnel déclaré d'herpès labial déclarent également posséder des traitements contre l'herpès.

Chez les patients HG(+) [2,1 % de NPR exclus] 49,5 % possèdent des traitements ( $p < 10^{-7}$ ). 21,2 % des patients

HG(-) ont aussi des médicaments destinés à traitement de type d'affection.

L'importance des antécédents d'herpès labial, à la fois pour chaque personne et pour l'ensemble des membres de la famille, rend compte de ces résultats sur le contenu de la pharmacie familiale.

Pour les vacances [1,7 % de NPR exclus] 12,7 % de l'ensemble des patients interrogés emportent avec eux des médicaments et 85,6 % ne le font pas. Ce comportement d'anticipation d'une poussée éventuelle varie selon les antécédents d'herpès, le sexe et l'âge (tableau N°21 et N°22).

Tableau N° 21 : vacances et stratégies d'anticipation/sexe et le type d'herpès (en %)

	Anticipation(+)	Anticipation(-)	p
Patients HL(+)	26,5 %	73,5 %	<10 <sup>-7</sup>
Patients HL(-)	3,0 %	97,0 %	
Patients HG(+)	32,0 %	68,0 %	<10 <sup>-7</sup>
Patients HG(-)	12,5 %	87,5 %	
Patients sexe Masculin	10,6 %	89,4 %	<10 <sup>-3</sup>
Patients sexe Féminin	14,5 %	85,5 %	

Tableau N° 22 : vacances et stratégies d'anticipation/classe d'âge (en %)

	Anticipation(+)	Anticipation(-)	p
Patients [15-25 ans ]	11,7 %	88,3 %	<10-6
Patients [26-39 ans ]	15,4 %	84,6 %	
Patients [40-64 ans ]	14,5 %	85,5 %	
Patients [65-79 ans ]	8,7 %	91,3 %	
Patients [80 ans et +]	1,7 %	98,3 %	

Les patients dont les classes d'âge sont celles de la maladie herpétique active sont également ceux qui constituent des réserves et anticipent le plus.

### CONNAISSANCE ET IMPLICATION ÉVEN- TUELLES DU PARTENAIRE OU DU CONJOINT

L'existence du portage chronique de l'herpès labial ou génital chez le patient interviewé concerne son conjoint, son et ses partenaires et son entourage. Des questions abordant explicitement les partenaires sexuels ont donc été posées.

Sur 3845 patients ayant répondu [NPR = 10,9 %] 13,5 % déclarent que leur conjoint ou partenaire a déjà traité pour herpès labial.

Pour les patients ayant pu répondre à l'ensemble des autres questions (3374 patients), 15,1 % ont un conjoint HL(+). Pour les hommes ce taux est de 18,4 % et pour les femmes il est de 12,6 %. Chez les patients HL(+) la fréquence des conjoints HL(+) est significativement plus élevée atteignant 20,3 % (p<10-7).

Chez les patients ayant des antécédents d'herpès génital, HG(+), la fréquence des conjoints ayant un herpès labial est de 23,4 % et cette différence est significative (p<0,019).

Compte tenu de l'importance des antécédents biographiques d'herpès labial confirmée par cette étude (39,5 %), ces résultats sont inférieurs aux taux attendus.

Ces données portent bien entendu sur les connaissances déclarées relatives au partenaire et non pas sur ses antécédents réels ou son statut sérologique HSV1 ou HSV2 éventuel.

Tableau N° 23 : difficultés ressenties lors de l'interview selon les antécédents (en %)

	HL(+)	HL(-)	p	HG(+)	HG(-)	p
Certaines des questions de cette enquête sont elles spontanément difficiles à aborder ? - oui	5,5 %	6,5 %	NS	1,9 %	6,4 %	0,0056

### INTÉRÊT ET ACCEPTABILITÉ DE L'ENQUÊTE PAR LES PATIENTS

Indépendamment du faible de taux de refus de participation déjà noté, l'intérêt direct des patients est confirmé par deux types de réponses :

- 81,3 % des interviewés disent que ce questionnaire "a apporté des informations nouvelles sur l'herpès génital" avec un taux de NPR de 11,2 % et 2,1 % de réponses Onégatives.

Il existe une différence significative selon le sexe, car pour les hommes les apports sont plus importants du fait de leur plus grande ignorance initiale dans le domaine de l'herpès génital.

- 92,3 % des patients pensent qu'il faudrait "réaliser plus souvent ce type d'enquête" avec un taux de réponse négative de 2,9 % et un taux de NPR de 4,9 %.

La faisabilité et l'acceptabilité de l'enquête "HVZ" est confirmée par les réponses à la question posée en fin d'entretien : "Certaines des questions de cette enquête sont-elles spontanément difficiles à aborder ?".

Seuls 6,3 % des consultants y ont répondu positivement, avec un faible taux de non réponse de 1,3 %. Il n'y pas de différence entre les réponses des hommes et des femmes et ces réponses ne varient pas avec le moment de passation du questionnaire, en début ou en fin de consultation.

Les variations selon les antécédents des patients sont les suivantes (tableau N°23). Les patients HG(+) sont ceux qui ont déclarés de façon significative le moins de difficulté.



En fonction des classes d'âges les réponses sont les suivantes : chez les [15-25 ans] elle est de 6,1 %, chez les [26-39 ans] de 4,9 %, chez les [40-64 ans] de 5,2 %, chez les [65-79 ans] de 9,4 % et atteint 14,3 % au dessus de 80 ans.

**LES FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS SELON LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

En fin d'entretien une question était spécifiquement destinée au médecin généraliste qui devait préciser l'existence ou non d'un facteur fragilité immunitaire et sa nature chez le patient interviewé.

Sur les 4073 dossiers renseignés, 97,2 % ne comportaient pas de facteur favorisant. Pour les 2,8 % de réponses positives, les deux facteurs prédominants sont le cancer dans 1,8 % des cas et la séropositivité VIH(+) dans 0,2 %.

Pour les patients HL(+) un facteur de fragilité est significativement plus fréquent dans ce sous groupe (p<0,007). Cette significativité statistique est encore plus importante chez les patients HG(+) (p<10-8) bien que la taille de cette sous-population HG(+) soit nettement plus réduite.

Pour le groupe des patients ayant eu un zona, on ne retrouve pas de différence significative pour un facteur de fragilité immunitaire (p = 0.18).

Dans tous les cas le lien de chronologie temporelle entre les dates de survenue du facteur de fragilité noté et l'apparition de l'herpès n'est pas précisé.

**OPINIONS DES INVESTIGATEURS "HVZ" SUR L'HERPÈS, LA VARICELLE ET LE ZONA**

Un questionnaire spécifique médecin investigateur a été renseigné en début d'enquête "HVZ", c'est à dire avant le déroulement des interviews. Il permet d'avoir un éclairage sur les représentations des médecins sur les conditions d'établissement du diagnostic (tableau N°24) et la perception des besoins de recours extérieurs (tableau N°25) pour chaque affection.

Le diagnostic est considéré comme "facile ou assez facile" par 100 % des médecins pour la varicelle et le zona cutané, par 93 % pour l'herpès labial et par 71 % pour le zona ophtalmique. Ces réponses sont très différentes pour l'herpès génital surtout si on distingue le sexe du patient (tableau N° 24).

Tableau N° 24 : opinions des MG sur l'établissement du diagnostic d'herpès génital/sexe (en %)

Etablissement du diagnostic de certitude	Chez la femme	Chez l'homme
Facile ou assez facile	10,5 %	26,3 %
Pas très facile	65,8 %	63,2 %
Pas du tout facile	23,7 %	10,5 %
Total	100,0 %	100,0 %

Les besoins de recours extérieurs sont absents pour la varicelle et l'herpès labial. Le tableau N°25 résume ces besoins

perçus pour le zona et l'herpès génital.

Tableau N° 25 : opinions des MG sur les besoins de recours extérieurs pour le zona et l'herpès génital (en %)

Thérapeutique : demande d'avis spécialisé	Herpès Génital Chez l'homme	Herpès Génital Chez la femme	Zona Cutané	Zona Ophtalmique
Systématiquement	0,0 %	0,0 %	0,0 %	41,0 %
Souvent	16,7 %	33,3 %	2,5 %	41,0 %
Exceptionnellement	55,6 %	58,4 %	28,3 %	5,2 %
Jamais	27,7 %	8,3 %	69,2 %	12,8 %
TOTAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

La distinction entre le zona dans ses localisations cutanée et ophtalmique et l'herpès génital selon le sexe permet donc d'affiner l'analyse des réponses.

Le besoin perçu de recours extérieur (systématique ou fréquent) varie de 82 % pour la zona ophtalmique contre le 2,5 % pour le zona cutané et de 16,5 % pour l'herpès génital chez l'homme à 33,3 % chez la femme.

Cette difficulté variable en fonction des affections serait retrouvée, selon les médecins, chez les patients eux-mêmes. A la question "En venant consulter, le patient connaît-il son affection ?" la réponse est positive pour 100 % des médecins pour la varicelle, 71 % pour l'herpès labial, 8 % pour l'herpès génital chez l'homme, 17 % l'herpès génital chez la femme, 41 % pour le zona cutané et 14 % pour le zona ophtalmique.

## DISCUSSION

### LES MÉDECINS INVESTIGATEURS

Selon les critères habituels de comparaison, les médecins investigateurs sont comparables à ceux de la population nationale<sup>5</sup> des médecins généraliste :

- âge moyen médecin investigateur HVZ, [44 ans VS 46 ans],
- exercice secteur 1 [86,8 % VS 87,5 %],
- secteur 2 [10,5 % VS 11,8 %],
- dépassement permanent (DP) [2,6 % VS 2,1 %],
- exercice rural [26 % VS 21 %],
- exercice urbain/mixte [74 % VS 79 %].

La répartition % médecin homme - % médecin femme est de [90 %-10 %] contre [80 %-20 %] au plan national.

### LES PATIENTS INTERROGÉS

La structure d'âge des patients inclus est superposable à celle du CREDES<sup>6</sup>.

La comparaison par classes d'âges entre le CREDES et HVZ note :

- [16-39 ans] CREDES 32,9 % /HVZ 37,9 %,
- [40-64 ans] CREDES 35,3 % /HVZ 39,7 %,
- [65-79 ans] CREDES 21,8 % /HVZ 20,5 %,
- [80 ans et +] CREDES 10,0 % /HVZ 1,9 %.

La différence observée la plus importante porte essentiellement sur les plus de 80 ans dont l'effectif "HVZ" est réduit en valeur absolue et relative. Cette différence était prévisible car dans la classe d'âge des [80 ans et plus], l'activité de soins de médecine générale est constituée à 80 % par des visites à domicile (SFMG 1994). On retrouve là un aspect bien connu qui se traduit par des différences entre les rangs de classements des morbidités observées en consultation et en visite à domicile. Cet aspect a accru la puissance de l'étude dans la classe d'âge la plus concernée par la maladie herpétique.

En ce qui concerne le sex-ratio des patients, le taux de 0,66 retrouvé est aussi celui observé dans les études nationales de référence (CREDES).

### EXTRAPOLATION DES RÉSULTATS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La discussion des résultats de l'étude "HVZ" de la SFMG pose d'emblée la question de leur extrapolation à l'ensemble des patients consultant en médecine générale et à l'ensemble des médecins généralistes.

Compte tenu des éléments précédents, et de la puissance de l'étude, l'extrapolation aux clientèles des médecins généralistes et aux médecins eux-mêmes semble licite en première approximation d'autant plus que le nombre de patients ayant refusé de répondre au questionnaire (2,8 %) permet d'exclure un biais de sélection pour l'interprétation des résultats.

### L'AFFICHE COMME "MÉDIA SANTÉ" DU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le taux considérable de repérage de l'affiche dans la salle

d'attente par plus de 7 patients sur 10 conduit à s'interroger sur la place potentielle de ce média dans une communication santé en direction des populations fréquentant un cabinet de médecine générale.

Si le repérage est le plus souvent significativement lié aux antécédents biographiques des patients pour les affections étudiées, l'impact de l'affichage dans un cabinet médical a déjà été confirmé dans cette fonction, et cela pour des problèmes de santé moins répandus.

L'étude Epitrans-FISP conduite en 1993 par le Réseau Epidémiologique Lorrain<sup>7</sup> (REL) pour une campagne régionale de dépistage de l'hépatite C et du SIDA post-transfusionnel avait notamment montré l'impact prépondérant du double affichage dans la salle d'attente et dans le cabinet médical par rapport aux autres média radio, TV et presse locales.

Ce média était le mieux repéré par les clientèles de médecine générale et il avait joué un double rôle en permettant une communication de réassurance pour les populations ne présentant pas de facteur de risque et un rôle de renforcement des procédures de dépistage pour les patients ayant des facteurs de risques pour ces deux affections.

Le développement de stratégies de sensibilisation ou d'induction d'une demande de toute nature est un aspect bien connu par les nombreux éditeurs de presse spécialisés dans la santé, par les distributeurs de dépliants gratuits en salle d'attente ou par les industriels du médicament qui proposent souvent aux médecins ce type de communication par affiche. Ces différents aspects ont même conduit à proposer l'affiche dans la salle d'attente comme un des outils possibles de la promotion de la santé en médecine générale<sup>8,9</sup>, d'autant plus qu'en un mois un quart de la population française a recours au moins une fois à un médecin généraliste (EPS CREDES).

Dans cette même logique les principaux résultats de l'enquête "HVZ" ont été adressés sous forme d'affiche de salle d'attente pour que les médecins investigateurs soient en mesure de faire un retour d'information direct, de proximité et personnalisé valorisant la participation de tous les acteurs.

### LA COMPARAISON AUX DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CONNUES

Si la partie de l'enquête "HVZ" portant sur l'état des connaissances sur l'herpès et les comportements des patients utilise des méthodes habituelles dans ces domaines, la partie du questionnaire sur le repérage de la varicelle, du zona et de l'herpès présupposait la capacité des patients à reconnaître et mémoriser des états morbides précis et leurs dates de survenue. L'analyse des résultats va confirmer le choix méthodologique fait.

*Fréquence de la varicelle :*

L'âge médian déclaré dans "HVZ" est de 7 ans. Cet âge est supérieur à celui constaté actuellement dans des enregistrements permanents en continu (4 ans) par le réseau national des maladies transmissibles<sup>10</sup> ou l'Observatoire de Médecine Générale de la SFMG (4 ans) et dans des études rétrospectives utilisant des carnets de santé<sup>11</sup> (5 ans).



Dans "HVZ", parmi les patients ayant déclarés avoir eu la varicelle, 89,1 % l'ont faite avant 10 ans. Ce chiffre est comparable à celui observé par le réseau sentinelles<sup>12</sup> en 1997 (88 % avant 10 ans).

Compte tenu de l'âge médian de 4 ans de survenue de la varicelle<sup>13, 14</sup> il existe une non mémorisation partielle de cet épisode infectieux survenu souvent de façon très précoce et le taux élevé de NPR (1 patient sur 5) plaide en faveur du sérieux et de la qualité des réponses des patients, d'autant que pour les autres affections étudiées le taux de NPR varie de 0,7 % à 2 %.

#### *Fréquence du zona*

La place des antécédents de zona en clientèle de médecine générale est illustrée par les tableaux N°2-3-4-5. On retrouve une fréquence moyenne de 10,6 % pour l'ensemble des clientèles, avec un accroissement progressif par classe d'âges, aboutissant à une prévalence pour la vie entière de 25 %. Ces résultats correspondent aux données générales de la littérature qui situe la prévalence vie entière entre 20 % à 30 %<sup>15, 16</sup>.

Le nombre élevé des patients ayant eu un zona dans "HVZ" (455 cas) permet de constater que leur distribution par âge est comparable à celle observée en Islande<sup>17</sup> entre 1990 et 1995 lors du relevé systématique sur 5 ans des cas de zona [457 cas] par 150 médecins généralistes.

L'âge médian de 41 ans retrouvé dans "HVZ" est par contre inférieur à l'âge de 65 ans noté en 1998 par le Réseau National Télématique des Maladies Transmissibles (RNTMT)<sup>18</sup>. Mais cette dernière enquête était fondée sur le recueil des cas mémorisés par les médecins généralistes, méthode qui favorise le recueil des cas clinique de zonas douloureux, complication qui augmente avec l'âge<sup>19</sup>. Ce biais de mémorisation avait déjà été noté dans l'enquête d'Islande. En effet le recours exclusif à la mémoire des médecins conduisait à méconnaître 25 % des cas pourtant notés par eux dans des dossiers médicaux.

Le pourcentage de zona ophtalmique d'"HVZ" est de 8 %. Ce pourcentage est le même que celui observé en Islande et dans l'enquête du RNTMT.

#### *Fréquence de l'herpès labial*

Par sa topographie, l'herpès labial est une manifestation clinique visible pour le patient comme pour son entourage. Près de 4 consultants sur 10 en médecine générale ont des antécédents d'herpès labial avec le même âge médian de primo-infection de 17 ans pour les deux sexes.

Le nombre moyen de récurrences par an est de 2,6.

4,4 % des patients HL(+) ont fait au moins 6 poussées la dernière année (2,4 % des patients ayant eu des manifestations dans l'année déclarent plus de 6 poussées). La fréquence des antécédents HL(+) chez les femmes est de 42 % et de 35 % chez les hommes avec une différence fortement significative ( $p < 10^{-5}$ ).

Ces données sont proches de celles observées pour l'herpès labial en population générale en 1991 en France : 1 français sur 3 déclarait alors avoir fait un herpès labial, avec un nombre moyen de récurrences de 2,4 par an et 3,5 % présentant plus de 6 poussées par an<sup>20</sup>.

Ce taux élevé de déclarations d'antécédent d'herpès labial reconnue reste pourtant inférieur aux taux des sérologies positives à HSV1 qui varient de 50 à 80 % dans les études nationales et internationales. Mais ces taux varient selon les sous-groupes étudiés comme les femmes enceintes, les hommes en bonne santé, les donneurs de sang, les patients avec des MST ou les prostitués<sup>21, 22</sup>.

#### *Fréquence de l'herpès génital*

L'herpès génital par sa localisation, son expression symptomatique variable<sup>23</sup> et la perception insuffisante de son caractère sexuellement transmissible est plus complexe. Le taux de 2,5 % de patients ayant un herpès génital identifié chez les patients consultants en médecine générale est assez important pour accroître l'attention des médecins généralistes sur les particularités de cette MST<sup>24</sup>. Ce taux d'affection connue est cependant très inférieur aux données des études sérologiques HSV2.

Cette différence était attendue car jusqu'à 80 % des individus séropositifs<sup>25</sup> ne présentent pas d'histoire clinique d'herpès génital<sup>26</sup>. La place de l'herpès génital en tant que MST prépondérante est confirmée par les études de séroprévalence HSV 2 qui varient de 15 % à 30 % dans la population générale, sont proches de 50 % chez les hétérosexuels consultant pour une MST et atteignent 70 % dans la population homosexuelle.

En effet si les études de séroprévalence sont nombreuses leur extrapolation en médecine générale doit rester prudente. Les données de NHANES III sur la séroprévalence HSV2 montrent bien les variations des taux de HSV2 (+) en fonction du nombre de partenaires, du sexe et du groupe racial : par exemple avec un antécédent de 5 à 9 partenaires sexuels, la séroprévalence varie autour de 10 % pour les femmes blanches, 20 % des hommes blancs, plus de 30 % pour les hommes noirs et 70 % les femmes noires<sup>27</sup>. Mais cette étude confirme la croissance de la prévalence HSV2 par rapport à NHANES II réalisée entre 1976 et 1980.

La méthode de l'enquête "HVZ" n'avait pas pour objet d'identifier la part respective du HSV1 et du HSV2 chez les patients ayant déclaré un herpès labial ou génital. Une étude de séroprévalence HSV1 et HSV2 en clientèle de médecine générale serait utile pour étudier plus avant les liens entre l'herpès labial et génital<sup>28</sup> à symptômes typiques, pauci-symptomatiques et asymptomatiques et les statuts sérologiques constatés. Une telle recherche serait d'autant plus utile que la part du HSV1 atteint actuellement 30 % dans l'herpès génital et qu'il existe un lien significatif entre les populations ayant des antécédents d'herpès labial et d'herpès génital.

## AGES MÉDIANS : VERS UN RAJEUNISSEMENT DES PRIMO-INFECTIONS HERPÉTIQUES ?

Si les âges déclarés de la varicelle et du zona sont cohérents par rapport aux données de la littérature et aux études réalisées en médecine générale, les âges moyens déclarés pour l'herpès labial et génital sont plus élevés et semblent même tardifs si on considère ce paramètre pour l'ensemble des tranches d'âges. L'hypothèse d'une évolution des âges de primo-infection selon les générations de l'âge de survenue de l'herpès peut être posée.

Le tableau N°7 par classes d'âges met en effet en évidence un net rajeunissement des âges déclarés des primo-infections herpétiques. Ils passent de 20 ans pour l'herpès labial chez les [40-64 ans] et [65 ans-79 ans], à l'âge de 14 ans chez les [15-25 ans]. Pour l'herpès génital, et pour les mêmes classes d'âge ce rajeunissement est également observé avec passage de la primo-infection de l'âge de 30 ans à 19 ans.

Le rapprochement de ces âges avec celui de l'âge des premiers rapports sexuels (17 ans en France) et le constat de l'évolution des pratiques sexuelles conduisent à avoir un regard nouveau sur l'herpès génital. Cette attention pour les patients de moins de trente ans est d'autant plus justifiée que sur le plan épidémiologique, l'ascension sérologique du HSV2 est régulière du début de l'adolescence à l'âge de trente ans, pour atteindre alors une évolution en plateau (NHANES III). Au delà des connaissances sur les modalités de transmission et de protection, l'herpès n'est pas suffisamment perçu comme une MST à part entière, notamment par les populations les plus jeunes, même par celles faisant des études supérieures<sup>29</sup>.

La faisabilité d'une telle recommandation chez les adolescents est confortée par un taux de réticences à l'entretien est faible (6,1 %) et par le fait médecin généraliste est en situation d'intervenir, car étant 3 fois sur 4 l'intervenant médical de l'adolescence<sup>30</sup>.

## LES INTERVENTIONS MÉDICALES NÉCESSAIRE POUR LA MALADIE HERPÉTIQUE

L'étude des comportements dans la maladie herpétique confirme la part réduite, directe et visible des interventions du corps médical. Ces recours limités ne doivent pas faire oublier les savoirs limités, notamment les risques liés à la méconnaissance des modes de transmission croisée, ou aux recommandations sur l'usage du préservatif, les notions récentes d'excrétion virale asymptomatique venant accroître les problèmes liés à la prise en charge de cette affection chronique<sup>31, 32, 33, 34</sup>.

Sur le plan thérapeutique, les résultats d'"HVZ" conduisent à s'interroger sur la gestion des poussées<sup>35, 36, 37, 38, 39</sup> et sur celle de la prévention secondaire comportementale et pharmacologique<sup>40</sup>, notamment pour le sous groupe des patients HG(+) ayant des récurrences très fréquentes d'herpès génital (>6 par an).

Cette gestion prendra en compte les facteurs déclenchants comme les retentissements déclarés. Que se soit en tant que co-facteur avant la poussée ou en tant que retentissement, les facteurs psychologiques a été très étudiés et débattus<sup>41, 42, 43, 44, 45</sup>.

Le repérage de l'herpès labial et génital par l'interrogatoire et l'enregistrement dans le dossier médical du patient comme un des facteurs de risques de santé se pose donc en soulignant la faisabilité d'un entretien ciblé sur l'herpès labial et génital.

De par sa position à la fois dans le champ des soins primaires et par celle de médecin de famille au contact de la constellation familiale, les compétences et les responsabilités du médecin généraliste s'exercent dans tous les registres des soins et de la prévention. En fonction de la localisation de l'herpès, le médecin généraliste est effectivement impliqué à la fois dans la gestion des poussées, dans l'anticipation des récurrences et dans la réduction de la transmission par une information rigoureuse et par une activité de conseil adaptée car personnalisée.

## LA MALADIE HERPÉTIQUE : LES SAVOIRS LIMITÉS DE TOUS LES GROUPES DE PATIENTS

Les tableaux N°8 à 13 traduisent les savoirs distincts des consultants en fonction de leur antécédents. Ces différences confirment la nécessité d'une approche contextualisée et personnalisée des questions de santé. Les niveaux d'expérience, de connaissance et de besoins varient considérablement, et cela le plus souvent en fonction du sexe.

Les connaissances sur l'herpès de l'ensemble des patients, celles des patients HL(+) et des patients HG(+) traduisent une ignorance persistante sur l'herpès en tant que MST. Après plus de quinze années de communication santé à l'occasion du SIDA, il est licite de s'interroger sur le degré de connaissance relatives aux autres MST.

Dans une logique de gestion des risques évitables spécifiques, avec ou sans facteur de fragilité immunitaire, si les femmes enceintes (et leurs partenaires) justifient une vigilance ciblée<sup>46, 47, 48</sup>, les écarts fortement significatifs de connaissances entre les hommes et les femmes font que la population masculine doit être particulièrement à la fois informée et convaincue des comportements<sup>49, 50, 51, 52</sup> les plus adaptés.

Que ce soit par des approches de type counseling<sup>53</sup> ou par une vision moderne de l'éducation pour la santé, les acteurs auront à définir leurs places respectives possibles dans l'axe information-éducation-persuasion<sup>54</sup>. Le corps médical aura à prendre en compte la communication santé grand public, usant de ce levier pour une approche responsabilisante et pour une autonomisation plus performante des patients eux-mêmes.

Au sein des couples dont un partenaire est HG(+), l'information devra tenir compte du risque global de transmission de 5 à 30 % par an<sup>55</sup>, la vigilance clinique accrue chez les patients identifiés et leur entourage s'impose du fait de la prévalence plus élevée chez les femmes que chez les



hommes et que 10 % des hommes et 20 % des femmes ont été infectés de façon asymptomatique<sup>56</sup>. L'appréciation du risque d'exposition au risque infectieux sera pondéré en fonction de l'âge des premiers rapports sexuels, du nombre de partenaires et les modalités des préférences et pratiques sexuelles, avec ou sans usage de préservatif.

D'une manière générale, ce sont les patients qui n'ont pas de connaissances suffisantes sur ces thèmes bien qu'étant les premiers intéressés, qui doivent être en priorité concernés. Les patients HL(+) et HG(+) et leur entourage, mais aussi les classes d'âge précédemment évoquées.

### L'HERPÈS GÉNITAL-MST : UNE COMMUNICATION DE PROXIMITÉ PERSONNALISÉE

La nature et les spécificités de la position soignante du médecin généraliste le conduisent à intervenir le plus souvent pour différents membres d'une même constellation familiale. Le fait d'être le médecin généraliste habituel de 85 % des consultants est un élément fondant la connaissance et la confiance réciproques entre le consultant et son médecin. Ces conditions permettent d'aborder quasiment tous les registres de la communication santé. Le taux insignifiant de refus de participation (2,7 %) et la rareté des difficultés à aborder certaines questions (6,2 %) de l'enquête "HVZ" confirment ces possibilités d'interventions.

La connaissance des antécédents vécus par le médecin ou rapportés par les patients d'une même famille ou d'une même clientèle autorise des recoupements d'informations qui ne sont possibles que par sa position de médecin de la famille (Cf connaissance et implication éventuelle du partenaire ou du conjoint).

Dans le domaine des MST, cette facilitation apparaît dans les réponses distinctes des médecins généralistes, dermatologues et gynécologues dans la prise en compte du mode de contamination. 85 % des généralistes déclarent rechercher une infection herpétique chez le ou la partenaire de ses patients souffrant d'herpès génital contre 72 % des dermatologues et 74 % des gynécologues (Harris Médical 1998 - Association HERPES).

Ces aspects sont d'autant plus importants que le degré de connaissance du consultant sur les antécédents de son conjoint confirment les liens entre herpès labial et génital dans une relation de couple. La vision systémique au sein du couple et de la famille sera donc facilitée par la place spécifique du médecin généraliste.

### UNE COMMUNICATION SOIGNÉ - SOIGNANT PARTICULIÈRE

Les échanges entre les consultants et les médecins sont influencés par la nature des problèmes abordés. Il est donc indispensable de prendre en compte des aspects pour optimiser les interventions médicales.

Si la communication relative à la varicelle, au zona ou l'herpès labial ne semble pas comporter de difficulté particulière, l'herpès génital en tant que MST conduit à faire préciser des troubles, leurs conditions de survenue et à mener un

examen clinique centré sur la sphère génitale et anale pour les localisations les plus fréquentes. L'entretien médical conduit également à faire préciser les jeux amoureux, notamment les pratiques oro-génitales (fellation et cunilingus) ou des pratiques homosexuelles et bisexuelles.

Pour les investigateurs d'"HVZ", le diagnostic d'herpès génital est considéré comme "facile ou très facile" dans 10,5 % des cas chez les patientes femmes et dans 26,3 % des cas chez les patients hommes. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez les médecins généralistes dans l'enquête "les Français face à l'herpès en 1998"<sup>57</sup>. Pour 24 % d'entre eux le diagnostic d'herpès génital est facile contre 43 % pour les gynécologues et 46 % les dermatologues.

Cette réalité est perçue par les patients ayant un herpès génital comme par les professionnels de la santé. L'enquête de l'association HERPES citée précédemment souligne ces aspects. Les difficultés de dialogue font que seules 43 % des personnes atteintes disent en parler à leurs partenaires, 63 % à leur médecin et 16 % à leur pharmacien.

Ces chiffres pour des personnes interviewées dans des sondages d'opinions traditionnels traduisent des difficultés bien plus grandes que celle observées dans "HVZ" où seuls 6 % des 4503 patients systématiquement interrogés dans l'étude "HVZ" ont considéré qu'il y avait des "questions spontanément difficiles à aborder". Le tableau N°23 montre même que les patients HG(+) sont ceux abordent le mieux l'entretien.

Cette perception de difficulté de communication est retrouvée chez les soignants médecins. Les patients évoqueraient peu ou pas des répercussions de leur herpès génital sur leur vie sexuelle. Cette perception partagée de façon variable, mais voisine par les médecins en fonction de leur discipline. A la question "Les patient souffrant d'herpès génital vous parlent-ils des répercussions de leur herpès génital sur leur vie quotidienne ?", les réponses des médecins sont proches car 71 % des médecins généralistes, 76 % des gynécologues et 76 % des dermatologues déclarent que "les patients en parlent souvent, ou de temps en temps".

Mais on retrouve en miroir une difficulté analogue des médecins qui trouvent que l'annonce du diagnostic d'herpès génital est considérée comme difficile pour 26 % des médecins généralistes, 19 % des gynécologues et 16 % des dermatologues.

Il faut rappeler qu'enquêter dans le cadre d'une consultation médicale est d'une autre nature qu'un sondage grand public. Le fait que dans 85 % de ses consultations<sup>58</sup>, le médecin généraliste soit face à un patient qu'il suit habituellement modifie de façon considérable le vécu d'un entretien, la confiance et la nature des problèmes pouvant être abordé.

## Conclusion

L'étude "HVZ" a permis de préciser en 1998 les places respectives de l'herpès labial et génital, de la varicelle et du zona en clientèle de médecine générale.

En ce qui concerne l'herpès labial et génital, les fréquences et récurrences observées, l'étude des comportements des différents groupes de population confirment les besoins de mieux définir les protocoles diagnostiques, informatifs et préventifs<sup>59</sup> des médecins généralistes, mais aussi ceux des dermatologues et gynécologues également impliqués.

Cet état des lieux constitue un élément clé non seulement des stratégies de prise en charge des patients concernés, mais aussi de la gestion des risques et de l'éducation à la santé de la population générale qui est un des facteurs de l'acceptabilité individuelle et collective des mesures utiles de prévention.

Le questionnement initié à propos d'un programme national de FMC a été le catalyseur d'une recherche portant sur les aspects épidémiologiques, les opinions et représentations des consultants comme des médecins généralistes. L'ensemble des résultats est indispensable aux seconds comme aux premiers, en étayant, avec un haut niveau de preuve, des propositions pour optimiser les savoirs et les pratiques professionnelles et profanes.

Des stratégies nouvelles sont souhaitables, non seulement chez les patients ou les conjoints atteints et symptomatiques, mais aussi dans des sous-groupes particuliers comme les femmes enceintes, les patients présentant des MST, mais aussi en direction de patients ayant un herpès labial comme indicateur visible et reconnu. Une telle approche sera en particulier centrée sur l'information et la gestion des risques évitables.

## Remerciements

Nous remercions les médecins investigateurs et directeurs régionaux du réseau de l'Observatoire de Médecine Générale de la SFMG, pour leur participation à l'étude "HVZ" ainsi

que le laboratoire GlaxoWellcome et Euformed pour leur soutien à la réalisation de cette recherche et à la diffusion de ses résultats.

## Bibliographie

- Baromètre Santé Adultes 1995/1996. Vanves Editions CFES. 1997
- Beylot C, Doutre MS, Hans P. Viroses a expression cutanée in *Dermatologie et Vénérologie* Masson 1990 : 79-93
- Bouvet E. Prise en charge des infections à VZV. Prévention de la transmission du VZV en milieu hospitalier. *Med Mal Infec.* 1998 ; 28, spécial : 919-23
- Carney O, Ross E, Bunker C, Ikkos G, Mindel A. A prospective study of the psychological impact on patients with a first episode of genital herpes. *Genitourin med* 1994 ; 70 : 40-45
- Chastel C. Infections à herpès hominis. *Epidémiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement (mode d'actions des médicaments).* *Rev Prat* 1990 ; 40 : 683-688
- Engel JP. Long term suppression of genital herpes. *JAMA* 1998 ; 280 , 10 : 928-929
- Fillet AM. Histoire naturelle de l'infection à VZV : physiopathologie, mécanisme d'action et critères d'évaluation des antiviraux. *Med Mal Infec.* 1998 ; 28, special : 767-74
- Glaser R, Kietcol-Glaser K, Speicher CE, Holliday JA. Stress, loneliness and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavioral Medicine* 1985 ; 8 : 249-260
- Kjaer SK, Villiers (de) EM, Caglayan H, Svare E, Haugaard BJ, Engholm G, Christensen RB, Moller KA, Poll P, Jensen H, Vestergaard BF, Lynge E , Jensen OM. Human papillovirus, herpes simplex virus and other potential risk factors for cervical cancer in a high-risk area (Greenland) and a low-risk area (Denmark) – a second look. *Br.J.Cancer* 1993 ; 67 : 830-837
- Kuzutoka K, kimura H, Kino Y, Kiko S, Hanada N, Shibata M, Morishima T. Clinical manifestations of primary herpes simplex virus Type 1 infection in a closed community. *Pediatrics* 1981 ; 87 , 2 : 1521-158
- Longo DJ, Clum GA, Yaeger NJ. Psychosocial treatment for recurrent genital herpes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988 ; 56, 1 : 61-66
- Lynch PJ Psychiatric, legal, and moral issues of herpes simplex infections. *J AM Academy of Dermatology* 1988 ; 18, 1 : 173-175
- Mindel A. Psychological and psychosexual implications of herpes simplex virus infections. *Scand J Inf Dis* 1996 ; suppl 100 : 27-32
- Psychosial implications of recurrent génital herpes simplex virus infection. Goldmeier D, Johnson A, Byrne M, Barton S. *Genitourin Med* 1988 ; 64 : 327-330
- Raffi F. Prise en charge du zona de l'immunodéprimé. *Med Mal Infec.* 1998 ; 28, spécial : 876-89
- Rapport de décès attribuables à la varicelle. United states, 1997, *CMAJ* 1997 : 157-558
- Russel JM, Cracknell M, Barton SE, Catalan J. Management of genital herpes by genitourinary physicians : does experience or doctor'gender influence clinical management ? *Genitourin Med* 1993 ; 69 : 115-118
- Senneville E . Infections à VZV : formes de l'adulte sain et de l'immunodéprimé. *Med Mal Infec.* 1998 ; 28, special : 791-99
- Société Canadienne de Pédiatrie. La varicelle : prévention et traitement.. 1997
- Wertheimer AI, Balduzzi M, Minghetti P. Reactions of community pharmacists to questions by patients with a stigmatized disease. *Journal Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1991 ; 16 : 435-442



## Références

- 1) 11<sup>ème</sup> Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Prise en charge des infections à VZV. Lyon 1998 (texte court) Revue Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française 1998 ; 28 : 685-707
- 2) Fleming DT, Mc Quillan GM, Johnson RE, Nahmias AJ, Aral SO, Lee FK. Herpes simplex type 2 in the United States, 1976 to 1994. New England J Med, 1997; 337, 16 : 1105-1111
- 3) Annuaire statistique 1994/1995 de l'Observatoire de la Médecine Générale, Doc Rech Med Gen SFMG, 1998 ; 52 : 3-87
- 4) Gallais JL, Morel F. Un thème de travail collectif : Herpès Zona Varicelle. Journée de Communications SFMG, Paris, Avril 1998
- 5) Rican S, Simon M, Charraud, Salem G. Les médecins généralistes libéraux dans les zones urbaines. DREES, Etudes et Résultats 1999, N°9 : 1-4
- 6) Agguzoli F, Le Fur Ph, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES, 1994, 1008 : 28-35
- 7) Bastien P et coll. Epitrans. Rapport Final REL –FISP RNSP.1995
- 8) Gallais JL, Colombani H. Faut-il inclure les médecins généralistes dans l'éducation pour la santé ? In Actes du Congrès National de Santé Publique. Santé publique : des quartiers à l'Europe. SFSP 1998 :136-137
- 9) CFES. CNAMTS. Ouvrons le dialogue, éducation pour la santé.1998
- 10) Flahaut A, Farran N, Deguen S. Epidémie de varicelle en France, BEH. 1995 ; 33 : 149-150
- 11) Touche S, Fessars C, Carquin J, Ingrand D, Jolly D. Rubéole et varicelle. Statuts immunitaires et données des carnets de santé de 1806 adultes en milieu de soins. Concours Médical 1999 ; 121, 11 : 823-830
- 12) Retel O, Carat F, Chauvin P, Letrillart L, Dangoumau L, Flahaut A. Extrait du bilan annuel 1997 du Réseau sentinelles, Bulletin Epidémiologique Annuel 1997 : 151-152
- 13) Deguen S, Nguyen PC., Flahaut A. Epidemilgy of chickenpox in France (1991-1995). Jour Epidemiol Community Health 1998 ; 52, (suppl) : 46-49
- 14) Flahaut A et Coll. Epidémiologie des maladies transmissibles en médecine libérale : bilan du réseau sentinelles en 1996. BEH 1997 ; 33 : 149-151
- 15) Donahue JG, Choo PW, Manson JE, Platt R. The incidence of herpes zoster. Arch Intern Med 1995 ; 155 : 1605-1609
- 16) Bungener M. Impact économique et social des infection à VZV. Med Mal Infect 1998, 28, Spécial : 896-905
- 17) Helgaso S, Sigurdsson JA, Gudmundsson. The clinical course of herpes Zoster : a prostective study in primary care. European J of General Practice 1996 ; 2 : 12-16
- 18) Czernichow, Flahaut A, Dupuy, Chosidow O. Sentinelles, Quotidien Med, 1999, 6484 : 10
- 19) Meaume S. Particularités des infections à VZV chez le sujet âgé. Med Mal Infect 1998 ; 28, spécial : 800-805
- 20) Enquête SOFRES, avril 1991
- 21) Oliver L, Wald A, Kim M, Zeh J, Selke S, Ashley R, Corey L. seroprevalence of herpes simplex virus infection in a family medicine clinic. Arch Fam Med 1995, 4 : 228-232
- 22) Hashido H; Lee FK, Nahmias AJ, Tsugami H, Isomara s, Nagata Y, Sonoda S, Kawana T. An epidemiologic study of herpes virus type 1 and 2 infection in Japan based on spécific serological assays. Epidemiol. Infec 1998 ; 120 : 179-186
- 23) Koutsky L, Ashley R, Holmes KK, Stevens CE, Critchlow CW, Kiviat N, Lipinsky CM. The frequency of unrecognized type 2 herpes simplex virus infection among women. Sexually Transmitted Diseases 1990 ; 17 : 90-94
- 24) Gibson JJ, Hornung A, Alexander GR, Lee FK, Potts WA, Nahmias AJ. A cross-sectionnal study of herpes simplex virus types 1 and 2 in college students : occurrence and determinants of infection. Journ of Infec. Diseases 1990 ; 162 : 306-312
- 25) Mertz GJ epidemiology of genital herpes infections, Infection Disease Clinics of North America, 1993, 7, 4: 825-839
- 26) Koutsky AA, Stevens CE, King PA, Holmes KK, Ashley RL, Kiviat NB, Critchlow CW, Corey L. Underdiagnosis of herpes by current clinical and viral isolation procedures. New England Journ Med 1992; 326 : 1533-1539
- 27) Fleming TD, Mc Quillan GM, Johnson RE, Nahmias AJ, Aral SO, Lee FK, Louis ME. Herpes simplex virus type 2 in the United States 1976 to 1994. New England J Med 1997 ; 16 : 1105-1111
- 28) Corey L. First episode recurrent and asymptomatic herpes simplex infections. J AM Acad Dermato 1988 ; 18 :169-172
- 29) Menares J et Coll .Protéger l'amour, le libérer du sida. Paris Editions Lharmattan ; 1993 : 181-201
- 30) Choquet M. Les adolescents face aux soins INSERM.Paris 1992
- 31) Raguin G, Malkin JM. Genital herpes : epidemiology and pathology : update and new perspectives. Ann Med Interne, 1997, 148, 8 : 530-533

- 32) Breinig MK, Kingsley LA, Armstrong JA, Freedman D.J, Ho M. Epidemiology of genital herpes in Pittsburg : serologic, sexual, and racial correlates of apparent and inapparent herpes simplex infection. *Journal Infec Dis* 1990 ; 162 : 299-305
- 33) Raguin G, Malkin JM. Genital herpes : epidemiology and pathology : update and new perspectives. *Ann Med Interne*, 1997, 148, 8 : 530-533
- 34) Breinig MK, Kingsley LA, Armstrong JA, Freedman D.J, Ho M. Epidemiology of genital herpes in Pittsburg : serologic, sexual, and racial correlates of apparent and inapparent herpes simplex infection. *Journal Infec Dis* 1990 ; 162 : 299-305
- 35) Bouscarat F, Descamps V. Herpès cutanéomuqueux : épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat* 1996 ; 46 : 1877-85
- 36) Sacks SL, Aoki FY, Diaz-Mitoma F, Sellors J, Shafran SD. Patient-initiated, twice-daily oral famciclovir for early recurrent genital herpes. A randomized, double blind multicentric trial. *JAMA* 1996 ; 276 : 44-49
- 37) Spruance SL, Tyring SK, De Geogorrio B, Miller C, Beutner K. A large scale, placebo-controlled, dose ranging trial of peroral valaciclovir for episodic treatment of recurrent herpes génitalis. *Arch Intern Med* 1996 ; 156 : 1729-35
- 38) Mindel A. Long term clinical and psychological management of genital herpes. *Journal of Medical Virology* 1993 ; supplément, 1 : 39-44
- 39) Valaciclovir dans l'herpes génital. *Rev Prescrire* 1998 ; 188 : 650-652
- 40) Diaz Mitoma F, Sibbald RG, Shafran SD, Boon R, Saltzman RL. Oral famciclovir for the suppression of recurrent genital herpes a randomized controlled trial *JAMA* 1998 ; 280 : 887-891
- 41) Plate CV, Aral SO. Psychological aspects of genital herpes virus infection. *Health Psychology* 1987 ; 6 : 57-72
- 42) Luby ED, Klinge V. Genital herpes, a pervasive psychosocial disorder. *Arch dermatol* 1985, 121 : 494-498
- 43) Drob S, Loemer M, Lifshutz H. Genital herpes : The psychological consequences. *British Journal of Medical Psychology* 1985 ; 58 : 307-315
- 44) Consoli SG Aspects psychologiques des maladies sexuellement transmissibles *Rev Praticien* 1996 ; 46 : 1985-1987
- 45) Rand KH, Hoon FH, Massey JK, Johnson JH. Daily stress and recurrence of genital herpes simplex. *Arch Intern Med* 1990 ; 150 : 1889-1893
- 46) Schomogyi M, Wald A, Corey L/ Herpes simplex virus 2 infection, an emerging disease ? *Infectious Disease Clinics of North America*. 1998, 12 : 47-61
- 47) Cowan FM, Johnson AM, Ashley R, Lorey L, Mindel A. Antibody to herpes simplex virus type 2 as a sérological marker of sexual life style in populations. *BMJ* 1994 ; 309 : 1325-1329
- 48) Nahmias A, Lee F, Beckman-Namias S. Sero-epidemiological and sociological patterns of herpes simplex virus infection in the world. *Scand J Infect Dis* 1990 , suppl ; 69 : 19-36
- 49) Lafferty W. Genital herpes, recommandations for comprehensive care. *Post Graduate Medicine* 1988 ; 83 : 157-165
- 50) Kinghorn GR. Limiting the spread of genital herpes. *Scand J Infect Dis* ; 1996, Suppl 100 : 20-25
- 51) Kam ML, Fisbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, & Al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human Immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases. A randomized controlled trial. *JAMA* 1998 ; 280, 13 : 1161-67
- 52) Swanson JM, Chenitz WC. Psychosocial aspects of genital herpes : a review of the literature. *Public Health Nursing*, 1995 ; 7 : 96-104
- 53) Troussier T, Timol F. Prévention liée à la sexualité : 48 fiches pédagogiques. ENSP, 1991 : 4-210
- 54) Gay B, Chassaing R, Gabory (de) H, Ganiayre. L'éducation pour la santé au quotidien. *Revue Exercer* 1995 ; 32 : 14-18
- 55) Boralevi F, Geniaux M. Herpes génital. *Rev Prat* 1996, 46 : 1952-1960
- 56) Lowhagen GB, Jansen E, Nordenfelt E, Lycke E. Epidemiology of herpes infections in Sweden. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1990 ; 70 : 330-334
- 57) Sondage Louis Harris Médical 1998
- 58) Gallais JL et Coll. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. *Doc Rech Med Gen SFMG* 1994 ; 45 : 54-55
- 59) Pissaro B ; La prévention : limites et enjeux. In *Médecins généralistes : acteurs de santé publique ?* Vanves Editions CFES 1996 : 31-39



## Index des tableaux

Tableau N°1	Repérage de l'affiche et degré d'implication en fonction des antécédents des patients (en %)	p. 9
Tableau N°2	Antécédents " HVZ " chez les patients consultant en médecine générale (en %)	p. 9
Tableau N°3	Antécédents " HVZ " / sexe (en %)	p. 10
Tableau N°4	Antécédents " HVZ " / classe d'âges (en %)	p. 10
Tableau N°5	Liens entre les antécédents " HVZ " (en %)	p. 10
Tableau N°6	Âges médians déclarés des infections " HVZ " / sexe	p. 11
Tableau N°7	Âges médians de l'herpès selon la localisation et les classes d'âges	p. 11
Tableau N°8	Herpès MST , connaissances de l'ensemble des patients / sexe (en %)	p. 11
Tableau N°9	Herpès MST , connaissances des patients Herpès Labial (+) / sexe (en %)	p. 12
Tableau N°10	Herpès MST, connaissances des patients Herpès Génital (+) / sexe (en %)	p. 12
Tableau N°11	Herpès MST, connaissances des patients selon leurs antécédents (en %)	p. 13
Tableau N°12	Opinions sur l'usage du préservatif de l'ensemble des patients / sexe (en %)	p. 13
Tableau N°13	Opinions sur l'usage du préservatif des patients Herpès Labial (+) / sexe (en %)	p. 13
Tableau N°14	Opinions sur l'usage du préservatif des patients Herpès Génital (+) / sexe (en %)	p. 14
Tableau N°15	Opinions sur l'usage du préservatif , comparaison selon leurs antécédents des patients (en %)	p. 14
Tableau N°16	Sources d'informations des patients " ayant entendu parler d'herpès génital "(en %)	p. 14
Tableau N°17	Comportements lors du dernier épisode d'herpès selon la localisation et le sexe (en %)	p. 15
Tableau N°18	Herpès labial : facteurs déclenchant déclarés selon le sexe (en %)	p. 16
Tableau N°19	Herpès génital : facteurs déclenchant déclarés selon le sexe (en %)	p. 16
Tableau N°20	Herpès génital : nature et importance du retentissement selon le sexe (en %)	p. 17
Tableau N° 21	Vacances et stratégies d'anticipation / sexe et le type d'herpès (en %)	p. 17
Tableau N° 22	Vacances et stratégies d'anticipation / classe d'âge (en %)	p. 18
Tableau N°23	Difficultés ressenties lors de l'interview selon les antécédents (en %)	p. 18
Tableau N°24	Opinions des MG sur l'établissement du diagnostic d'herpès génital / sexe (en %)	p. 19
Tableau N°25	Opinions des MG sur les besoins de recours extérieurs pour le zona et l'herpès génital (en %)	p. 19

Ce document peut être consulté  
sur le site Internet du Bureau  
pour la Région Europe de l'OMS  
<http://www.who.dk>

Des copies peuvent être demandées à :  
**Unité des soins primaires**  
**Bureau pour la Région Europe de l'O.M.S.**  
**Scherfigsvej 8**  
**DK - 2100 Copenhagen ÿ, Danemark**  
**Télécopie : 45 39 17 18 65/18 18**  
**Téléphone : 45 39 17 14 50/17 17**

La SFMG tient à remercier le Dr Chambonnet, ainsi que le département de médecine générale de la faculté de Nantes pour la mise à disposition de ce document.





## **Société Française de Médecine Générale**

*Société Savante*

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.sfm.org>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

---

Représentant la France à la WONCA

*World Organisation of National Colleges,  
Academies and Academic associations of Général Practiners*