



ENQUÊTE

**RÉSULTATS DU « PROGRAMME VENUS »
RECHERCHE SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE CERTAINES M.S.T.
ET INFECTIONS GÉNITALES EN PRATIQUE MÉDICALE DE VILLE
PISTES POUR UNE INFORMATION DU PUBLIC ET DES PRATICIENS
C.A.R.E.P.S. ***

À la demande de la Direction générale de la Santé (B.M.T.) le C.A.R.E.P.S. (Centre Alpin de Recherche épidémiologique et de Prévention sanitaire) a réalisé une étude épidémiologique poursuivant deux objectifs parallèles : 1) mettre au point une méthodologie pour connaître la morbidité observée par les praticiens exerçant à titre ambulatoire; 2) décrire la situation épidémiologique d'un certain nombre de M.S.T. et infections génitales donnant lieu à un recours aux soins de ville. Certains résultats de la pré-enquête du « Programme VENUS » ont été présentés dans un précédent numéro du B.E.H. (n° 1, 1986). L'enquête s'est déroulée entre octobre 1984 et octobre 1985, dans trois zones géographiques de la région Rhône-Alpes, comptant au total 410 000 habitants : une grande agglomération urbaine (agglomération grenobloise, 350 000 hab.), une agglomération urbaine de moyenne importance (Romans, Bourg-de-Péage, Drôme, 42 000 hab.), une région de Haute-Savoie (19 000 hab.).

MÉTHODE

L'approche méthodologique choisie a reposé sur le principe du sondage aléatoire parmi l'ensemble des professionnels médicaux de ville concernés par le sujet dans les territoires d'enquête (généralistes, gynécologues, dermatovénérologues, biologistes, exerçant à titre libéral ou en institution : consultations externes hospitalières, dispensaire antivenérien, centres médico-sociaux de la femme...).

Par « vagues » successives, tous les praticiens ont été sollicités afin de déclarer tous les cas vus pendant une période donnée parmi 6 M.S.T. et infections génitales (Candidoses, Trichomonases, Gonococcies, infections génitales à chlamydiae, herpès virus et syphilis primo-secondaire). La fraction de sondage, et donc la durée de participation de chacun était variable selon la spécialité et la zone géographique, pour tenir compte de la charge de travail occasionnée par l'étude et du nombre de praticiens (tabl. 1). Par ce procédé, il est possible de limiter la période de participation d'un médecin donné tout en produisant une « image » représentative de la morbidité diagnostiquée tout au long de l'année, ce qui présente de grands avantages pour observer sur une longue période des phénomènes à évolution saisonnière.

Les estimations des taux d'incidence des diverses affections étudiées, ainsi que de leurs intervalles de confiance empruntent alors les procédés classiques des sondages aléatoires.

Au total, chacun des 457 praticiens des territoires d'enquête a été associé à l'étude au moins pendant un mois. De nombreuses réunions de concertation se sont tenues avec les représentants des praticiens avant le démarrage de l'enquête (afin de tenir compte de leurs remarques et propositions quant au protocole et aux documents de collecte de données), pendant (pour suivre le déroulement de l'étude) et après celle-ci (pour analyser et interpréter les résultats).

RÉSULTATS

La participation des médecins est jugée très satisfaisante dans la mesure où il ne s'agissait pas de volontaires. 17 % ont signifié un refus

* C.A.R.E.P.S. : Centre Alpin de Recherche épidémiologique et de Prévention sanitaire, C.H.U., pavillon D, B.P. 217 X, 38043 Grenoble Cedex. Tél. : 76 42 81 21, poste 5838.

Tableau 1. — Taux de sondage (T.S.) et durée de participation (D.P.) des différents groupes de professionnels dans les trois zones d'enquête

	Agglomération grenobloise		Romans et Bourg-de-Péage		Zone rurale Haute-Savoie	
	D.P.	T.S.	D.P.	T.S.	D.P.	T.S.
Généralistes	1 mois	1/12	2 mois	1/6	2 x 2 mois	1/3
Homéopathes	3 mois	1/4				
Gynécologues et gynéco-obstétriciens	2 mois	1/6	2 x 2 mois	1/3	6 mois	1/2
Urologues	2 x 2 mois	1/3	2 x 2 mois	1/3	—	—
Dermatologues	3 mois	1/4	2 x 3 mois	1/2	—	—
Laboratoires d'analyses médicales	2 mois	1/6	1 an	1	1 an	1
Dispensaires anti-vénériens	1 an	1	1 an	1	1 an	1
Consultations externes hospitalières	7 jours tous les 2 mois	1/8	—	—	—	—
Médecine scolaire	—	—	—	—	1 an	1
Laboratoires hospitaliers	11 mois	11/12	3 mois	1/4	—	—

Tableau 2. — Taux d'incidence annuelle [et intervalle de confiance à 95 %] de 6 M.S.T. et infections génitales diagnostiquées en pratique de ville, selon la zone géographique (pour 1 000 hab., tous âges, 2 sexes)

	Grande agglomération urbaine	Ville moyenne	Zone rurale
Candidose	21,09 [17,9-24,3]	12,06 [7,1-17,0]	8,71 [5,8-11,6]
Trichomonase	3,5 [2,7-4,3]	2,17 [1,3-3,1]	0,60 [0,1-1,2]
Chlamydiose	4,06 [3,0-5,1]	2,73 [0,2-5,3]	0,85 [0-1,7]
Gonococcie	4,37 [3,2-5,5]	1,50 [0,6-2,9]	0,56 [0-1,4]
Syphilis	0,54 [0,2-0,9]	0,55 [0-1,1]	0 [—]
Herpès	1,6 [1,0-2,2]	0,09 [0-0,3]	0,25 [0-0,7]

d'emblée à toute collaboration; 12 % ont accepté en principe mais n'ont fourni aucune donnée; 71 % ont effectivement communiqué les informations attendues. Ces chiffres sont sensiblement les mêmes quelle que soit la zone et la spécialité.

Le taux d'incidence annuel des diverses étiologies connaît un gradient parallèle au gradient d'urbanisation (tabl. 2). Ces chiffres se situent à la limite

inférieure des résultats d'une enquête comparable réalisée par l'I.N.S.E.R.M. dans le Vaucluse en 1978 (1).

Le poids relatif des diverses affections est très différent selon le sexe : à elles seules, les candidoses représentent 64 % de l'ensemble des 6 maladies étudiées chez les femmes, alors que chez l'homme, la gonococcie reste prédominante (tabl. 3).

CONCLUSION

La place des médecins libéraux dans le diagnostic et le traitement des M.S.T. et infections génitales est aujourd'hui prédominante (par exemple, 2 syphilis primo-secondaires sur 3 ont été déclarées par eux). Cependant, d'autres modes de recours aux soins sont privilégiés par certains groupes particulièrement sensibles (adolescentes, vers les structures médico-sociales et les centres d'orthogénie; adolescents et homosexuels plus volontiers vers les D.A.V...). Du point de vue de la Santé publique, la complémentarité de ces différents types d'offre de soins est donc bénéfique.

Si les publics touchés par ces divers services sont différents, les attitudes diagnostiques et thérapeutiques des médecins sont également dissimilaires. L'attitude des praticiens libéraux en matière de recherche des partenaires des sujets atteints semble encore timorée; ils prescrivent alors volontiers un traitement « double » à l'aveugle, avec parfois traitement associé, sans contrôle biologique.

Ces résultats ne donnent pas une représentation exacte de la situation épidémiologique des M.S.T. dans la population générale. Ils sont marqués par les conditions du recueil des données, limitées aux affections diagnostiquées par l'appareil de soins ambulatoires. Ils permettent cependant de dégager des pistes pour la mise en œuvre de programmes préventifs. L'information du public est plus que jamais nécessaire, les M.S.T. ayant débordé depuis longtemps du seul territoire de groupes marginaux pour se « démocratiser ». Cette information doit insister sur les caractères souvent peu symptomatique (donc sur le besoin de contrôle devant des sujets apparemment anodins) et... sur leur caractère sexuellement transmissible (« ça s'attrape au moins à deux », alors « solidaires dans le plaisir, soyez-le aussi pour guérir »). L'information du public (notamment des jeunes) visant à améliorer le recours spontané aux soins, l'information des professionnels prend alors tout son sens pour renforcer la recherche opiniâtre des partenaires et la surveillance de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Tableau 3. — Poids relatif des différentes étiologies, parmi l'ensemble des cas de M.S.T. et infections génitales, par sexe et sexe-ratio par cause

	Candidose	Trichomonase	Chlamydie	Gonococcie	Syphilis	Herpès	Total
Hommes	8	4	33	44	5	6	100
Femmes	66	16	10	3	1	4	100
Sexe-ratio*	0,11	0,16	2	7,6	2	0,7	—

* Nombre de cas masculins/nombre de cas féminins.

Les déséquilibres marqués des sexe-ratios pour la plupart des étiologies, liés notamment au mode d'expression clinique de ces infections selon le sexe, ne laissent pas de s'interroger sur le mode de recours aux soins et les conditions du diagnostic médical en cas de M.S.T., et partant, sur les priorités d'une information du public et des professionnels.

Dans le même sens, le relativement faible nombre de diagnostics avant 20 ans, dans les deux sexes (4 %), rappelle que les adolescents accèdent souvent aux soins par des voies détournées telles que autoconsommation et partage d'ordonnance. Si les filles s'orientent plus volontiers vers les centres de planification ou centres médico-sociaux de la femme, les garçons, moins médicalisés, n'ont souvent d'autre recours que les dispensaires anti-vénériens.

Les délais de consultations sont plus de deux fois plus longs chez les femmes (tabl. 4). En outre, ce délai est souvent impossible à déterminer, soit que la maladie ait démarré à bas bruit, soit que le diagnostic soit fait sans signe clinique d'appel (découverte à l'occasion d'un examen systématique ou du fait de l'atteinte d'un partenaire). En particulier, près des 3/4 des gonococcies féminines ont été découvertes par enquête auprès des partenaires des hommes atteints, et ce, essentiellement en dispensaire anti-vénérien (alors que ceux-ci ont diagnostiqué moins d'un cas masculin sur deux). Pour les infections à chlamydiae de la femme cette proportion de découverte par recherche des partenaires s'élève à 26 %. Tout en reconnaissant que le mode d'exercice en clientèle de ville diffère fondamentalement de ce qui se passe en D.A.V., il reste là une voie importante pour le développement d'une attitude plus systématique des praticiens.

Tableau 4. — Délai de consultation (en jours) et proportion de formes asymptomatiques, par sexe et maladie

	Candidose	Trichomonase	Chlamydie	Gonococcie	Syphilis	Herpès
Délai hommes :						
— médiane	5	6	5	3		
— moyenne*	22 ± 6	12 ± 4	18 ± 9	6 ± 0,5		
Délai femmes :					médiane, 2 sexes : 6,5	2,5
— médiane	8	11	12**	60***		
— moyenne*	15 ± 3	37 ± 3	17 ± 4	16 ± 6		
Pourcentage asymptomatique (a) :						
— hommes	7	0	7	0	50	—
— femmes	3	6	20	44		

* Moyenne ± écart-type.

** Délai inconnu dans 43 % des cas.

*** Délai inconnu dans 50 % des cas.

(a) Il s'agit de formes asymptomatiques parmi les cas diagnostiqués. La fréquence réelle des formes asymptomatiques est donc bien supérieure (2-4).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] TORGAL-GARCIA J. — Les maladies à transmission sexuelle dans un département français en 1978. *Bulletin de l'O.M.S.*, 1981, 59, 4, 567-573.
- [2] OSBORNE N.-G., GRUBIN L., PRATSON L. — Vaginitis in Sexually active women; relation to nine sexually transmitted organisms. *Am. J. Obst-Gynecol.*, 1982, 142, 8, 862-967.
- [3] REIN M.F., MULLER M. — Trichomonas vaginalis. In : HOLMES K.-K., MÅRDH P.-A., SPARLING P.-F., et al (eds). Sexually Transmitted Diseases. *Mc Graw-Hill*, NY, 1984, 525.
- [4] THOMPSON S.E., WASHINGTON A.-E. — Epidemiology of Sexually Transmitted Chlamydia Trachomonas infections. *Epidemiologic Reviews*, 1983, 5, 96-120.