



**HAL**  
open science

# Compétences du médecin généraliste dans le conseil aux voyageurs : des besoins aux propositions : entretiens de médecins généralistes de la région PACA

Angéline Nguyen

## ► To cite this version:

Angéline Nguyen. Compétences du médecin généraliste dans le conseil aux voyageurs : des besoins aux propositions : entretiens de médecins généralistes de la région PACA. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01213639

**HAL Id: dumas-01213639**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213639>**

Submitted on 8 Oct 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Nice Sophia Antipolis**  
Faculté de médecine

## **THÈSE**

### **DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE**



Compétences du médecin généraliste dans le conseil aux voyageurs:  
des besoins aux propositions  
Entretiens de médecins généralistes de la région PACA

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2014 par

**Angéline NGUYEN**

née le 2 septembre 1988 à Nîmes (30)

**Président du Jury** : Monsieur le Professeur Patrick FENICHEL

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Pierre MARTY

**Assesseurs du Jury** : Monsieur le Docteur Nicolas HOGU  
Monsieur le Professeur Christian PRADIER  
Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

M. BAQUÉ Patrick

**Assesseurs**

M. BOILEAU Pascal

M. HÉBUTERNE Xavier

M. LEVRAUT Jacques

**Conservateur de la bibliothèque**

M. SCALABRE Grégory

**Chef des services administratifs**

Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires**

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. BLAIVE Bruno

M. LAPALUS Philippe

M. BOQUET Patrice

M. LAZDUNSKI Michel

M. BOURGEON André

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. BOUTTÉ Patrick

M. LE BAS Pierre

M. BRUNETON Jean-Noël

M. LE FICHOUX Yves

Mme BUSSIERE Françoise

M. LOUBIERE Robert

M. CHATEL Marcel

M. MARIANI Roger

M. COUSSEMENT Alain

M. MASSEYEFF René

M. DAR COURT Guy

M. MATTEI Mathieu

M. DELMONT Jean

M. MOUIEL Jean

M. DEMARD François

Mme MYQUEL Martine

M. DOLISI Claude

M. OLLIER Amédée

M. FREYCHET Pierre

M. ORTONNE Jean-Paul

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. SCHNEIDER Maurice

M. GILLET Jean-Yves

M. SERRES Jean-Jacques

M. GRELLIER Patrick

M. TOUBOL Jacques

M. HARTER Michel

M. TRAN Dinh Khiem

M. INGLES AKIS Jean-André

M. ZIEGLER Gérard

M. LALANNE Claude-Michel

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques

M. MAGNÉ Jacques

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme MEMRAN Nadine

M. GIUDICELLI Jean

M. MENGUAL Raymond

M. GIRARD-PIPAU Fernand

M. POIRÉE Jean-Claude

M. GASTAUD Marcel

Mme ROURE Marie-Claire

M. EMILIOZZI Roméo

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. AMIEL Jean

Urologie (52.04)

M. BENCHIMOL Daniel

Chirurgie Générale (53.02)

M. CAMOUS Jean-Pierre

Thérapeutique (48.04)

M. DAR COURT Jacques

Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

M. DELLAMONICA Pierre

Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)

M. DESNUELLE Claude

Biologie Cellulaire (44.03)

Mme EULLER-ZIEGLER Liana

Rhumatologie (50.01)

M. FENICHEL Patrick

Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)

M. FRANCO Alain

Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)

M. FUZIBET Jean-Gabriel

Médecine Interne (53.01)

M. GASTAUD Pierre

Ophthalmologie (55.02)

M. GILSON Éric

Biologie Cellulaire (44.03)

M. GRIMAUD Dominique

Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. HASSEN KHODJA Reda

Chirurgie Vasculaire (51.04)

M. HÉBUTERNE Xavier

Nutrition (44.04)

M. HOFMAN Paul

Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M. LACOUR Jean-Philippe

Dermato-Vénérologie (50.03)

Mme LEBRETON Élisabeth

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)

M. MICHIELS Jean-François

Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M. PRINGUEY Dominique

Psychiatrie d'Adultes (49.03)

M. QUATREHOMME Gérard

Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. SANTINI Joseph  
M. THYSS Antoine  
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

M. BATT Michel  
M. BÉRARD Étienne  
M. BERNARDIN Gilles  
M. BOILEAU Pascal  
M. BONGAIN André  
Mme CRENESSE Dominique  
M. DE PERETTI Fernand  
M. DRICI Milou-Daniel  
M. ESNAULT Vincent  
M. FERRARI Émile  
M. GIBELIN Pierre  
M. GUGENHEIM Jean  
Mme ICHAI Carole  
M. LONJON Michel  
M. MARQUETTE Charles-Hugo  
M. MARTY Pierre  
M. MOUNIER Nicolas  
M. MOUROUX Jérôme  
M. PADOVANI Bernard  
M. PAQUIS Philippe  
Mme PAQUIS Véronique  
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc  
Mme RAYNAUD Dominique  
M. ROBERT Philippe  
M. ROSENTHAL Éric  
M. SCHNEIDER Stéphane  
M. TRAN Albert

O.R.L. (55.01)  
Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

Chirurgie Vasculaire (51.04)  
Pédiatrie (54.01)  
Réanimation Médicale (48.02)  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
Physiologie (44.02)  
Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)  
Pharmacologie Clinique (48.03)  
Néphrologie (52-03)  
Cardiologie (51.02)  
Cardiologie (51.02)  
Chirurgie Digestive (52.02)  
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
Neurochirurgie (49.02)  
Pneumologie (51.01)  
Parasitologie et Mycologie (45.02)  
Cancérologie, Radiothérapie (47.02)  
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)  
Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
Neurochirurgie (49.02)  
Génétique (47.04)  
Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
Hématologie (47.01)  
Psychiatrie d'Adultes (49.03)  
Médecine Interne (53.01)  
Nutrition (44.04)  
Hépto Gastro-entérologie (52.01)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M. ALBERTINI Marc  
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence  
M. BAHADORAN Philippe  
M. BAQUÉ Patrick  
M. BARRANGER Emmanuel  
M. BENIZRI Emmanuel  
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence  
M. BREAUD Jean  
Mlle BREUIL Véronique  
M. CANIVET Bertrand  
M. CARLES Michel  
M. CASSUTO Jill-Patrice  
M. CASTILLO Laurent  
M. CHEVALLIER Patrick  
M. DUMONTIER Christian  
M. FERRERO Jean-Marc  
M. FOURNIER Jean-Paul  
M. FREDENRICH Alexandre  
Mlle GIORDANENGO Valérie  
M. GUÉRIN Olivier  
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel  
M. IANNELLI Antonio  
M. JOURDAN Jacques  
M. LEVRAUT Jacques  
M. PASSERON Thierry  
M. PICHE Thierry  
M. PRADIER Christian  
M. ROGER Pierre-Marie  
M. ROHRLICH Pierre  
M. RUIMY Raymond  
M. SADOUL Jean-Louis  
M. STACCINI Pascal  
M. THOMAS Pierre  
M. TROJANI Christophe  
M. VENISSAC Nicolas

Pédiatrie (54.01)  
Pédopsychiatrie (49.04)  
Cytologie et Histologie (42.02)  
Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)  
Gynécologie Obstétrique (54.03)  
Chirurgie Générale (53.02)  
Cancérologie – Génétique (47.02)  
Chirurgie Infantile (54-02)  
Rhumatologie (50.01)  
Médecine Interne (53.01)  
Anesthésiologie Réanimation (48.01)  
Hématologie et Transfusion (47.01)  
O.R.L. (55.01)  
Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)  
Chirurgie plastique  
Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
Thérapeutique (48-04)  
Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)  
Bactériologie-Virologie (45.01)  
Gériatrie (48.04)  
Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)  
Chirurgie Digestive (52.02)  
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)  
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)  
Dermato-Vénérologie (50-03)  
Gastro-entérologie (52.01)  
Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)  
Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
Pédiatrie (54.01)  
Bactériologie-virologie (45.01)  
Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)  
Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)  
Neurologie (49.01)  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)  
Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)  
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)  
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)  
Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)  
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)  
M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)  
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)  
Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie-Virologie (45.01)  
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)  
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)  
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)  
M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)  
Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)  
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)  
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M. DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et Cytologie Pathologiques  
M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale  
M. MAKRIS Démosthènes Pneumologie  
M. PITTET Jean-François Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale  
Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme CHATTI Kaouthar Biophysique et Médecine Nucléaire  
M. GARDON Gilles Médecine Générale  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale  
M. PAPA Michel Médecine Générale

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M. BERTRAND François Médecine Interne  
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie  
M. CHEVALLIER Daniel Urologie  
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation  
M. MAGNÉ Jacques Biophysique  
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

## Remerciements

**A mon Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur FENICHEL,**

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.*

*C'est pour moi l'occasion de vous exprimer ma gratitude d'avoir travaillé au sein du service d'Endocrinologie et Biologie de la Reproduction.*

**A mon Maître et Juge, Monsieur le Professeur PRADIER,**

*Vous me faites l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.*

*Soyez remercié de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.*

**A mon Maître et Juge, Monsieur le Professeur SAUTRON,**

*Recevez mes remerciements sincères pour avoir accepté de juger ma thèse.*

*Votre volonté de promouvoir la Médecine Générale à l'Université est admirable.*

**A mon Maître et Juge, Monsieur le Docteur HOGU,**

*Je suis très honorée que vous participiez au jury de cette thèse.*

*Vous avez guidé mon apprentissage de cette belle spécialité tout au long de mon internat. Votre rigueur compréhensive a été pour moi un modèle.*

**A mon Juge et Directeur de thèse, Monsieur le Professeur MARTY,**

*Un énorme merci pour avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez accompagné de vos conseils judicieux. Votre gentillesse et votre grande disponibilité sont indéniables.*

**A chaque personne ayant participé à ce travail :**

A tous les médecins généralistes *qui m'ont consacré du temps en répondant à mon étude.*

Leïla *pour toutes les séances de débriefing (de la thèse ou pas) autour de muffins*

A Frédéric, mon cher et tendre, *pour ton appui logistique, ton soutien psychologique lors des très nombreux brainstormings, sans compter les kilomètres parcourus avec et pour moi. Et bien d'autres petits plaisirs simples. Longue vie à nous*

A mes relectrices consciencieuses Genna et Aude, *merci les amies !!*

**A tous mes maîtres formateurs, plus particulièrement ...**

Aux Docteurs CHECCI et ZEHANI, *pour m'avoir mis le pied à l'étrier tout en douceur*

Au Docteur PIANO, *pour m'avoir appris à apprendre efficacement*

Au Docteur EL HADJ, *pour son humanisme débordant d'hyperactivité et son soutien dans des moments difficiles aux urgences.*

Aux Docteurs WINTER et EL OMRI, *pour leur professionnalisme et leur gentillesse à toute épreuve. J'ai la sensation que mes compétences ont fait un bond à leurs côtés.*

Au Docteur NICOLAS et Dany, *pour la mise en confiance qui a rendu ce métier plus léger.*

Au Docteur LEBERRE et Nadine, *pour leurs précieux enseignements*

Au Docteur BRUCKER-DAVIS, *pour sa générosité et son dévouement. Mon passage dans ce service de spécialité me marquera toute ma vie.*

**A chaque enseignant qui a traversé ma vie...**

**A tous mes co-internes,** *avec qui j'ai vécu cette formidable aventure.*

**Rania,** *superwoman quelles que soit les circonstances surtout en dehors des heures ouvrables*

**Aux équipes médicales et paramédicales,** *avec qui j'ai appris entraide et communication*

**A mes amis,** *tellement précieux. Malgré les kilomètres qui pourraient nous séparer, nous pouvons compter les uns sur les autres. Détailler serait blasphémer.*

**A ma famille,** *sans qui je ne serais pas là*

**A ma maman,** *qui me pousse toujours à donner le meilleur de moi-même au service des autres*

## Table des matières

Introduction :	- 9 -
❖ Des voyages internationaux en pleine expansion	- 9 -
❖ Des risques sanitaires liés aux voyages	- 9 -
❖ Perception du risque: négligé voire méconnu par les voyageurs	- 10 -
❖ Le médecin généraliste (MG) de plus en plus sollicité	- 11 -
Matériel et Méthodes :	- 12 -
❖ Objet de l'étude	- 12 -
❖ Type de l'étude	- 12 -
❖ Population étudiée:	- 12 -
❖ Préparation de l'entretien semi dirigé	- 13 -
❖ Phase de collecte et transcription du verbatim	- 13 -
❖ Analyse des entretiens	- 13 -
Résultats	- 14 -
❖ Caractéristiques socio-démographiques des MG interrogés	- 14 -
a. Genre	- 14 -
b. Répartition géographique	- 14 -
c. Milieu et mode d'exercice variés	- 15 -
d. Age moyen de 51 ans	- 15 -
e. Installation depuis 21 ans en moyenne	- 15 -
f. Activité au cabinet	- 16 -
g. Formation et Participation à l'enseignement	- 16 -
h. Durée moyenne des entretiens de 19,5 minutes	- 16 -
❖ Analyse des entretiens	- 17 -
I. L'information délivrée par les praticiens	- 18 -
a. Un champ de prévention vaste	- 18 -
b. Deux priorités incontournables pour 100% des MG	- 19 -
c. La pharmacie de voyage	- 19 -
d. La question du retour de voyage parfois oubliée	- 21 -
II. La demande émanant du patient	- 22 -
a. A qui s'adresse-t-il en premier recours ?	- 22 -
b. L'abord de la question	- 22 -
c. Des patients aux profils variés	- 23 -
d. Les attentes du patient	- 23 -
e. Ceux qui ne consultent pas	- 24 -
III. Les compétences professionnelles du MG	- 24 -
a. Approche centrée sur le patient	- 26 -
b. Approche globale	- 26 -
c. Coordination et continuité des soins	- 27 -
d. Education du patient	- 28 -
e. Professionnalisme	- 29 -
IV. Les besoins des médecins	- 32 -
a. Besoins organisationnels	- 32 -
b. Besoin d'adhésion du patient	- 32 -
c. Besoin de reconnaissance	- 33 -
d. Besoin de valorisation	- 33 -
e. Besoin d'aide à la décision	- 33 -
V. Des propositions d'amélioration	- 35 -
a. A destination des patients	- 35 -
b. A destination des médecins	- 36 -
VI. Une consultation appréciée	- 38 -
Discussion	- 39 -
Perspectives et actions	- 44 -
Annexes	- 46 -
Références Bibliographiques	- 60 -

## Table des figures

Figure 1: Guide d'entretien semi-dirigé.....	- 13 -
Figure 2: Diagramme de flux .....	- 14 -
Figure 3: Nombre de MG interrogés par bassin de population .....	- 14 -
Figure 4: Répartition des tranches d'âge des MG .....	- 15 -
Figure 5: Nombre de MG selon l'ancienneté de l'installation .....	- 15 -
Figure 6: Répartition des MG selon le nombre de consultations/jour .....	- 16 -
Figure 7: Durée respective des 29 entretiens, en minutes.....	- 16 -
Figure 8: Nuage de mots – clés les plus fréquemment cités.....	- 17 -
Figure 9: Thèmes abordés en consultation par ordre de fréquence.....	- 18 -
Figure 10: Trousse de voyage prescrite par les MG .....	- 19 -
Figure 11: Situations amenant le MG à orienter vers un confrère .....	- 28 -
Figure 12: Sources d'information citées par les MG .....	- 30 -
Figure 13: Principales réserves des MG concernant l'information .....	- 31 -
Figure 14: Caractéristiques souhaitées par les MG pour leurs sources d'information .....	- 36 -

## Liste des Annexes

Fiche de consentement à signer par le médecin interrogé .....	47
Liste des centres de vaccinations de la région PACA.....	48
Fiche de synthèse à destination des MG (en cours d'évaluation).....	49

## Liste des Abréviations

<b>BEH</b>	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
<b>CNR</b>	Centre National de Référence du paludisme
<b>CRAT</b>	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
<b>CVI</b>	Centre de Vaccinations Internationales
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DU</b>	Diplôme Universitaire
<b>ECN</b>	Examen Classant National
<b>FMC</b>	Formation Médicale Continue
<b>HBPM</b>	Héparine de Bas Poids Moléculaire
<b>IFOP</b>	Institut français d'opinion publique
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MG</b>	Médecin généraliste
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PACA</b>	Provence Alpes Côtes d'Azur

## **Introduction :**

### *❖ Des voyages internationaux en pleine expansion*

Les voyages internationaux ont augmenté de façon spectaculaire ces six dernières décennies. Avec environ 25 millions de départs annuels, la France est l'un des pays où l'on circule le plus vers l'étranger<sup>1</sup>. Beaucoup de nouvelles régions se démocratisent avec un nombre de voyageurs croissant. Chaque année, 6 millions de Français s'aventurent vers des zones à risques (tropiques ou pays en développement), principalement en Afrique du Nord<sup>2</sup>.

Les modalités de voyage sont variées: tourisme, affaires, mission humanitaire, religieuse, éducative, tourisme médical, retour au pays d'origine ou expatriation. Parfois les conditions sont spartiates, loin des traditionnels plages et hôtels tout confort.

Le profil du voyageur a également évolué avec de plus en plus de personnes âgées, poly pathologiques ainsi que des femmes enceintes et des enfants en bas âge<sup>3</sup>.

### *❖ Des risques sanitaires liés aux voyages*

60 % des voyageurs présente une pathologie, pendant ou au retour de son séjour dans une destination à risque<sup>4</sup>. Entre 1997 et 2007, sur 17 000 voyageurs européens consultant dans un site EuroTravNet / GeoSentinel, la diarrhée arrive en pole position avec un taux d'attaque supérieur à 50% suivie par les infections respiratoires, les dermatoses et syndromes fébriles<sup>5</sup>.

### **Rares mais à prévenir : les pathologies tropicales**

De par son passé colonial, la France est, en Europe, le plus touché par le paludisme d'importation. Sa prévalence diminuait en 2007 mais repart à la hausse depuis 2010 avec 3510 cas estimés et 11 décès déclarés en 2012 par le réseau du CNR<sup>6</sup>. Une augmentation attribuée aux migrants (70% des cas français entre 1996 et 2003<sup>7</sup>) notamment ceux d'origine d'Afrique sub-saharienne ou de l'Océan Indien.

Le virus de la dengue est le second pathogène responsable des fièvres au retour de pays tropical, spécialement d'Asie du Sud-Est et des départements français d'Amérique<sup>8</sup>.

D'autres maladies tropicales (fièvre jaune, rage,...) sont exceptionnelles, mais gravissimes.

### **Les infections, une part faible des risques des voyageurs (1,4 % des décès)**

Les principaux motifs de rapatriement sanitaire et de décès des Français à l'étranger sont, en réalité, accidentels ou traumatiques (49,5 %) et d'origine cardio-vasculaire (27,4 %). Il y a 10% de décompensations psychiatriques. On recense des pathologies émergentes avec les changements de comportements de voyage: le mal des transports et d'altitude<sup>9</sup>.

### **❖ Perception du risque: négligé voire méconnu par les voyageurs**

Suite à l'épidémie réunionnaise de Chikungunya, l'IFOP communiquait les risques infectieux en voyage les plus anxiogènes selon les Français : paludisme, turista, Chikungunya, virus Ebola, SIDA. Parallèlement, l'Institut Pasteur publiait le top 5 des risques selon la balance gravité/probabilité : paludisme, hépatite A, IST (VIH, VHB), dengue<sup>10</sup>.

Sur 11 073 cas de paludisme signalés au CNR, entre 2000 et 2003, seuls 40% des sujets atteints avaient pris une chimio prophylaxie et l'observance était de 11,5%. A Marseille, nombreux sont les cas d'importation de paludisme au sein de la communauté comorienne.

La majorité de ces migrants explique que la chimio prophylaxie est trop coûteuse pour toute une famille et ne voit pas l'intérêt à long terme. Or, 98% des paludismes à *P. falciparum* sont consécutifs à l'inobservance des mesures prophylactiques adaptées<sup>11</sup>.

En 2004-2005, l'équipe de Genty montrait que 51% des voyageurs français partant en zone d'endémie considérait le risque palustre comme élevé ou très élevé et 11% le pensait nul. Le risque de décès était évoqué par 54%<sup>12</sup>.

**Des précautions s'imposent donc avant tout départ**

En 2006, selon l'étude de Jeannel, 57% des voyageurs internationaux se sont renseignés sur les mesures de prévention (96% pour les zones impaludées) et 75% déclarent justifiée une consultation médicale avant le séjour<sup>13</sup>.

❖ *Le médecin généraliste (MG) de plus en plus sollicité*

En France, lorsqu'une vaccination anti-amarile est exigée à l'entrée d'un pays, le passage par un centre « santé voyage » et vaccinations internationales est incontournable. Mais la demande croissante dépasse l'offre restreinte. Le délai d'attente peut atteindre plus d'un mois.

Par son statut de médecin référent et son accessibilité, le MG est de plus en plus sollicité. 57,4% des voyageurs interrogés dans 9 aéroports européens avaient consulté préalablement leur MG<sup>14</sup>. Ils sont 73% dans une étude australienne<sup>15</sup>.

Le comportement du voyageur dépend de la qualité de l'information fournie par son MG. Selon une étude à l'aéroport de Roissy, 88% des voyageurs avaient une chimio prophylaxie antipaludique pertinente lorsqu'elle avait été prescrite par leur MG<sup>16</sup>.

***Il est donc indispensable que le MG soit en mesure de délivrer des conseils fiables pour le patient en partance***

## **Matériel et Méthodes :**

### **❖ *Objet de l'étude***

Il apparaît légitime d'interroger un panel de MG sur leurs compétences à délivrer des messages clairs au voyageur à partir d'une information complexe sans cesse en évolution.

L'objectif principal a été d'analyser le ressenti de ces MG sur les consultations pré-voyage.

Les objectifs secondaires étaient de recueillir les besoins et les propositions éventuels.

### **❖ *Type de l'étude***

Cette étude exploratoire suit la méthode qualitative, issue de la sociologie. Complémentaire à la recherche quantitative, elle ne cherche pas à mesurer les connaissances. La démarche inductive fait émerger un savoir nouveau, en donnant accès aux opinions des MG.

La phénoménologie, approche la plus répandue, valorise l'expérience par entretiens individuels ou de groupe<sup>17</sup>. En matière de pratiques professionnelles, la peur du jugement des confrères en focus groupe pouvant freiner, j'ai choisi l'entretien individuel semi-dirigé.

Il n'enferme pas le discours dans un questionnaire définitif : l'occasion de se livrer sans contrainte tout en assurant des réponses à des thèmes donnés et de révéler besoins et attentes plus cachés.

### **❖ *Population étudiée:***

Les MG ont été recrutés dans la Région PACA selon la liste du site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) sans rechercher la représentativité statistique. Le panel a été formé de manière à multiplier les points de vue : recherche du cas négatif *a priori* très différent des premiers interrogés.

L'échantillon est réduit car les résultats sont validés par la cohérence des discours qui seraient influencés par: le genre, l'âge, le milieu et mode d'exercice, l'ancienneté d'installation, la participation à l'enseignement, la formation, l'activité.

L'inclusion s'est arrêtée à l'apparition d'idée déjà exprimée : ***principe de saturation d'idées.***

### ❖ *Préparation de l'entretien semi dirigé*

Le guide d'entretien a été élaboré avec des questions ouvertes et neutres puis relu par les Docteurs Dunais B. et Touboul P du Département de Santé Publique du CHU de Nice.

La trame a été enrichie au fil des entretiens comme autorisé dans ces études. L'assimiler préalablement a permis une meilleure dynamique de conversation.

<b>Thème 1 : Le MG et le conseil au voyageur</b>	<b>Thème 5 : Une situation complexe</b>
<b>Thème 2 : Déroulé d'une consultation-voyage</b>	<b>Thème 6 : Des stratégies facilitatrices</b>
<b>Thème 3 : L'abord du sujet en consultation</b>	<b>Thème 7 : La formation</b>
<b>Thème 4 : Les moyens d'information du MG</b>	<b>Thème 8 : Des propositions d'améliorations</b>

**Figure 1: Guide d'entretien semi-dirigé**

### ❖ *Phase de collecte et transcription du verbatim*

Les entretiens ont été menés de juin à juillet 2013, selon la convenance du médecin, à son domicile ou au cabinet. Après explication du but du travail, il était demandé au MG son accord écrit pour la retranscription et l'analyse ultérieure des données avec respect de l'anonymat. Dès que nécessaire, l'ordre des questions a été modifié afin de favoriser l'émergence d'idées en adoptant des stratégies d'écoute et de relance. J'ai été attentive à ne pas entraver la spontanéité du dialogue grâce à un enregistrement par dictaphone Olympus. Pour des raisons de disponibilité, 8 entretiens ont été réalisés par téléphone et enregistrés via le logiciel InCall Recorder. Les enregistrements audio ont été retranscrits en intégralité par écrit sur ordinateur.

### ❖ *Analyse des entretiens*

Chaque entretien a été analysé longitudinalement puis de façon transversale. Le codage des idées et l'analyse thématique ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyse QSR-Nvivo10®.

## Résultats

### ❖ Caractéristiques socio-démographiques des MG interrogés

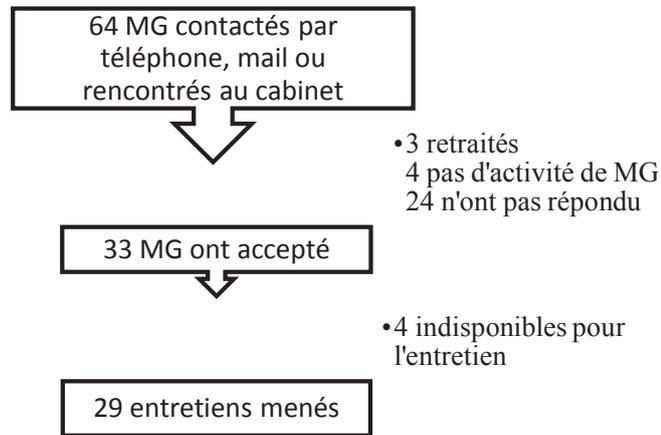


Figure 2: Diagramme de flux

#### a. Genre



#### b. Répartition géographique

J'ai recruté dans 3 départements : Alpes – Maritimes, Bouches du Rhône et Var.

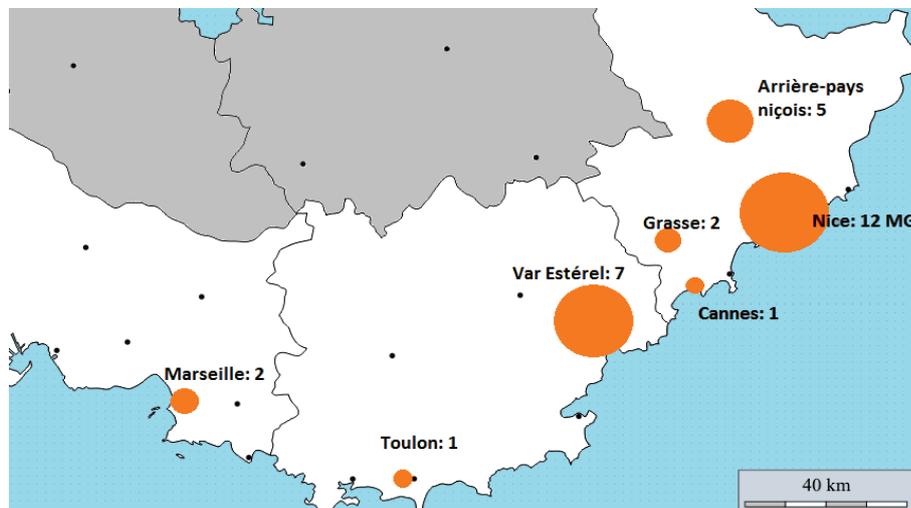


Figure 3: Nombre de MG interrogés par bassin de population

### c. Milieu et mode d'exercice variés



20 MG en milieu urbain (69%)



9 en milieu rural ou semi-rural (31%)



17 en groupe (59%)



12 exercent seuls (41%)

### d. Age moyen de 51 ans

La répartition des âges a été homogène de 29 à 62 ans.

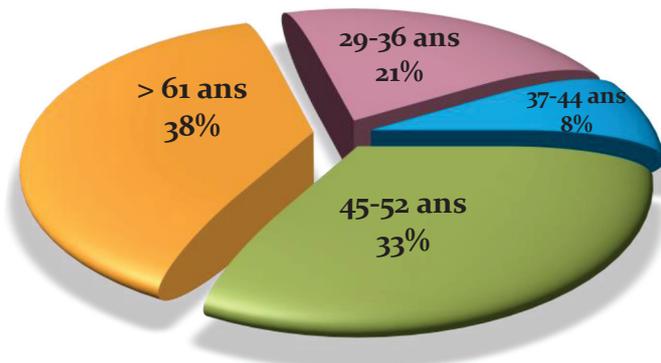


Figure 4: Répartition des tranches d'âge des MG

### e. Installation depuis 21 ans en moyenne

Des MG installés depuis 6 mois à 38 ans avec une majorité (35%) depuis plus de 30 ans.

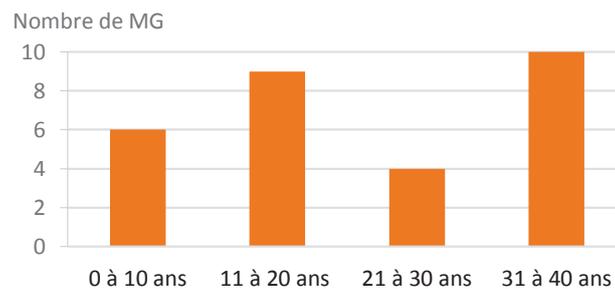


Figure 5: Nombre de MG selon l'ancienneté de l'installation

### f. Activité au cabinet

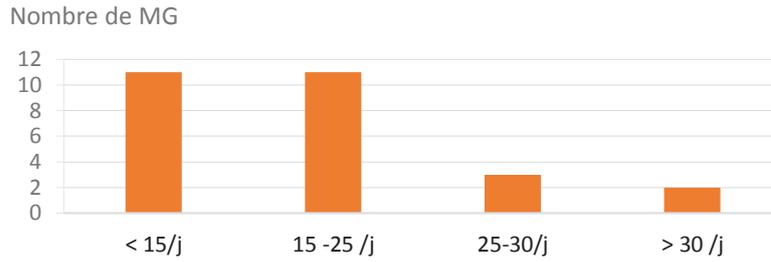


Figure 6: Répartition des MG selon le nombre de consultations/jour

### g. Formation et Participation à l'enseignement

15 des praticiens interrogés étaient maître de stage alors que 7 déclaraient avoir suivi une formation en rapport avec le sujet :

- Stage d'internat en centre de vaccination
- DU d'antibiologie, de médecine tropicale et d'évacuation sanitaire
- Missions humanitaires à l'étranger
- Séminaire de vaccination : participant et formateur

### h. Durée moyenne des entretiens de 19,5 minutes

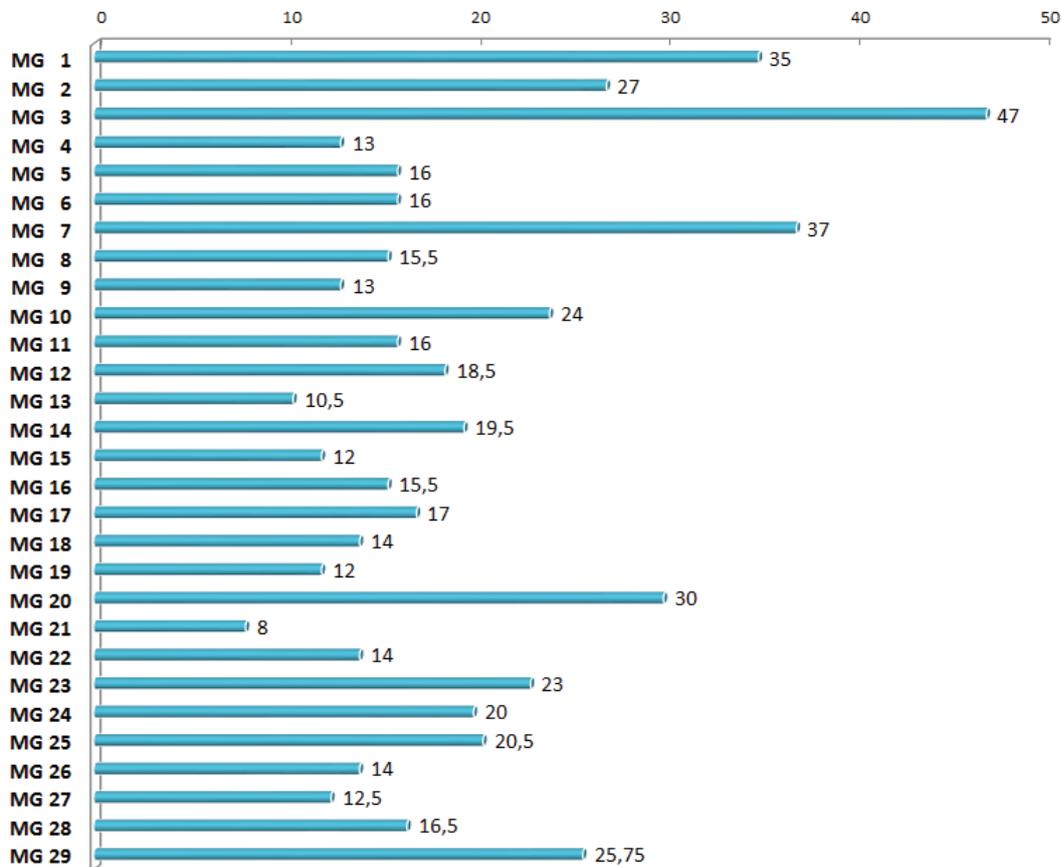


Figure 7: Durée respective des 29 entretiens, en minutes



## I. L'information délivrée par les praticiens

### a. Un champ de prévention vaste

« Ca peut aller très loin dans le conseil aux voyageurs, très très loin. » MG 1

« J'ai été étonné mais les **phlébites** dues au voyage, ça a marqué les gens » MG 10  
« Je n'aurai pas recommandé d'HBPM en pré-voyage pour ce patient revenant de Maurice. Actif, sportif, pas gros. Pourtant, il a fait sa phlébite. » MG 11

« Suivant les pays, les **structures médicales** sont pas les mêmes. Ça demande une connaissance pas évidente.» MG 22

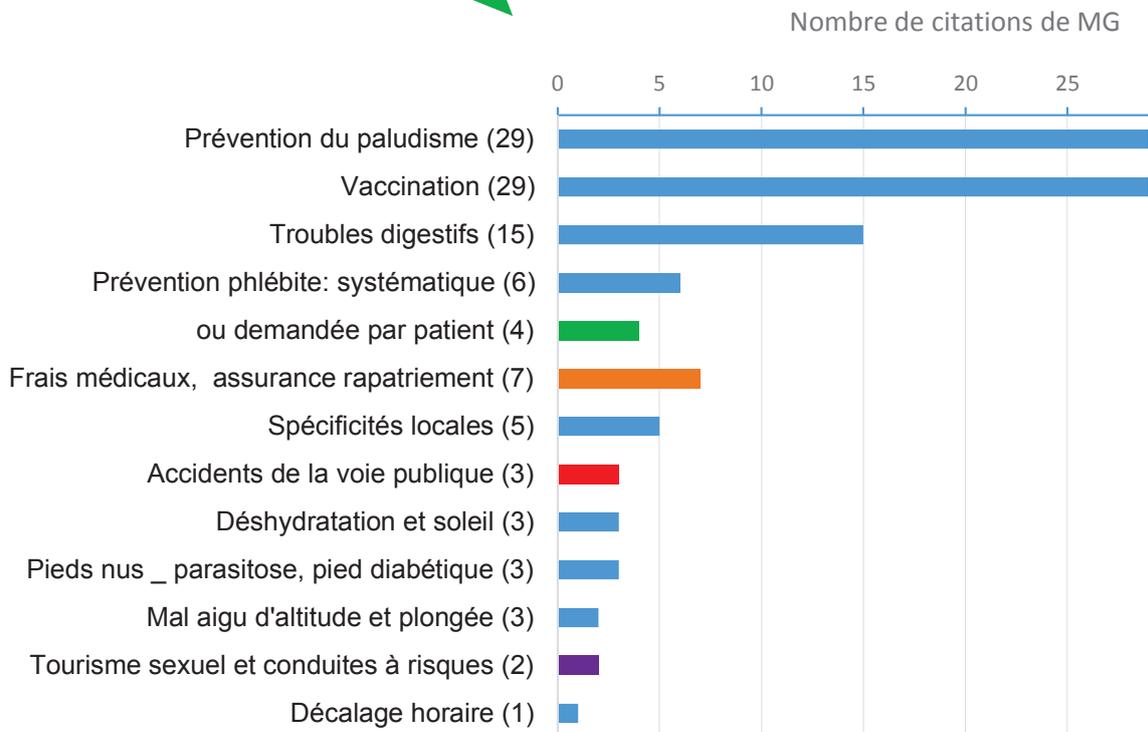


Figure 9:Thèmes abordés en consultation par ordre de fréquence

« Au retour, il me demande toujours une sérologie pour le **SIDA**. Faudrait penser à éviter de l'attraper» MG 23

« Je signale toujours que le 1er risque, c'est pas les maladies infectieuses mais les **accidents de la voie publique**» MG 7

## b. Deux priorités incontournables pour 100% des MG

<h3>Les vaccinations</h3> <p>« Les prophylaxies anti-palustres et les vaccins. C'était ça qui m'obsédait » MG 21</p>	<h3>La prévention du paludisme</h3> <p>« Un champ énorme. On insiste sur le risque d'une maladie dramatique, qui tue, arme de destruction massive. » MG 7</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vaccins spécifiques de la destination</li><li>• Vaccins obligatoires en France</li></ul> <p>« Une vérification systématique, où qu'ils partent. Bien souvent, on découvre qu'ils ne sont pas du tout à jour. » MG 1</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chimio-prophylaxie</li><li>• Protection physique</li></ul> <p>« Même si la chimio-prophylaxie est prise partiellement, au moins ils auront fait le max pour ne pas se faire piquer. Cette protection marche le mieux ». MG 1</p> <p>« Les différents types d'insectifuges, ça à l'air de rien mais il y a énormément de choses à dire » MG 7</p>

## c. La pharmacie de voyage

Deux attitudes semblent s'opposer

- prescription préétablie dans le logiciel métier (13)
- trousse rationalisée (8) : « On la fait ensemble. Pas de liste type toute prête car il faut expliquer pourquoi on donne tel ou tel médicament. » MG 2

Au final, la liste remise aux patients reste stéréotypée

- ✓ Antalgiques et antipyrétiques
- ✓ Anti-diarrhéiques et antiémétiques
- ✓ Désinfectant local et pansement
- ✓ Collyre
- ✓ Crème solaire
- ✓ Répulsif contre les moustiques
- ✓ +/- Antibiotiques et antipaludéens

Figure 10: Trousse de voyage prescrite par les MG

### ➤ Les antibiotiques

- Très fréquemment réclamés par les patients (6)
  - « *C'est toujours leur question* » MG 11
  - « *En théorie, faut pas trop en prescrire mais c'est vrai, ils aiment bien...* » MG14
- Systématiquement prescrits par le MG 10 « *mais je me contente de l'amoxicilline en précisant posologie, modalités de prise, durée et indications*»
- A contrario, évités par le MG 1: « *Ca oblige à consulter et pas laisser traîner. Faut surtout pas qu'ils s'auto traitent durablement, absolument pas.*» MG 1
- La position la plus fréquente est de s'adapter aux conditions de voyage, aux antécédents du patient et à son niveau de compréhension
  - « *Des pays où il y a des médicaments contrefaits. Pour une automédication lors de situations délicates.* » MG 7

### ➤ Le traitement chronique

Des dispositions logistiques sont prévues par les MG :

- « *Je m'assure qu'ils auront assez de médicaments pendant leur séjour.* » MG 2
- « *Le pharmacien est obligé de tricher pour délivrer 3 mois de traitement en repassant la Carte Vitale 1 mois après.* » MG 1
- « *Emporter leur médicaments et les fractionner en cabine et en soute.* » MG 10
- « *Pour ne pas avoir de problème vis à vis des contrôles de police. Avoir des ordonnances en DCI pour se les procurer.* » MG 14
- « *Faire au mieux pour la compliance. Je les informe sur les moyens de conservation de leurs produits. Fournir une ordonnance en anglais* » MG 19

### ➤ Le coût de la prévention

- ✓ Tous les MG interrogés informent du budget non négligeable de cette pharmacie.
- ✓ Ce qui ne représente pas une contrainte pour 6 MG.
  - « *Les gens prêts à se payer un voyage, sont prêts à payer les vaccins...* » MG 10
- ✓ Pourtant, MG24 évite le « Non Remboursé » (NR) pour améliorer la compliance.
  - « *Parce que je sais bien que sinon, les patients ne le feront pas.* » MG 24
- ✓ 4 précisent systématiquement « NR » sur l'ordonnance :
  - « *Vous n'êtes pas malade! Je donne l'autorisation de délivrer les médicaments mais pas la validation de remboursement pour une maladie que vous n'avez pas.* » MG 9
- ✓ Certains sont même agacés par les patients récalcitrants (3):
  - « *Ils disent "C'est pas normal. Si on est malade, la Sécu va devoir payer nos traitements." Faut arrêter! C'est vous, qui décidez de partir donc assumez jusqu'au bout. Ça leur plaît pas de dépenser pour ça. Un peu stupide*» MG 27

- ✓ En revanche, le coût peut gêner la prévention, surtout des migrants (5):

*« Une famille qui rentre au Sénégal... 40€ la Malarone® par personne + le vaccin fièvre jaune. Un coût à intégrer au voyage! Ça peut être un frein.» MG7*

*« Je fais quelque chose qu'il ne faut pas: mettre de la vibramycine pour les familles nombreuses qui n'ont pas les moyens... » MG 15*

#### d. La question du retour de voyage parfois oubliée

De l'aveu de 5 MG, le thème est peu ou pas abordé bien que le MG n°2 souhaite s'améliorer :

*« Je n'ai pas le réflexe d'anticiper sur une éventuelle crise de paludisme, en expliquant les signes. Il faudrait que j'explique les motifs de consultation au retour de voyage. »*

- 4 autres MG n'y voient **pas d'intérêt**
- faible prévalence : *« C'est des petits aléas secondaires. » MG 13*
  - *« Parce qu'une fois rentrés, ils peuvent consulter facilement. Si ça doit se présenter, ça se présentera. » MG 14*
  - Les patients ne seraient pas réceptifs : *« Déjà s'ils se rappellent de garder une semaine de Malarone® au retour, ça serait déjà gros... Dire "Toute fièvre, n'oubliez pas, peut être un paludisme ?!..." Ca passerait pas. » MG 9*
  - Pour ne pas affoler les patients : *« On va pas gâcher la vie des gens.» MG 6*

10 MG évoquent les **signes d'alerte** motivant une consultation:

La fièvre en 1<sup>er</sup> intention

*« S'il y a une modification de leur état de santé qui ne s'explique pas, ne pas hésiter à consulter et ne pas traiter cela par le mépris » MG 1*

*« Qu'ils ne gèrent pas ça tous seuls en se disant, j'ai mal à la tête et j'ai eu chaud dans l'avion, c'est une insolation. » MG 11*

Au travers de la prescription d'antipaludéens (5)

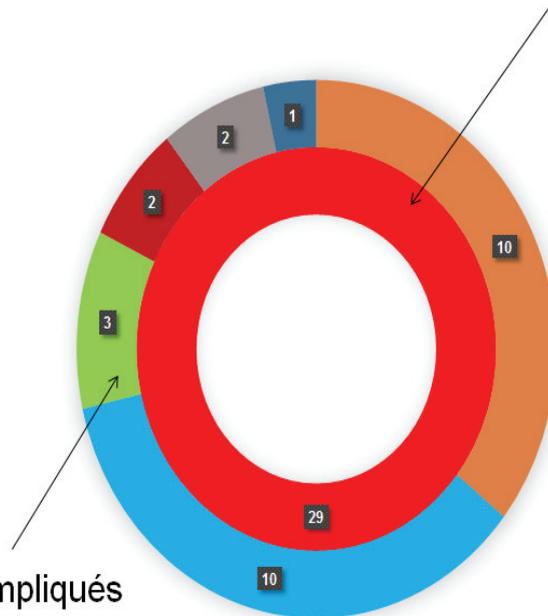
*« J'explique le petit cycle du Plasmodium. "Attention, c'est pas parce que vous êtes rentrés que vous ne risquez pas d'avoir une crise. Donc il est important que vous preniez les produits après." » MG 10*

Seul le MG 7 me dit signaler les signes de suspicion d'embolie pulmonaire.

## II. La demande émanant du patient

### a. A qui s'adresse-t-il en premier recours ?

A l'unanimité, le MG a un rôle primordial  
«j'imagine pas le patient aller voir quelqu'un d'autre que son MG pour mettre à jour ses vaccins et les conseils pour les voyageurs...» MG 17



#### Autres acteurs impliqués

##### Agences de voyage (10)

Ressource pour certains « Leur petites fiches pratiques. Ça facilite totalement. » MG 14  
Ou conflit d'intérêt « Ils arrondissent les angles et disent qu'il n'y a besoin de rien » MG 13

Internet (10) « La 1ère source d'information avant même de consulter. » MG 11

##### Centres spécialisés (3)

##### Amis, famille (2)

##### Pharmacien (2)

##### Guides de voyage (1)

### b. L'abord de la question

La question survient souvent de façon opportuniste (10) voire en fin de consultation (4):

« Tu connais des patients qui viennent spécialement pour ça?? (sourire) » MG 4

« J'en choppe au vol "Ah oui, au fait... je pars en Inde..." entre la poire et le fromage.

Mais attendez là, Oh, oh... y a des choses à voir !!! » MG 8

Mais, elle devient, de plus en plus, le motif principal de consultation (8).

Le levier de départ est souvent le vaccin (5). Le MG 9 va même jusqu'à dire : « s'il n'y a pas de vaccination, ils ne viennent pas »

### c. Des patients aux profils variés

« Des gens qui s'organisent 6 mois à l'avance et ceux qui se rendent compte, 2 semaines avant, qu'ils n'ont pas fait de vaccins... » MG 24

« Les très avertis et ceux qui réalisent pas trop ce que ça implique » MG 27

#### LA 1ERE FOIS QU'ILS VOYAGENT

« un peu plus attentifs aux conseils » (MG 2)

« craintifs plus qu'explorateurs ; tendance plutôt à en rajouter » MG 11

mais « beaucoup de choses à voir surtout si on les connaît pas » (MG 3)

#### VOYAGEURS CHRONIQUES

« ont beaucoup de notions, leurs sites et références » (MG 11)

mais « ont l'impression de tout connaître » (MG 2)

sans pour autant adopter l'attitude préconisée :

« Ce prof d'histoire géo parti en Afrique sans prophylaxie. A son retour, on m'appelle pour une grippe et c'était un paludisme. Il fait partie de ses gens trop intelligents qui en savent autant que moi, si ce n'est plus ... Il connaissait le palu !! Mais pensait qu'en saison sèche il n'avait pas de risque. » MG 26

### d. Les attentes du patient

En grande majorité, les patients viennent pour des conseils généraux (17)  
en tête de liste: la prévention et le traitement des troubles digestifs (10)

Nombreux sont ceux qui viennent avec  
des recommandations de tiers (19)  
En revanche, ils évoquent rarement  
d'emblée la question du paludisme

La demande qui suit immédiatement est la  
prescription de la pharmacie de voyage (9) avec  
souvent une "liste de courses" pré-établie (8)



### e. Ceux qui ne consultent pas

16 MG signalent des patients partis en voyage sans leur en avoir référé avant:

non demandeurs  
(5)

« Souvent les patients n'en parlent jamais, on le sait après. On ne les a jamais vu.» MG 3

non conscients des risques (6)

« C'est une catastrophe ! Certains reviennent avec des paludismes qu'on aurait pu éviter. Mais ceux-là, je pense qu'ils ne viennent même pas consulter. Ils imaginent qu'aller faire le tour du monde n'est pas plus compliqué que prendre le métro pour visiter Paris.» MG 10

désinvoltés  
(5)

« Leur bêtise, leur ignorance, un frein immense.» MG 21

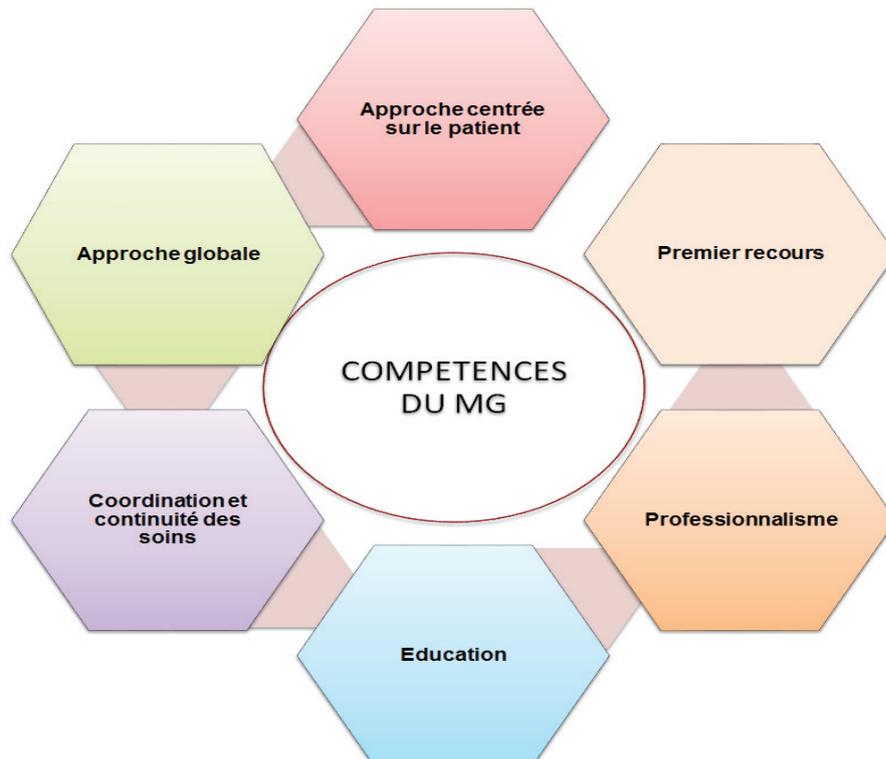
Les médecins l'expliquent surtout par le fait que les patients soient en bonne santé :

"Une ambivalence pas simple : placer le MG au sein d'une personne en bonne santé..." MG3

"Docteur j'y ai habité, j'en ai jamais eu besoin, pourquoi vous m'embêtez avec ça?" MG 13

Et/ou non disponibles : « Il travaille et n'a pas forcément le temps d'aller consulter » MG 14

### III. Les compétences professionnelles du MG

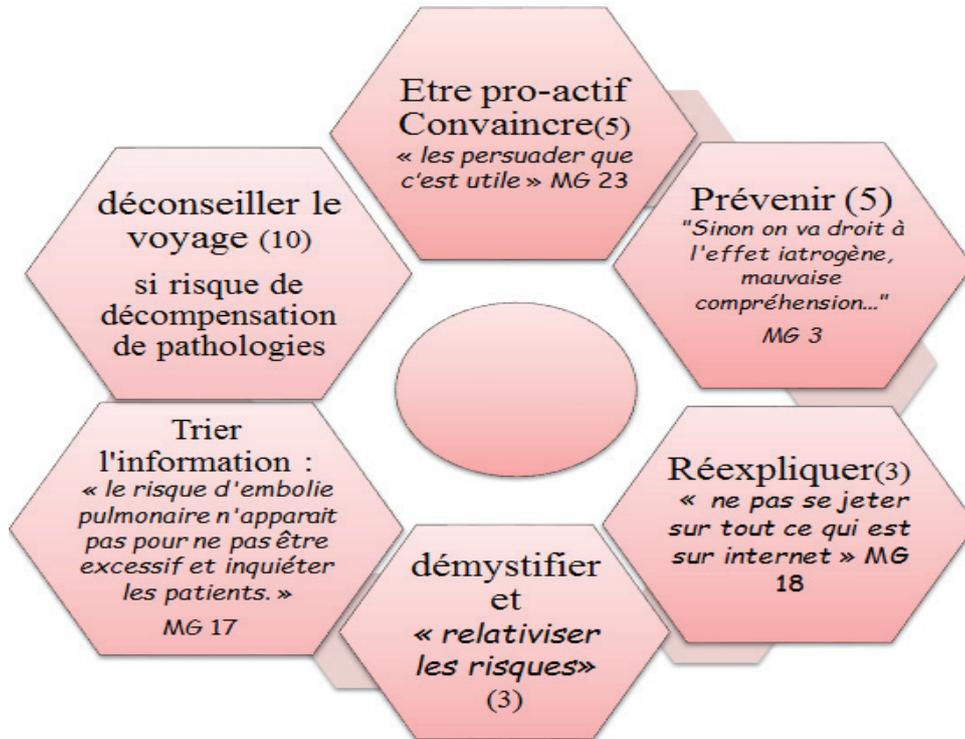




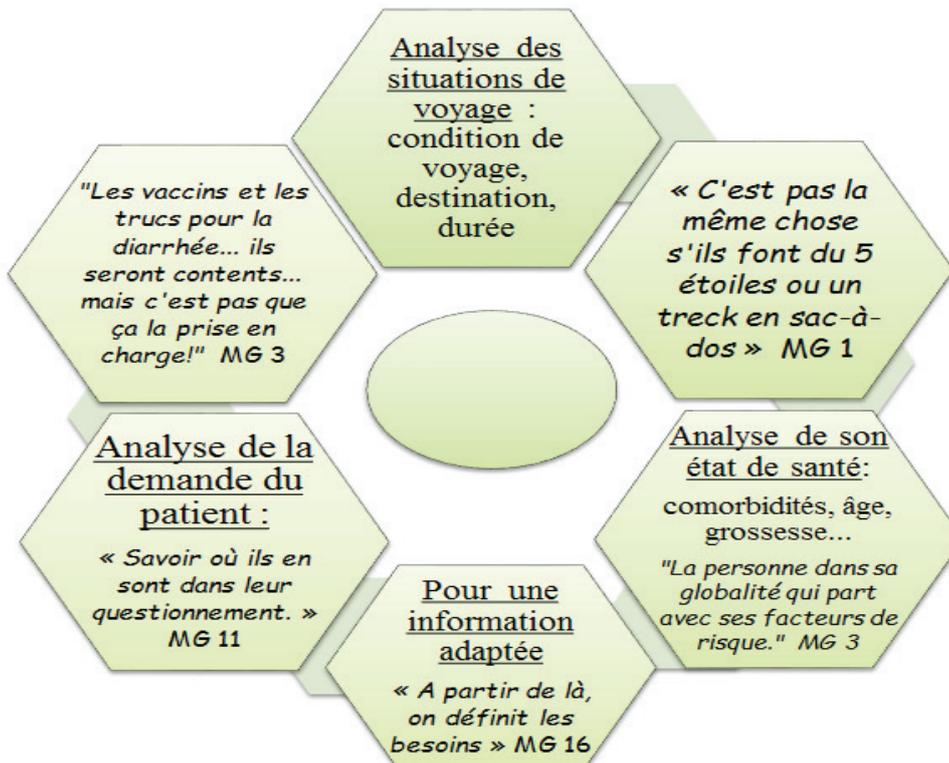
### a. Approche centrée sur le patient

Pour les 29 MG interrogés, la compétence relationnelle s'est construite au fil de l'expérience.

La communication est l'outil indispensable dans la relation de confiance avec le patient.



### b. Approche globale



### c. Coordination et continuité des soins

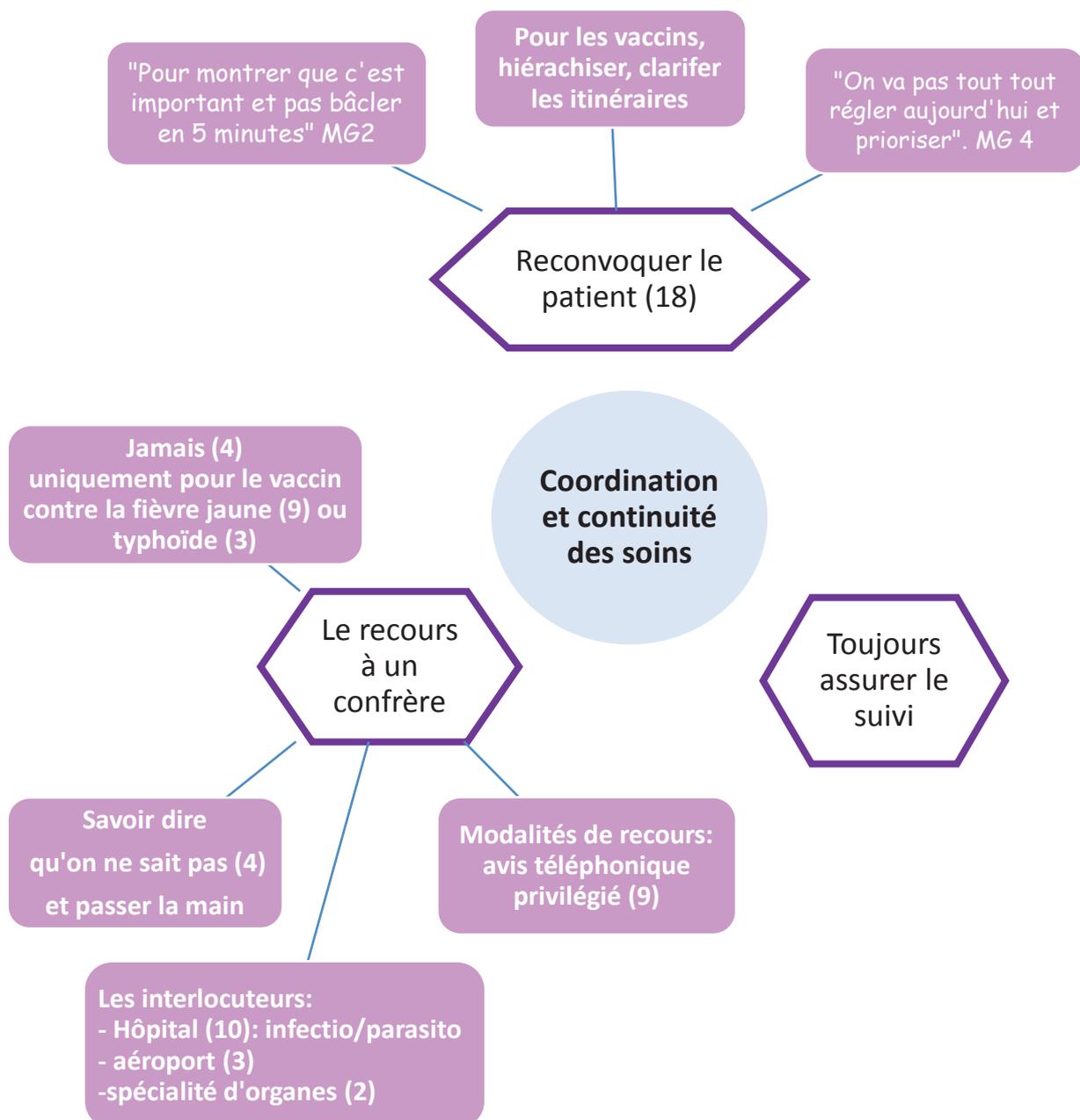
L'avis téléphonique (9) des spécialistes de l'hôpital est souvent sollicité.

« Ça peut être un renseignement ciblé. » MG 3

« Je leur demande de les appeler pour avoir une information claire et que le CHU me réponde par fax. Je revois le patient avec tous les conseils proposés. Ça évite aux gens de se déplacer sauf si vaccin obligatoire contre la fièvre jaune.» MG 2

Lorsque les patients sont adressés en centre santé-voyage, nombreux sont ceux qui consultent à nouveau leur MG pour en rediscuter. L'avis spécialisé constitue alors un référentiel :

« Ils avaient des ordonnances et j'en profitais pour faire des copies pour voir un petit peu ce qui était intéressant. Voilà, c'est au fur et à mesure qu'on apprend » MG 14



Les consultations – voyage de l'aéroport sont en revanche, peu connues ou évitées (8) :

- Manque d'accessibilité : « *Surchargé ou fermé, contraintes horaires... En infectiologie, ils sont joignables et très ouverts.* » MG 11
- Manque de disponibilité : « *ils m'avaient répondu « envoyez-les nous si vous ne savez pas prendre en charge. On ne donne pas de conseils par téléphone.* » À l'hôpital, ils sont plus à l'écoute, plus dispos, on les a facilement. » MG 18
- Manque de légitimité : « *Si j'ai besoin d'information médicale sur le sujet, je vais pas appeler un autre MG comme moi qui bosse à l'aéroport. Si c'est pour prendre des référentiels et les appliquer, on peut faire aussi bien qu'eux...»* MG 8

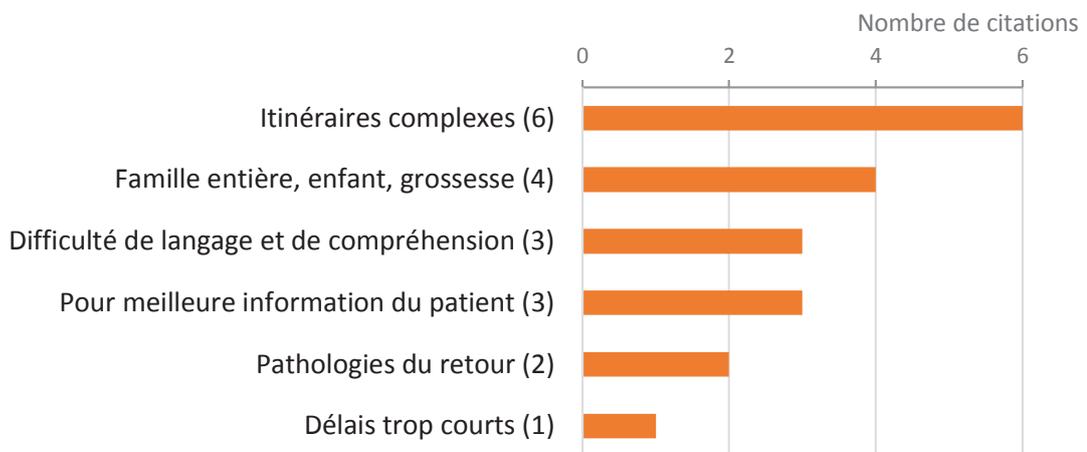
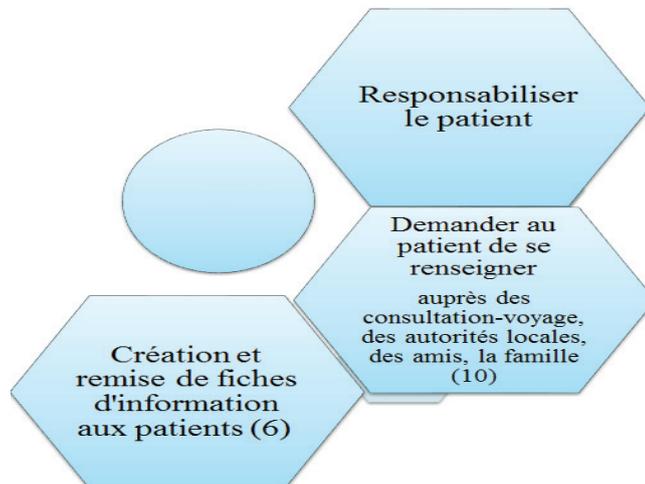


Figure 11: Situations amenant le MG à orienter vers un confrère

« *Ce n'est pas pour me délester mais c'est plus simple aussi pour eux pour l'information, les médicaments, les effets secondaires, les contre-indications...* » MG 14

#### d. Education du patient



## e. Professionnalisme



### ➤ Formation initiale et continue

Le sujet est peu développé dans la formation initiale selon les médecins (8) :

« Elle était de mon temps, quasi inexistante. » MG 8

Certains pensent nécessaire d'enrichir la formation continue (6):

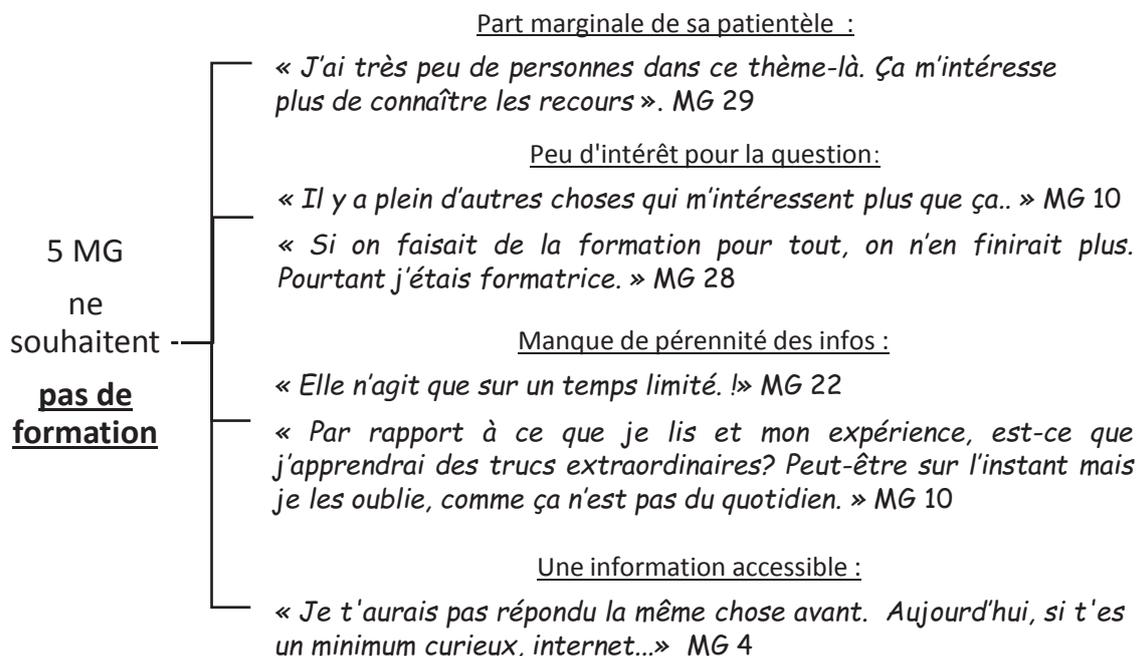
« Il faut que nous soyons formés car on en voit. Il y a des nouveautés. » MG 2

« Même avec la volonté, il existe très peu de DU ou de FMC sur le sujet. » MG 1

Cependant, ils manquent de disponibilité pour assister à ces formations (3) :

« Les séminaires c'est contraignant. Pour la continuité des soins, s'arrêter 1 jour, s'organiser, chercher un remplaçant, c'est compliqué. » MG 24

« Ca m'intéresserait vraiment. Mais pas un séminaire car ça dure 2-3 jours... Plutôt 2h de cours le soir, régulièrement... » MG 15



➤ La mise à jour des informations, une nécessité

✓ Si l'utilité d'une formation spécialisée fait débat, les MG sont unanimes sur l'importance de sources documentaires claires et valides.

✓ La vérification systématique des actualités étaient réalisées par 8 MG, sans relation avec leur âge ou le statut de maître de stage. Les raisons essentielles étaient l'étendue des connaissances et leur évolution constante.

*« C'est plus facile de vérifier pour être sûre que de retenir » MG 17*

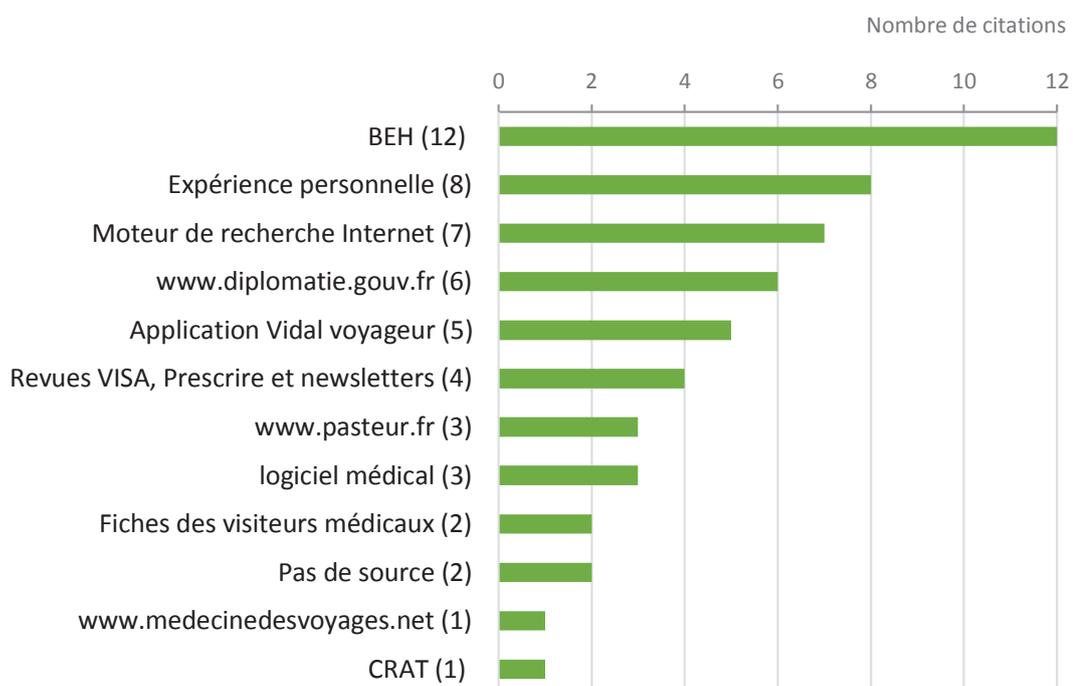
*« Parce que naturellement, je suis pas au courant de tout ce qui se fait » MG 10*

*« Exemple bateau: le calendrier vaccinal change tout le temps, en ne changeant pas vraiment, tout en changeant. » MG 20*

✓ Les sources d'informations citées étaient très diverses mais parfois peu précises. L'accessibilité immédiate du moteur de recherche internet était privilégiée. 2 médecins admettaient méconnaître les sources alors que 2 autres n'actualisaient pas les données.

*« J'ai des petits livrets de labo qui doivent dater d'une dizaine d'années, il y a les vaccins, les zones impaludées ou pas. C'est déjà une bonne base. » MG 13*

*« J'avoue que je suis très Malarone®. A une époque c'était le Lariam®. J'avoue que je ne suis pas toujours l'évolution... » MG 28*



**Figure 12: Sources d'information citées par les MG**

✓ Parmi les douze praticiens citant le BEH, 8 consultent le calendrier vaccinal mais pas le numéro consacré aux recommandations sanitaires pour les voyageurs, méconnu de 20 MG. Ils sont 4 à le considérer comme référence mais déplorent une lecture peu pratique.

*« Fastidieux. Se taper le sommaire. Les tableaux de travers, on ne peut pas changer l'orientation...c'est galère. Voilà pourquoi je ne le regarde pas.» MG 24*

*« Ils sont 30 à plancher dessus et sortent une substance au bout de plusieurs semaines. Eux-mêmes, ils la connaissent pas par cœur et ils veulent qu'on l'assimile et qu'on l'utilise » MG 20*

✓ L'individualisation des conseils par pays est appréciée des MG interrogés qui signalent le site du Ministère des Affaires étrangères ([www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr)) permettant d'élargir la discussion à d'autres domaines que la santé.

✓ Le site [www.medecinedesvoyages.net](http://www.medecinedesvoyages.net) a été repéré par la possibilité de personnaliser les conseils et la prescription en fonction des renseignements cliniques du patient.

✓ L'information sur la disparité des prix et les effets indésirables des antipaludéens était donnée par des MG qui avaient été confrontés, eux-mêmes, à la question. L'expérience personnelle a permis de créer un lien avec le patient qui connaît l'intérêt de son MG.

*« Comme je suis un pigeon voyageur... Je suis au courant de tout ça.» MG 25*

*« J'ai un copain médecin qui avait arrêté la chloroquine 1 semaine après son retour et qui a attrapé un palu de feu de Dieu. C'est un peu sévère comme formation mais bon... » MG 29*

*« Le petit frein pour le palu, c'est les effets secondaires digestifs. Pour l'avoir pris, ça secoue. Ce n'est pas rare que les patients le prennent mal ou pas jusqu'au bout. » MG 1*

✓ Le jugement personnel du MG peut être parfois un frein à la prévention :

*« Un copain qui fait les vaccinations à l'aéroport m'avait conseillé l'Insect Ecran. Donc bête et disciplinée, je l'ai fait. Mais sinon, pour les patients, je conseille l'essence de citronnelle à plusieurs endroits du corps, c'est pas cher et efficace. » MG 28*

<p>▪ <b>une information dispersée</b> (6)</p>	<p><i>« Il nous faut toujours, aller pêcher l'information.» MG 2</i> <i>« On a le nom de la molécule quelque part mais après la poso, on trouve ailleurs... c'est jamais regroupé » MG 19</i></p>
<p>▪ <b>contradictoire ou «excessive»</b> (5)</p>	<p><i>« Le problème, c'est qu'en France, on a tendance à ouvrir le parapluie. Bon 1 comprimé par semaine, c'est pas tuer mais bon... Mais est-ce que c'est vraiment utile, je ne sais pas... » MG 16</i> <i>« il faudrait quasiment être vacciné même en Suisse (rire) » MG 7</i></p>

Figure 13: Principales réserves des MG concernant l'information

#### IV. Les besoins des médecins

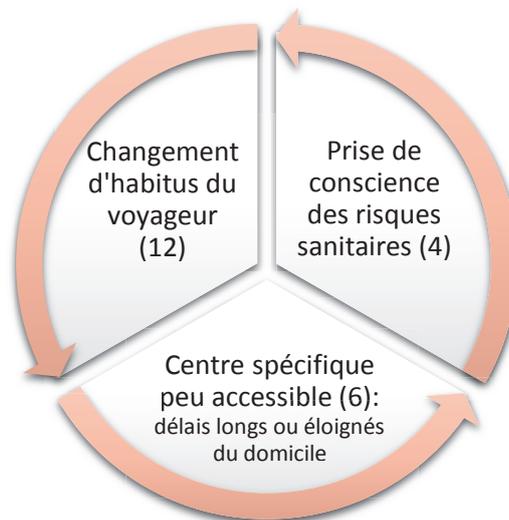
##### a. Besoins organisationnels

➤ Face à une demande croissante liée à l'évolution des comportements

Les voyages se démocratisent (5) avec plus de pays visités et de situations complexes (3).

« De plus en plus, des patients âgés décident d'aller en haute montagne en treks » MG 7

Bien que la majorité des patients programment assez tôt leur consultation avant le voyage (8), les MG sont de plus en plus confrontés à des délais raccourcis. Avec internet, les ventes de voyages en dernière minute (4) se multiplient et représentent un obstacle à la préparation (11) notamment pour le protocole de vaccination.



➤ Des consultations chronophages (17)

Devant la multiplicité des motifs lors d'une consultation (6) et les situations particulières (4)

« Ils attendent 2 heures en salle d'attente puis ils ont une montagne de demandes qui prend encore un temps fou. » MG 20

« Un patient fidèle avec un superbe dossier et tous les vaccins à jour ça va plus vite. » MG 3

##### b. Besoin d'adhésion du patient

On perçoit une lassitude des MG (6)

« Les conseils on les donne. On n'est pas là pour vérifier qu'ils sont appliqués. » MG 1

« Il faut toujours un petit pourcentage de perte dans la pédagogie.. ». MG 9

Et une difficulté à convaincre le patient de l'intérêt de la prévention (11)

« Parfois, on se demande du coup, mais pourquoi ils viennent. Ils ne veulent pas les vaccins, ils ne veulent pas les traitements... "Mais quelle était votre question?" » MG 11

### c. Besoin de reconnaissance

des autorités et l'opinion publique (4)	du patient qui ne sollicite pas assez son MG (5)
<ul style="list-style-type: none"><li>• « Ce n'est pas un objectif de santé publique. » MG 6</li><li>• « On rend un vrai service aux gens pour une fois sans leur donner des médicaments, sans les assener de reproches. » MG 1</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• « Une minorité de gens nous pose la question lors du projet de voyage avant de prendre le billet. On n'a pas d'autorité. Souvent les gens ont payé d'avance. » MG 6</li></ul>

### d. Besoin de valorisation

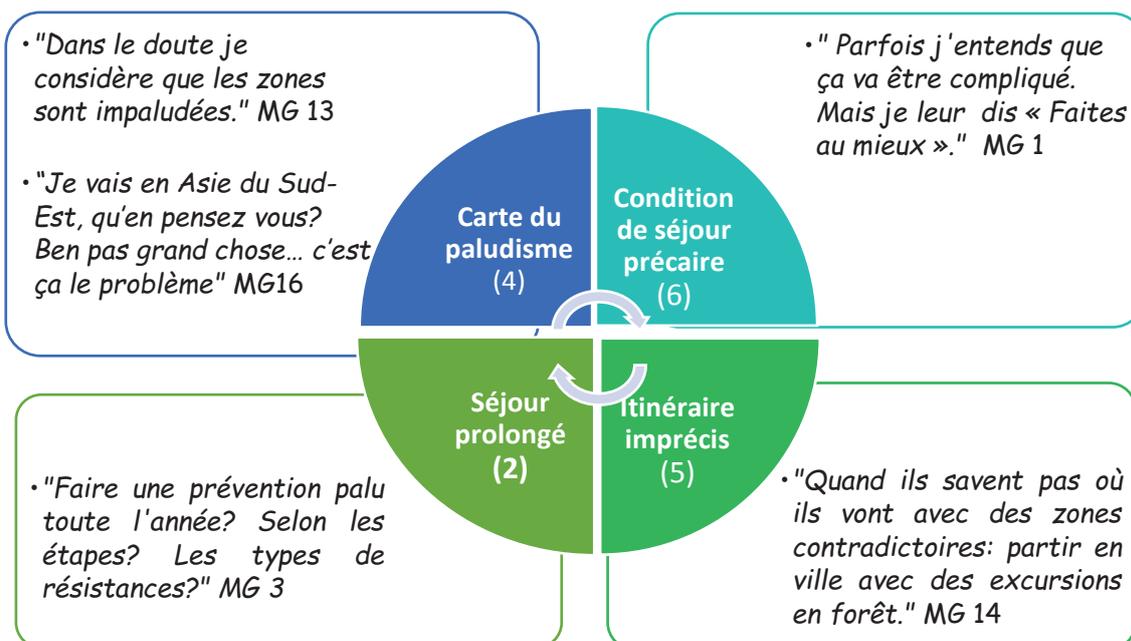
3 MG font part du souhait d'une revalorisation de la rémunération en matière de prévention.

*« On peut pas prendre 40 minutes pour 23 euros. On ne nous donne aucun moyen. Après les institutions sont surprises que les médecins traitants ne prennent pas le temps de faire la prévention. Là c'est plus que mal rémunéré... ce n'est pas prévu ! » MG 1*

Une rémunération spécifique équivaldrait à une reconnaissance d'une certaine compétence.

### e. Besoin d'aide à la décision

➤ Complexité de la prescription selon les modalités de voyage



La consultation est plus aisée lorsque le séjour est balisé (11).

➤ Situations cliniques particulières

Ceux qui voyagent le plus, seraient généralement jeunes actifs ou retraités en bonne santé (12). Mais certains profils de patients sont sources de complexité :

<b>Pathologie chronique (11)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• « Les insuffisants respiratoires ou cardiaques... Encore plus chez eux, la consultation avant voyage est importante, avant même de prendre la décision d'aller. » MG 1</li><li>• « les AVK en Inde, moi, je le sentais pas bien... » MG 8</li></ul>
<b>femmes enceintes (11)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "La femme enceinte, c'est chiant.." MG 8</li><li>• "La 1ère chose à faire c'est de les dissuader de partir. C'est une consultation horriblement difficile. Parce que tous les cas de figures sont rencontrés : phlébite, infectieux..." MG 7</li><li>• "J'ai eu du mal à trouver l'info, ce que je pouvais lui donner." MG 19</li></ul>
<b>Enfant (6)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "J'ai eu un cas particulier: prévention du palu chez un nourrisson. J'ai trouvé une reco de la Société Française de Pédiatrie. Mais quand j'ai eu ce problème, j'étais très embarrassé." MG 10</li><li>• « Sur les traitements antipaludiques: à quel âge c'est contre-indiqué... la galénique utilisée, est ce que c'est en sirop ? » MG 14</li></ul>
<b>patients non suivis (4)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "les gens viennent pour les vaccins, mais les gens on les connaît pas bien, leur état de santé..." MG 6</li></ul>
<b>population migrante (4)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "C'est ceux là les plus pénibles! Comme ils y vont 2 mois tous les 3 ans, et qu'ils sont bien, ils comprennent pas pourquoi on leur dit ci et ça" MG 13</li><li>• "C'est pas un voyage, ils rentrent chez eux. Ce n'est même pas une préoccupation. D'ailleurs, je ne crois pas qu'on prévienne le palu chez les Africains qui retournent chez eux." MG 9</li></ul>
<b>usager de drogues (1)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Par exemple, le patient qui part avec sa méthadone. Alors en plus des conseils, vous avez des certificats à faire, à traduire en anglais. Il y a quand même des conséquences juridiques, policières. On est amené à rencontrer ce genre de situation " MG 20</li></ul>

A noter que seuls 7 des médecins interrogés déclaraient avoir dans leur patientèle, une population migrante.

Seuls 5 MG déclarent n'éprouver aucune gêne lors de ces consultations.

## V. Des propositions d'amélioration

### a. A destination des patients

Les MG interrogés s'accordent sur l'importance d'une consultation programmée dans un délai raisonnable. En revanche, les canaux d'information et le format font débat entre les praticiens et voire dans l'esprit du même MG.

Propositions	Remise en question de l'idée
« Lors des vaccins courants, préciser que s'ils sont amenés à voyager dans certains pays, il y aura d'autres vaccins. Ce sont des choses assez simples à réaliser. » MG 2	« On ne peut penser à dire à tous les patients: "Si jamais vous voyagez, venez consulter" ! » MG 25
<p>Contacter le patient automatiquement après un achat de voyage sur internet (5)</p> <p>« Système de message électronique ou SMS qui les avertit après la validation de l'achat. Ils réagiraient plus vite. » MG 2</p>	
Affichage dans les salles d'attente, pharmacie et agences de voyages (3)	« Pff, il faut savoir combien de personnes lisent les affiches !! » MG 24
<p>campagne de publicité télévisuelle et radiophonique grand public (3)</p> <p>« Comme "Les antibiotiques, c'est pas automatique". Parce que ça concerne la plupart de la population. » MG 10</p>	« Il faut être réceptif à l'information. Si ça ne les concerne pas, ils n'en tiennent pas compte et donc pas retenir... » MG 24
des fiches adaptées, traduites en plusieurs langues (3)	«ça va être difficile de faire une fiche pour tout le monde et n'importe quel pays» MG 7
<p>via les agences (5)</p> <p>« C'est leur souci que le client revienne en bonne santé donc ils doivent se pencher sur la question. » MG 29</p>	<p>Crainte du conflit d'intérêt (3)</p> <p>« Je doute que les agences marchent dans la combine ; parce que renvoyer vers un MG, ça voudrait dire qu'il y a un risque » MG 13</p>
<p>via les assurances (3)</p> <p>« un service médical attaché qui puisse remettre une fiche médicale aux voyageurs » MG 29</p>	« euh j'en sais rien...C'est plus trop leur métier... » MG 29
<p>A part, le MG 9 propose qu'il y ait moins de voyages et de moins médicaliser :</p> <p>« Je pense que le voyage de masse fait perdre de la qualité. Si on diminuait la facilité des voyages dans des pays exotiques, on diminuerait le risque.»</p>	

## b. A destination des médecins

### ➤ Modifier la nomenclature des actes

1. Créer le titre de conseiller en voyage (MG 20)
2. Déremboursement de la consultation (MG 9)
3. Consultation dédiée et cotation spécifique (MG 1)

« Le jour où ça sera reconnu, qu'il y aura un temps dédié, une rémunération dédiée, peut être que ça sera un peu plus fait. »

Inutile pour MG 10, bien qu'il estime légitime le remboursement:

« multiplier la nomenclature... Est-ce que ça se justifie de revaloriser cet acte par rapport à une consultation normale ? (haussement d'épaule).

Moi si on m'augmente le tarif de la consultation, je suis toujours preneur »

Inapproprié pour 3 médecins :

« Un acte dédié est impossible en médecine générale. Tu ne vas pas lui dire "Attendez je vous donne un autre rendez-vous pour parler de ça..." » MG 4

### ➤ Améliorer les outils d'information des MG

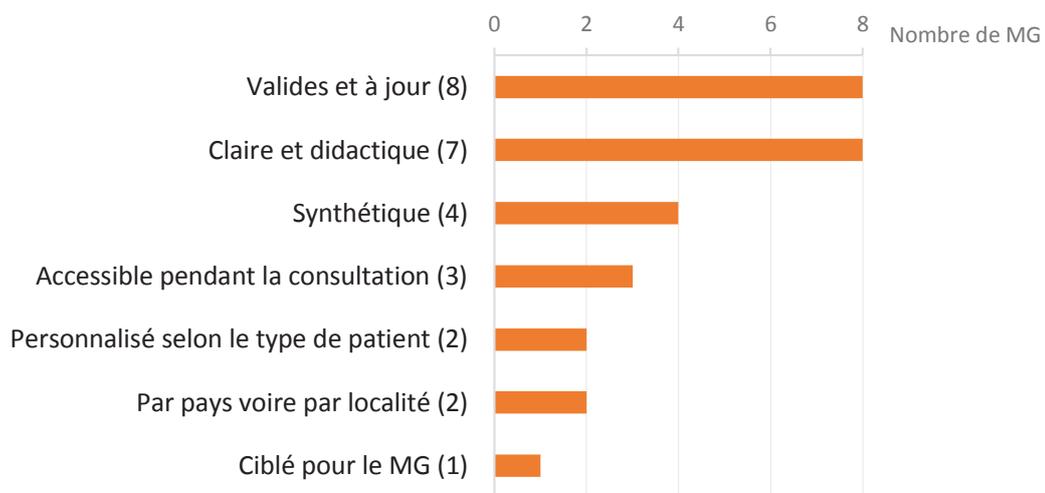


Figure 14: Caractéristiques souhaitées par les MG pour leurs sources d'information



« Ce qui serait intéressant, ce serait un module qui fait le lien avec notre logiciel métier... une interface qui va chercher les données du patient dans le dossier ouvert. Et ensuite ça te sort une fiche pour tel pays et telle zone que tu peux imprimer avec l'en-tête du médecin. » MG 29

Type de support	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ format papier envoyé au MG (5)</li><li>✓ intégration au logiciel métier pour sécuriser les interactions avec les traitements, antécédents et allergies du patient (3)</li><li>✓ site internet validé par les autorités (3)</li><li>✓ un guideline pour n'oublier aucun thème à aborder (2)</li><li>✓ application mobile pour une navigation rapide et personnalisée (2)</li></ul>
Contenu recherché	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ vaccinations recommandées par pays (18)</li><li>✓ carte des zones impaludées (18)</li><li>✓ Références validées avec liens internet (10)</li><li>✓ molécule et adaptation posologique : grossesse, enfant (9)</li><li>✓ différents répulsifs contre les moustiques (5)</li><li>✓ prévention des phlébites, recommandations et anticoagulation (3)</li><li>✓ Question géopolitique (3)</li><li>✓ autres pathologies selon la région : prophylaxie des méningites, fièvre jaune, rickettsioses, la rage (2)</li><li>✓ mal d'altitude, barotraumatisme en plongée ou avion (2)</li><li>✓ nom commercial des spécialités des vaccins et traitements (1)</li></ul>
Concepteur	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Les centres de consultations « santé voyage » (4)</li><li>✓ L'ordre des Médecins (1)</li><li>✓ Discussions entre pairs et partenariat avec médecins étrangers (1)</li></ul>



« Je pense qu'à faire trop de guidelines, on finit par ne plus réfléchir. Ça me paraît tuer l'acte intellectuel et empêcher les gens d'être curieux. Nous ne sommes pas des officiers de santé avec des algorithmes à appliquer » MG 4

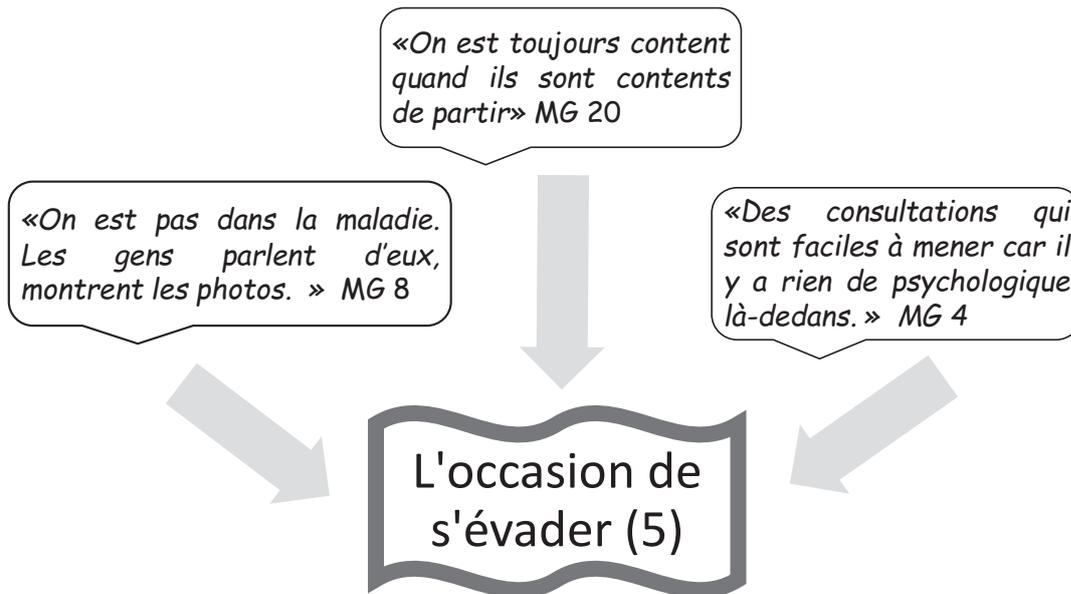
## VI. Une consultation appréciée

La consultation du voyageur est une consultation de prévention complexe et vaste.

*« Elle requiert des connaissances géographiques et épidémiologiques pointues » MG 20*

*« C'est vraiment une consultation spécialisée » MG 7*

Pourtant la thématique intéresse les MG car elle aborde le patient par une autre dimension (8).



Elle répond au besoin du médecin de ressentir la satisfaction du patient :

*« Les gens voient qu'on est en capacité de répondre à leurs questions ». MG 1*

De plus, elle donne l'accès à des gens qui ne consultent pas habituellement (4).

*« C'est souvent l'occasion de faire le point sur pas mal de choses car c'est souvent une catégorie de patients qui consultent peu car peu malade. Refaire le point sur des antécédents familiaux d'HTA, de diabète. On peut proposer de faire un petit bilan avant le départ. » MG 10*

*« Je me disais "la thèse sur le conseil aux voyageurs, bof". Mais c'est hyper intéressant si on sort uniquement du conseil. Il y a une voie à ouvrir sur "comment le généraliste peut accompagner son patient avant, pendant, après?" » MG 3*

## **Discussion**

De nombreuses évaluations des connaissances des professionnels sur le conseil aux voyageurs et en particulier la chimio prophylaxie antipaludique ont été réalisées. En revanche, rares sont les études s'intéressant aux attentes du médecin généraliste.

Bien entendu, on ne peut définir l'ensemble des besoins des médecins dans le domaine à partir des propos de 29 d'entre eux. La méthode qualitative a semblé la plus appropriée car elle permet de limiter le biais de suggestion des questionnaires. Les principaux résultats rejoignent ceux d'une étude nantaise en focus groupe de 2008<sup>18</sup>. L'entretien semi-dirigé a favorisé l'apparition de thématiques originales (nomenclature des actes et besoin d'évasion des médecins) et d'idées innovantes (intégration d'un outil dans le logiciel métier).

Un biais de sélection peut apparaître devant la proportion de maitres de stage recrutés pour limiter le nombre de refus. Ma qualité d'interne a pu influencer les réponses mais aussi faciliter la confiance, d'autant plus que deux d'entre eux avaient été mes enseignants. La proportion de médecins femmes était plus importante que la répartition sur le territoire (38 versus 35%)<sup>19</sup> : un choix délibéré pour diversifier les points de vue d'une profession qui se féminise<sup>20</sup>. Au final, les opinions étaient variées au sein des catégories socio-professionnelles.

Ma mince expérience en tant qu'investigateur est source de biais d'interprétation. D'ailleurs, l'analyse des entretiens a été complexe devant les contradictions dans le discours, parfois dans une même phrase. Mais, la technique de recueil s'est améliorée au fil des réécoutes consciencieuses de chaque entretien et des concertations avec L.Benkiran, thésarde également. Les erreurs ont été identifiées et corrigées (suggestion ou absence de relance pertinente).

Malgré la disparité des durées des entretiens, tous ont manifesté une implication personnelle (utilisation du « je », exemples réels de consultation). Chaque nouvelle idée était soumise aux médecins suivants, en fin de discussion. Cette dynamique permise par la méthode qualitative, a généré une réflexion perpétuelle entre les médecins et moi. Chaque étape de l'étude a été validée par la « cellule qualitative » du Département de Médecine Générale de Nice.

L'obtention de la saturation des idées montre que les principaux éléments ont été enregistrés. Les thématiques ont été définies en s'amendant complètement des questions posées.

Par manque de moyens, je n'ai pas réalisé de triangulation de l'analyse par un autre chercheur. Il n'y a pas eu de rétro-vérification de l'analyse par les médecins interrogés, bien que, tous ont émis le souhait de recevoir la synthèse de ce travail.

En revanche, au cours de mon travail, j'ai collaboré avec C. Minot réalisant une thèse quantitative auprès de 116 médecins généralistes et de médecins de 16 Centres de Vaccinations Internationales (CVI) de la région PACA, sur leur place dans la prévention des maladies du voyageur<sup>21</sup>. Comme dans mes entretiens, les difficultés principales concernaient la prescription de la chimio prophylaxie antipaludique (57,4%) et des vaccins (48,5%).

Bien que l'accent fût mis sur la protection contre les piqûres de moustiques, j'ai constaté une faible information des patients sur la gravité potentielle d'une fièvre au retour de voyage. Pourtant, l'accès palustre est à évoquer jusqu'à preuve du contraire. Aucun n'a parlé non plus de la dengue.

Ces lacunes ont également été décrites dans une thèse qualitative sur les besoins de formation sur ce domaine des médecins généralistes nantais en 2011<sup>22</sup>.

La volonté de mise à jour des connaissances est confrontée à la méconnaissance des références.

Plusieurs médecins se disent peu à l'aise avec certaines populations-cibles (femme enceinte ou enfant) alors que les recommandations du BEH existent sous forme de tableaux. Rappelons que 20 des 29 médecins méconnaissaient le numéro consacré au conseil aux voyageurs. Dans l'étude quantitative, 18,1% des médecins citaient le BEH comme référence alors qu'Internet est utilisé par 72% avec les mêmes sites web cités<sup>21</sup>. Au Royaume-Uni, 28% des médecins de famille ne consultaient aucune ressource<sup>23</sup>.

Il y a ainsi une disparité entre le médecin généraliste qui n'éprouve pas de difficulté car il sait où chercher et celui qui se sent démuni face à des situations cliniques particulières alors que l'information est accessible dans les référentiels.

Ces documents ne seraient pas toujours adaptés aux médecins généralistes avec une information trop exhaustive et un format peu interactif. En outre, l'influence des visiteurs médicaux est à prendre en compte car les noms de spécialités pharmaceutiques n'y sont pas toujours précisés.

Lors de sa formation initiale, l'étudiant en médecine est peu sensibilisé à la consultation voyage. Au programme de l'ECN, sur 362 items : l'item n° 107 aborde les mesures de prévention avant un voyage, les fièvres et diarrhée au retour, l'item n° 102 concerne les pathologies infectieuses du migrant et l'item n°99 traite la prise en charge du paludisme.

Quant à la formation post-universitaire, seuls 10 DU traitent cette discipline. Ils sont répartis en France avec peu de conseils pratiques pour le médecin généraliste. Un seul à Paris 6 et 7 propose un stage en consultation spécialisée. Au Royaume-Uni, seuls 21% des généralistes étaient formés à la médecine de voyage<sup>20</sup>. Ils sont 9% en Nouvelle-Zélande alors que 2/3 des 300 interrogés exprimaient une volonté de formation continue adaptée aux différents modes de voyage<sup>24</sup>. Néanmoins, lorsqu'ils se sont exprimés sur l'organisation d'une formation, aucun format ne faisait consensus et le manque de temps était souvent évoqué. Fort de ce constat, je leur ai demandé de décrire l'outil d'aide à la consultation qu'ils souhaiteraient que je développe.

Lorsque la consultation devient complexe, le recours à la consultation spécialisée peut être de mise. Dans les Bouches-du-Rhône, 56% des médecins s'appuient sur les CVI : soit en demandant au voyageur d'appeler (31%) ou d'y aller (36,2%), soit en appelant eux-mêmes (35,3%)<sup>21</sup>. Ces échanges entre les médecins de ville et les CVI sont à développer.

Cependant, les spécialistes signalent la limite du conseil téléphonique qui ne constitue pas une analyse complète de la situation de voyage. Le médecin généraliste doit délimiter ses compétences et se positionner dans l'organisation des soins. La médecine des voyages est une spécialité à part entière comme la cardiologie à qui l'on adresse un patient en décompensation.

Avant chaque consultation au CVI du CHU de l'Archet à Nice, un questionnaire exhaustif sur les modalités de voyage et l'état de santé du patient leur est remis. L'accent est mis sur le fait que cela ne consiste pas uniquement à une mise à jour des vaccins.

Cette rencontre qui peut durer une heure permettrait d'alléger les consultations de ville lors de situations complexes. La consultation de l'enfant voyageur existe également car elle représente une sur-spécialité assurée que partiellement par les pédiatres<sup>25</sup>.

Le responsable du service souhaiterait développer les échanges par courriel pour une meilleure traçabilité des demandes de conseils par les médecins généralistes et une rapidité des réponses.

78,1% des médecins de CVI attribuent un rôle important au médecin généraliste dans la prévention des maladies liées au voyage<sup>21</sup>. Il est clairement identifié comme interlocuteur de premier recours, bien placé pour fournir des conseils adaptés au voyageur car il connaît ses antécédents, son dossier vaccinal, son mode de vie et sa compliance à ces dit-conseils.

La révision de la 12ème conférence de consensus sur la prise en charge et la prévention du paludisme d'importation en 2007 le place en première ligne. Habituellement, le médecin généraliste cherche à dédramatiser la maladie. Ici, son rôle est d'alerter sur les risques ; dépasser la demande du patient pour s'inscrire dans une démarche de prévention à plusieurs niveaux. Cette consultation est un moment intéressant pour aborder des thèmes tels que la vaccination, les infections sexuellement transmissibles, les maladies thromboemboliques, etc...

La relation médecin-patient est reconnue comme primordiale et cette approche globale est bien définie dans la marguerite de ses compétences<sup>26</sup>.

Cependant, le manque de sollicitation par le patient avant son voyage m'a souvent été déploré. Des freins psychologiques sont souvent évoqués (insouciance, sentiment de ne pas être concerné, absence de symptômes). Or, la croissance de la mobilité et de la prévalence des immunodépressions et maladies chroniques a engendré une augmentation du nombre de patients à risque de décompensation au cours d'un voyage. D'après le réseau GeoSentinel, ceux partant en voyage non-organisé sont plus à risques<sup>27</sup>. Le risque d'accès palustre est quadruplé lors des 2 premiers mois post-partum<sup>28</sup>, la mortalité maternelle et foetale, majorées en cas d'accès palustre<sup>29</sup>. Une attention particulière doit également être portée sur les migrants se rendant dans leur pays d'origine, dénommées VFR (Visiting Friends and Relatives) dans les études anglo-saxonnes.

Les médecins que j'ai interrogés à Toulon et à Marseille étaient confrontés à la problématique du coût des vaccins et de la chimio prophylaxie antipaludique pour les patients d'origine africaine ou des îles de l'Océan Indien. La prise correcte de chimio prophylaxie anti paludique est primordiale sachant que le pic des départs est en saison de haute transmission, même si les formes graves semblent moins fréquentes<sup>30</sup>. En effet, après plusieurs mois de résidence hors zone d'endémie, le patient doit être considéré non immun. La situation des patients migrants a été peu retrouvée chez les médecins des Alpes Maritimes et du Var-Est, hormis quelques patients d'Afrique du Nord pour lesquels il y a moins de précautions.

Tout de même, davantage de patients consultent leur médecin généraliste pour ce motif (72%), devant d'autres interlocuteurs: pharmacien (24%), famille (22%) et agence de voyage (20%)<sup>14</sup>.

Il serait intéressant de rechercher les facteurs influençant la demande du patient : ancienneté d'installation du médecin, durée de consultation, connaissance de la compétence de son interlocuteur, le fait que la question de voyage récent soit posée pour toute fièvre. Il semblerait qu'il y ait un impact de la trajectoire professionnelle et personnelle du professionnel.

Les données peuvent être transférables à la prévention en général qui représente un tiers de l'activité du médecin généraliste. Il est nécessaire de respecter l'autonomie des patients qui doit être réceptif tout en étant proactif. Pour cela, les médecins expriment un besoin de soutien logistique ainsi qu'une incitation financière et organisationnelle.

## **Perspectives et actions**

Beaucoup de médecins ont demandé une fiche synthétique des recommandations. Cela existe déjà sous divers formats ou en ligne. Mais aucune n'est directement extraite du BEH.

J'ai donc contacté le comité de rédaction du BEH par mail < [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr) > afin de demander l'autorisation d'utiliser le numéro 22-23 du 4 juin 2013 et réaliser un outil succinct et adapté à la pratique de ville. L'initiative a été appréciée selon la réponse reçue :

*Puisque je m'occupe de l'actualisation de ces recommandations, que je serais très intéressé de prendre connaissance de votre outil, une fois élaboré et que je ne manquerais pas de le faire connaître au groupe d'expert qui planche annuellement sur ces recommandations. Votre démarche est remarquable parce que l'heure, en matière d'expertise, est plutôt à l'inflation des volumes et des détails...mais aussi à la complexification des problèmes et des situations envisagées.*

*Le BEH papier va disparaître et à consulter le PDF sur un écran, soit à imprimer.*

*Avez-vous noté une demande, ou un besoin, des confrères pour avoir ces recommandations sur un site dédié, officiel, et un plus digeste que le bulletin, et comportant éventuellement des mises à jour (pour l'instant on ne fait de modifications qu'une fois par an)*

*Cordialement*

*Dr Thierry Comolet*

La question du Docteur Comolet fait écho au besoin exprimé des médecins d'accéder rapidement à l'information recherchée sans avoir à faire défiler tout le document.

Ils m'ont signalé que c'était l'un des rares documents qu'ils voudraient garder en version papier.

Pourtant, ils ne le recevraient pas, quel que soit leur ancienneté.

J'ai également contacté l'équipe du site [www.medecinedesvoyages.net](http://www.medecinedesvoyages.net) pour évaluer la faisabilité de la proposition du MG n°29, à savoir créer cette interface qui mettrait en relation les dossiers des patients et leurs données :

*Oui, votre démarche nous intéresse et j'essaierai de vous aider.*

*Nous avons développé une API (Application Programming Interface) permettant l'intégration du carnet de vaccination électronique (CVE) intelligent et partagé, à tout logiciel métier. Plusieurs éditeurs ont débuté cette démarche d'intégration.*

*Nous pourrions interfacier également la médecine des voyages. Il donne l'assurance de respecter les dernières recommandations mais aussi d'être averti des dernières informations concernant le pays (flash infos par pays).*

*Bien cordialement,*

*Dr Jean-Louis Koeck*

J'ai alors approfondi la question avec Pierre Liot, chef de projet au Service Qualité de l'Informatique Médicale de la Haute Autorité de Santé.

L'obstacle principal serait un problème d'uniformisation des codages des facteurs de risques d'un logiciel métier à l'autre et surtout du logiciel métier au formulaire du site [www.medecinedesvoyages.net](http://www.medecinedesvoyages.net).

S'il est possible de coder les antécédents médicaux avec CIM-10 ainsi que les traitements (Banque Claude Bernard et Vidal), cela est plus difficile pour la possibilité de grossesse, l'allergie aux protéines de l'œuf et l'exposition à un risque.

Il y aurait également à résoudre la question de stockage des données et de traçabilité car médecins et éditeurs de logiciels ont cette responsabilité.

Pour l'instant sur ce site internet, une fois le formulaire rempli, les prescriptions éventuelles sont proposées indépendamment du traitement chronique, sous forme de PDF. Or, pour accréditer un logiciel métier, il est indispensable que la prescription soit sécurisée et prenne en compte les interactions avec les autres traitements pris par le patient.

Comprenant cet impératif, j'ai proposé que les médecins recopient la proposition d'ordonnance dans le logiciel habituel de prescription. Mais cela pourrait diminuer l'adhésion des médecins et éditeurs devant le nombre de manipulations.

De son côté, Docteur Koeck est plus optimiste et souhaite améliorer effectivement la nomenclature des pathologies dans les antécédents et pense qu'il y aurait une possibilité de créer un flux qui intégrerait directement la proposition d'ordonnance dans le logiciel de prescription. Mais tout cela reste à développer.

Dans tous les cas, créer une telle interface présente plusieurs intérêts :

- Moins d'erreurs de prescriptions avec une mise à jour toutes les 48 heures
- Une traçabilité des conseils personnalisés et prescription dans le dossier du patient
- Un intérêt épidémiologique

## **Annexes**

### **❖ Fiche de consentement à signer par le médecin interrogé**

#### **IDENTIFICATION:**

Mlle NGUYEN Angéline  
Interne de médecine générale DES 3  
nguyen.a@hotmail.fr  
07.77.07.02.22

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche:

#### ***Place du médecin généraliste dans la consultation - voyage avant un départ***

#### **CONTEXTE DU PROJET:**

En France, 5 millions de Français ont pour destination les pays tropicaux chaque année ce qui les expose à de multiples risques pour leur santé.

Les rapatriements sanitaires et les décès des Français lors des séjours à l'étranger sont liés à des causes accidentelles et traumatiques dans 49,5 % des cas et d'origine cardio-vasculaire dans 27,4 % des cas ; les maladies infectieuses représentent 1,4 % des décès.

L'épidémiologie des risques pour les voyageurs change rapidement et de façon continue. Ce qui impose aux professionnels délivrant une information aux voyageurs d'avoir accès à la mise à jour des sources d'informations et recommandations.

#### **OBJECTIF DE L'ETUDE:**

Identifier les déterminants de l'information délivrée aux patients partant en voyage par leur médecin généraliste

Décrire les difficultés rencontrées et les facteurs aidants dans ces consultations

Recueillir les propositions des médecins pour l'amélioration des pratiques

Votre participation à ce projet sera requise pour un entretien individuel d'environ 20 minutes au cours duquel il vous sera demandé de décrire par le biais de questions ouvertes/libres votre expérience et vos attentes sur le thème des conseils aux voyageurs. Cet entretien sera enregistré sur bande audio mais il reste parfaitement confidentiel et anonyme. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. La transcription sur support informatique ne permettra pas de vous identifier.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant.

#### **Consentement libre et éclairé**

Je, \_\_\_\_\_, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_

❖ *Liste des centres de vaccinations de la région PACA<sup>31</sup>*

<p><b>06 - ALPES MARITIMES</b></p> <p>CHU de Nice - hôpital l'Archet - 06202 Nice</p> <p>- Consultation du voyageur 6<sup>ème</sup> étage : 04 92 03 57 45</p> <p><a href="mailto:infectiologie.secretariat.hdj@chu-nice.fr">infectiologie.secretariat.hdj@chu-nice.fr</a></p> <p>- Centre de vaccination antiamarile : 04 92 03 56 86</p>	<p>Centre de vaccinations Internationales</p> <p>C.H.U. Nice - Hôpital de Cimiez</p> <p>4, avenue Reine Victoria</p> <p>06003 - Nice Cedex 1</p> <p><i>Pavillon Victoria - Rez-de-chaussée</i></p> <p>04.92.03.44.11</p>	<p>Centre de vaccinations internationales</p> <p>Aéroport de Nice – Côte d'Azur 06000 - Nice</p> <p>04.93.21.38.81</p>
<p><b>13 - BOUCHES-DU-RHONE</b></p> <p>Hôpital Nord Chemin des Bourrelys 13015 Marseille cedex 20</p> <p>04 91 43 55 55</p> <p>Hôpital d'instruction des armées A. Laveran</p> <p>Boulevard A.-Laveran</p> <p>13013 - Marseille</p> <p>04.91.61.71.13</p> <p>04.91.61.73.54</p>	<p>Hôpital Européen Marseille Fondation Hôpital Ambroise Paré 6 rue Désirée Clary 13003 Marseille</p> <p>04 13 427 427</p> <p><a href="mailto:contact@hopital-europeen.fr">contact@hopital-europeen.fr</a></p> <p>Service Communal d'Hygiène et de santé</p> <p>23 rue Louis Astruc 13005 Marseille</p> <p>04 91 55 32 82</p> <p><a href="mailto:vaccinsetvoyages@mairie-marseille.fr">vaccinsetvoyages@mairie-marseille.fr</a></p>	<p>Service communal d'hygiène et de santé</p> <p>Service des vaccinations- Monument Joseph Sec 6, avenue Pasteur 13616 Aix-en-Provence</p> <p>04 42 91 94 88 -</p> <p>Service communal d'hygiène et de Santé</p> <p>12, Boulevard Émile Zola 13200 Arles</p> <p>04 90 49 35 00</p>
<p><b>2A - CORSE DU SUD</b></p> <p>Centre départemental de vaccination</p> <p>18, boulevard Lantivy 20000 Ajaccio</p> <p>04 95 29 12 65</p>	<p><b>2B - HAUTE-CORSE</b></p> <p>Service communal d'hygiène et de santé</p> <p>Avenue Pierre-Giudicelli Mairie de Bastia</p> <p>20410 Bastia</p> <p>04 95 32 91 76</p>	

❖ *Fiche de synthèse à destination des MG (en cours d'évaluation)*

Cette fiche a été élaborée à partir des recommandations du numéro 22-23 du BEH (4 juin 2013) avec une check-list permettant la navigation directe vers les tableaux.

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2013  
Synthèse pratique du BEH du 4 juin 2013 / n° 22-23  
à destination des médecins généralistes

Check-list des champs à aborder	
Vaccinations spécifiques après mise à jour de DTP-Coqueluche.....	- 49 -
Vaccinations spécifiques pour les enfants.....	- 50 -
Chimio prophylaxie du paludisme (à prendre pendant le repas).....	- 51 -
Courts séjours < 7 jours, en zone de faible risque : .....	- 51 -
Séjours de longue durée > 3 mois .....	- 51 -
Séjours itératifs de courte durée .....	- 52 -
Traitement présomptif : .....	- 52 -
Répulsifs recommandés pour la protection contre les piqûres d'arthropodes (hors araignées, scorpions, scolopendres et hyménoptères) : en vert les applications autorisées .....	- 53 -
Liste de produits biocides insecticides pour imprégnation de vêtements, tissus ou moustiquaires ...	- 53 -
Moustiquaires pré-imprégnées d'insecticide .....	- 53 -
Diarrhée du voyageur et autres risques liés à l'alimentation .....	- 54 -
Traitement symptomatique.....	- 54 -
Antibiotiques.....	- 54 -
Transport (conseil patient).....	- 55 -
Accidents de la voie publique (port de la ceinture de sécurité, port du casque si l'on circule à deux-roues et utilisation de sièges auto pour les enfants en bas âge) .....	- 55 -
Transports aériens .....	- 55 -
Transports maritimes.....	- 55 -
Mal des transports .....	- 55 -
Environnement .....	- 56 -
Excursions et randonnées en altitude > 2 500 mètres .....	- 56 -
Plongée sous-marine avec bouteilles.....	- 56 -
Risques des baignades.....	- 56 -
Exposition à la chaleur et au soleil .....	- 56 -
Risques liés aux comportements sexuels .....	- 56 -
Risques liés aux soins. Attention au tourisme médical .....	- 56 -
Risques liés aux piercings et tatouages.....	- 56 -
En fonction des personnes .....	57
Enfants .....	57
Femmes enceintes .....	57
Pathologies chroniques .....	57
Personnes infectées par le VIH et personnes immunodéprimées.....	57
Personnes se rendant à un grand rassemblement type pèlerinage en Arabie saoudite (Hadj et Umra)...	57
Trousse à pharmacie à adapter en fonction du voyage.....	- 58 -
Assurance maladie et Assistance rapatriement à vérifier .....	- 58 -
<b>Listes des ressources officielles .....</b>	<b>- 58 -</b>

Vaccinations spécifiques après mise à jour de DTP-Coqueluche

	Vaccins	Indications	Schéma vaccinal
Vaccins disponibles pour médecins généralistes	Hépatite A Avaxim® Havrix 1440® Havrix 720®	Hygiène précaire du pays  Maladie chronique hépatique ou mucoviscidose ( <b>vaccin Havrix remboursé</b> )	Sérologie si antécédents d'ictère, enfance en zone d'endémie ou né avant 1945  1ère injection 15 j avant le départ. Rappel à M6-M12, jusqu'à 3 ou 5 ans
	Fièvre typhoïde Typhérix® Typhim®	hygiène précaire	Injection 15 j avant le départ Protection : 3 ans ~ 50 à 65%. Stock provisoirement limité et réservé au CVI
	Hépatite B  Genhevac B® Engérix B®	Séjours fréquents ou prolongés dans pays à forte ou moyenne prévalence du portage chronique du virus  Sérologie chez les groupes à risque: Originaire de pays où prévalence Ag HBs >2%, comportements à risque (sexuel ou drogue IV), entourage familial porteur d'Ag HBs	2 injections à M0-M1 Rappel M6 ou M12  <u>Protocole accéléré :</u> 3 injections à M0-M1-M2 (ou J0-J7 (ou J10)*-J21) Rappel 1 an après la 1 <sup>ère</sup> injection
	Infections invasives à méningocoque (IIM)	zone d'endémie (Afrique sub-saharienne) en saison sèche (décembre-juin), et toute zone où sévit une épidémie conditions de contact étroit avec la population locale  Pèlerinages en Arabie saoudite = <b>Obligatoire</b>	Vaccins conjugués contre les IIM C Meningitec® ,Menjugatekit®, Neisvac® Vaccin polyosidique contre les IIM A+C Vaccin polyosidique contre les IIM A,C,Y,W135 Mencevax® Vaccin conjugué contre les IIM A,C,Y,W135 Nimenrix®, Menveo®  1 injection au minimum 10 jours avant le départ Durée de protection : 3 ans
	Rabique Pasteur® Rabipur®	Séjour en région isolée dans un pays à haut risque	3 injections à J0-J7-J21 à 28 La vaccination préventive ne dispense pas d'un traitement curatif (2 injections de rappel espacées de 3j)
	Rougeole (ROR)		2 injections espacées d'au moins 1 mois
	Choléra  Dukoral®	Personnels devant intervenir auprès de malades, en situation d'épidémie  Prévention efficace par des règles d'hygiène simples appliquées à l'alimentation	De 2 à 5 ans: 3 doses per os à 1 semaine d'intervalle > 6 ans : 2 doses à une semaine d'intervalle  Si plus de 6 semaines entre les doses, recommencer la primovaccination
	combinés	Typhoïde + Hépatite A	
Hépatite A + Hépatite B Twinrix®			3 injections à M0-M1- M6 <u>Protocole accéléré:</u> 3 injections à JO-J7-J21 Rappel 1 an après la 1ère injection.
Vaccinations en CVI	Encéphalite à tiques	Séjour en zone rurale ou boisée en région d'endémie, de mars à novembre	Ticovac®: 3 injections à M0 - M1 à M3 - M5 à M12 Encepur®: 3 injections à M0 - M1 à M3 - M9 à M12 Rappel tous les 3 à 5 ans (3 ans pour les personnes de plus de 60 ans)  <u>Schéma accéléré :</u> TICOVAC® : J0 - J15 – M5 à M12 ENCEPUR® : J0 - J7 - J21 – M12 à M18
	Fièvre jaune Stamaril®	Exigible dans le cadre du Règlement Sanitaire International dans toute zone d'endémie (intertropicale d'Afrique et d'Amérique du Sud)  Durée de validité : 10 ans	1 Injection au minimum 10 j avant le départ  En principe <b>déconseillé à la femme enceinte</b> , mais devant la gravité de la maladie, peut être réalisé à tout stade de la grossesse si nécessaire. Suspendre l'allaitement pendant 2 semaines après la vaccination
	Encéphalite japonaise Ixiaro ®	Séjour prolongé (>30jours) en zone rurale, avec activité extérieure importante, en période de transmission (saison des pluies).	2 injections à J0-J28 (<10j avant le départ) Rappel à M12 (pour personne à risque continu) jusqu'à 24 mois

Vaccinations spécifiques pour les enfants

	Vaccins	Age minimum d'utilisation	Schéma vaccinal
Vaccins disponibles pour médecins généralistes	Hépatite A * Havrix 720®	<b>1 an</b>	1ère injection 15 j avant le départ. Rappel à M6-M12 et jusqu'à 3 ou 5 ans
	Fièvre typhoïde	<b>2 ans</b>	1 injection 15 j avant le départ Durée de protection : 3 ans ~ 50 à 65%.
	Hépatite B *	<b>Naissance</b>	3 injections à M0-M1- M6 ou M12 <u>Protocole accéléré</u> : 4 injections à M0-M1-M2- M12  Le schéma à 2 doses (0-6 mois) proposé aux adolescents entre 11 et 15 ans ne s'applique pas en cas de séjour en zone de forte endémie.
	Vaccins conjugués contre les IIM C	<b>2 mois</b>	< <b>1 an</b> : 3 injections à M0-M2- M24 > <b>1 an</b> : 1 dose
	Vaccin polyosidique contre les IIM A+C	<b>2 ans</b>	Si une protection contre les IIM de <b>sérogroupe A</b> est nécessaire, le vaccin pourra être administré dès l'âge de <b>6 mois</b> .
	Vaccin polyosidique contre les IIM A,C,Y,W135	<b>2 ans</b> Mencevax®	Pour une protection contre les IIM de sérogroupe C, chez l'enfant âgé de moins de 2 ans, il est préférable d'utiliser un vaccin méningococcique C conjugué
	Vaccin conjugué contre les IIM A,C,Y,W135	Nimenrix® : <b>1 an</b> Menveo® : <b>2 ans</b>	1 injection au minimum 10 jours avant le départ Durée de protection : 3 ans
	Rage	<b>Dès la marche</b>	3 injections à J0-J7-J21 à 28. Rappel 1 an plus tard
	Rougeole	<b>6 mois</b>	<b>De 6 à 11 mois :</b> — 1 injection de vaccin monovalent rougeole (Rouvax®) — 2 injections de ROR à partir de l'âge de 12 mois (espacées d'au moins 1 mois et avant 24 mois) <b>De 12 à 24 mois :</b> — 1 injection de ROR à 12 mois — 1 injection entre 13 et 24 mois
	Tuberculose *	<b>Naissance</b> Séjour >1 mois dans un pays de forte incidence tuberculeuse	1 injection 6-8 semaines avant le départ <b>De 0 à 2 mois</b> : 0,05 ml de BCG ID sans IDR préalable <b>De 3 à 12 mois</b> : 0,05 ml de BCG ID après IDR négative <b>De 12 mois à 15 ans</b> : 0,1 ml de BCG ID après IDR négative
Grippe saisonnière	<b>6 mois</b> <b>Pour groupe à risque</b>	<b>De 6 à 35 mois</b> : 2 injections de 0,25 ml à un mois d'intervalle puis 1 injection de 0,25 ml en rappel annuel <b>De 3 à 8 ans</b> : 2 injections de 0,5 ml à un mois d'intervalle puis 1 injection de 0,5 ml en rappel annuel <b>&gt; 9 ans</b> : 1 injection annuelle de 0,5 ml	
combinés	Typhoïde-Hépatite A	<b>16 ans</b>	1 injection Rappel vaccin Hépatite A : de M 6 à M12 (jusqu'à 3 ans)
	Hépatite A-Hépatite B*	<b>1 an</b>	Schéma : 0-M1-M6 Ne convient pas en cas de départ imminent
Vaccinations en CVI	Encéphalite à tiques *	<b>Ticovac enfant® :1 an</b> <b>Encepur® :12 ans</b>	3 injections à : M0, M1 à M3, M5 à M12 (Ticovac enfant®) ou M9 à M12 (Encepur®) Durée de protection : 5 ans
	Fièvre jaune	<b>6 mois</b> Exigible par le Règlement sanitaire international à partir de 1 an mais recommandé dès 9 mois	1 injection au minimum 10 j avant le départ Durée de validité : 10 ans
	Encéphalite japonaise	<b>2 mois</b>	< 3 ans : 2 injections à ½ dose (0,25 ml) à J0 et J28 > 3 ans : 2 injections de 0,50 ml à J0 et J28

\* : Existant en forme pédiatrique

Chimio prophylaxie du paludisme (à prendre pendant le repas)

Chimio résistance	Population générale	Femme enceinte	Enfant
Groupe 1	Chloroquine 100 mg/j <b>Nivaquine®</b> (1 cp/j) à partir de 50 kg  Durant le séjour et pendant 4 semaines au retour		<b>Nivaquine®</b> 1,5 mg/kg/j Sirop à 25 mg = 5 ml Ou cp 100 mg sécable < 8,5 kg : 12,5 mg/j 8,5-16 kg : 25 mg/j 16-33 kg : 50 mg/j 33-45 kg : 75 mg/j
Groupe 2	Chloroquine 100 mg/j + Proguanil 200 mg/j <b>Nivaquine®</b> 1cp/j et <b>Paludrine®</b> 2cp/j  <u>ou</u> <b>Savarine®</b> 1 cp/j à partir de 50 kg Durant le séjour et pendant 4 semaines au retour		<b>Nivaquine®</b> (cf ci-dessus) + <b>Paludrine®</b> 3 mg/kg/j Cp sécables à 100 mg >9-16 kg : 50 mg/j 16-33 kg : 100 mg/j 33-45 kg : 150 mg/j
	Atovaquone 250 mg + Proguanil 100 mg <b>Malarone®</b> 1 cp/j à partir de 40kg Durant le séjour et pendant 1 semaine au retour  Peut être envisagée pendant la grossesse <u>si nécessaire</u> mais suivi de grossesses exposées insuffisant pour exclure formellement tout risque malformatif ou foetotoxique		<b>Malarone Enfants®</b> Cp à 62,5 mg/25 mg 5-7 kg : ½ cp/j (hors AMM) 7-11 kg : ¾ cp/j (hors AMM) 11-21 kg : 1 cp/j 21-31 kg : 2 cp/j 31-40 kg : 3 cp/j 3 mois consécutifs maximum
Groupe 3	Méfloquine 250 mg <b>Lariam®</b> 1 cp/semaine A partir de 45 kg  Aucun effet malformatif ou foetotoxique particulier retrouvé après analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées  Commencer 10 à 21 j avant puis durant le séjour jusqu'à 3 semaines au retour <b>Contre-indications</b> : convulsion, trouble neuropsychiatrique <b>Déconseillé</b> : pratique de la plongée <b>Interruption immédiate si</b> : trouble neuropsychique (anxiété aiguë, syndrome dépressif, agitation, confusion mentale, idée suicidaire) ou même tristesse inexplicée, céphalées, vertiges ou troubles du sommeil (cauchemars)		<b>Lariam®</b> 5 mg/kg/semaine Cp 250 mg sécables  15-19 kg : ¼ cp/sem 19-30 kg : ½ cp/sem 30-45 kg : ¾ cp/sem
	Doxycycline 100 mg/j <b>Doxypalu®</b> , <b>Granudoxy®Gé</b> , <b>Doxy® 100Gé</b> Durant le séjour puis 4 semaines au retour <b>Attention à la phototoxicité</b> : prendre le soir >1h avant le coucher + protection solaire	X	<b>Doxypalu® 50 mg</b> <b>Doxy® 50 Gé</b>  pour < 50 kg Prendre au dîner <b>Contre-indication</b> : âge < 8 ans

Courts séjours < 7 jours, en zone de faible risque :

**Chimio prophylaxie NON indispensable** sous condition de protection anti-moustique ++ et de possibilité en mesure de consulter en urgence en cas de fièvre, durant les mois qui suivent le retour

Séjours de longue durée > 3 mois

Information approfondie sur prévention du paludisme: insister sur la protection contre les piqûres de moustiques et remettre au patient un document rédigé.

1<sup>er</sup> séjour => poursuivre la **chimio prophylaxie au moins pendant 6 mois**

Au-delà, si la poursuite d'une prise continue pose des problèmes d'observance, la chimio prophylaxie peut être modulée avec l'aide des médecins référents locaux.

Possibilité de prise intermittente durant la saison des pluies ou certains déplacements en zone rurale

Séjours itératifs de courte durée

**Une chimioprophylaxie antipaludique prolongée est inappropriée, voire contre-indiquée.**

Possibilité de traitement présomptif pour voyages fréquents, répétés ou après 6 mois d'expatriation

Rôle essentiel du médecin du travail des entreprises

Remise d'un document d'information sur les pays à risque, mis à jour tous les ans.

Etablissement, à l'initiative de la médecine du travail, d'une carte personnelle, nominative, à garder en permanence : voyages professionnels répétés en zone tropicale et le risque de paludisme est nécessaire, numéro de téléphone d'urgence d'un contact professionnel capable d'informer sur les déplacements récents.

Traitement présomptif :

Molécule	Posologie
Atovaquone-proguanil (Malarone®)	4 cp en 1 prise par jour, pendant 3 jours Avec une collation ou un repas
Artéméther-luméfántrine (Riamet®) Prescription hospitalière	4 cp en 1 prise, 2 fois par jour, pendant 3 jours Avec une collation ou un repas À éviter chez la femme enceinte au 1 <sup>er</sup> trimestre
Dihydroartémisinine-pipéraqúine (Eurartésim®)	36-75 kg : 3 cp en 1 prise/ j, pendant 3 jours 75-100 kg : 4 cp en 1 prise par jour pendant 3 jours Prise à jeun, à distance des repas Ne pas utiliser pendant la grossesse

**Doit rester l'exception et ne doit jamais être pris au retour en France.!!** Uniquement en l'absence de possibilité de prise en charge médicale dans les 12 heures suivant l'apparition de la fièvre.

Risques liés à un mésusage d'un traitement de réserve chez les enfants : déconseiller de voyager avec des enfants dans une zone où la consultation médicale serait impossible avant 12 heures.

Les tests de diagnostic rapide disponibles sur le marché ne sont pas recommandés pour l'autodiagnostic, plusieurs études ayant montré que la majorité des voyageurs ne sont pas en mesure de réaliser correctement ces tests ou d'en interpréter les résultats

Ne pas prescrire l'halofantrine (Halfan®) pour l'auto-traitement car cardiotoxicité potentielle.

Le voyageur doit être informé des risques liés à l'achat de spécialités hors de France, en raison du grand nombre de contrefaçons circulant.

Aucun moyen préventif n'assure seul une protection totale : Insister sur la nécessité de l'observance simultanée d'une protection contre les piqûres de moustiques associée à la chimio prophylaxie.

**Toute fièvre au retour des tropiques, quels que soient les symptômes associés, est d'origine palustre jusqu'à preuve du contraire => consultation en urgence.**

Environ 3% des paludismes à *P. falciparum* sont observés au-delà des 2 mois suivant le retour.

**Il est fortement recommandé de ne pas utiliser :**

- bracelets anti-insectes
- huiles essentielles : durée d'efficacité insuffisante, généralement inférieure à 20 minutes
- appareils sonores à ultrasons, vitamine B1, homéopathie, raquette électrique, ruban, papier et autocollant gluant sans insecticide.

Répulsifs recommandés contre les piqûres d'arthropodes (hors araignées, scorpions, scolopendres et hyménoptères) : en vert les applications autorisées

Substance active et concentration	Nom commercial et présentation (liste non exhaustive)	> 6 mois	Dès la	> M24	> 12	Femme
		Jusqu'à la	marche	à 12 ans	ans	enceinte
		marche	jusqu'à M24	Nombre maximal d'application(s) quotidienne(s)		
		1	2	2	3	3
DEET	20% Ultrathon® lotion (spray)					
	25% Insect Ecran® famille (spray)					
	30% Moustidose® lotion répulsive zone infestée Moustifluid® zone à haut risque (spray), Prébutix® lotion répulsive zone tropicale					
	34% Ultrathon® crème (crème)					
	50% Insect Ecran® zones infestées adultes (spray)					
IR3535	20% Biovectrol® famille (lotion) Moustifluid® zones tempérées (spray) Moustifluid® jeunes enfants (lotion) Moustikologne® haute tolérance (lotion), Picsol® anti-moustiques (spray), Les botaniques insectes® (spray) Vendome® adulte (spray)					
	25% Cinq sur Cinq® Tropic enfants (lotion) Prébutix® répulsive zone Europe (spray, roll-on) Moustifluid® zones tropicales (spray)					
	35% Cinq sur Cinq® Tropic (lotion)					
KBR3023	20% Centaura® (spray), Moskito Guard® (spray), Insect Ecran® zones infestées enfants (spray), Répuls' Total® (émulsion)					
	25% Insect Ecran® spécial tropiques (spray), Moustidose® lait répulsif famille (lait), Moustikologne® protection extrême (lotion)					
PMDRBO	25% Mousticare® (spray), Biovectrol naturel® (spray)					

Liste de produits biocides insecticides pour imprégnation de vêtements, tissus ou moustiquaires

Substance active	Nom commercial	Indications			Présentation
		Vêtement	Tissu	Moustiquaire	
Perméthrine	Biovectrol®, Tissus				Vaporisateur
	Cinq sur Cinq Tropic®, Insect Ecran®, spray Vêtement				
	Lotion anti-moustiques, vêtements/tissus Manouka®				
	Lotion insecticide, vêtements-tissus, Steripan®				
	Moskito Guard® spray vêtement, Mousti 6 semaines, Tracy®				
	Mousticologne® spray tissus				
	Moustifluid® lotion tissus et vêtements				
	Parazeet® Spécial Tissus				
	Repel Insect®				
	Skitostop® spray anti-insecte pour tissu				
	W2000® Barrage aux insectes				
	Insect Ecran® concentré insecticide, Trempage tissus				Solution à diluer
Bifenthrine	Repel Insect®, Spécial trempage vêtements et voilages				Solution à diluer
	Bixan 3CS®				Flacon pressurisé
Deltaméthrine	Moustidose®, spray tissus				Vaporisateur
	Cinq sur Cinq Tropic®, Kit d'imprégnation pour moustiquaire				Solution à diluer

Moustiquaires pré-imprégnées d'insecticide

Substance active	Nom commercial
Deltaméthrine	Mosquito-Nilo-Vital-Net®
	Cinq sur Cinq Tropic®, moustiquaire imprégnée
	Treck® Moustiquaire imprégnée longue durée
Perméthrine	Totem® Moustiquaire imprégnée longue durée
	Cabin® Moustiquaire imprégnée longue durée
	Permanet®
Perméthrine	Moskitul®
	Moustiquaire Hamaca®
	Moustiquaire Bangla® imprégnée

## Diarrhée du voyageur et autres risques liés à l'alimentation

### Fiche patient:

La prévention repose avant tout sur les **mesures d'hygiène**.

- Se laver souvent les mains, avant les repas et avant toute manipulation d'aliments, et après passage aux toilettes. Possibilité d'utiliser un gel ou une solution hydroalcoolique (attention au risque de photosensibilité).
- Ne consommer que de l'eau en bouteille capsulée ou rendue potable par ébullition, ou par la combinaison d'une filtration (filtre portatif) suivie d'une désinfection [produits à base de DCCNa (dichloroisocyanurate de sodium), ou hypochlorite de sodium et ions d'argent]. Eviter les glaçons.
- Éviter la nourriture vendue en rue, sauf si bien cuite et récipient fumant. Eviter buffet froid des restaurants
- Le lait doit être pasteurisé ou bouilli et la chaîne du froid assurée.
- Peler les fruits soi-même.
- Éviter crudités, coquillages, plats réchauffés, jus de fruits frais préparés de façon artisanale.
- Éviter sorbets et crèmes glacées.
- Bien cuire les œufs, les viandes, les poissons et les crustacés.
- Se renseigner localement sur les risques de toxicité des poissons de mer (ciguatera).

Pour les jeunes enfants, prévenir la **déshydratation et consulter rapidement**:

- utiliser rapidement les solutés de réhydratation orale (SRO) ;
- réalimenter précocement l'enfant en assurant les apports caloriques nécessaires

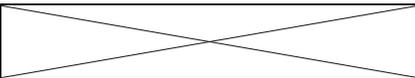
### Traitement symptomatique

- Anti-diarrhéique antisécrétoire (racecadotril). Contre-indiqué chez la femme qui allaite.
  - Anti-diarrhéique moteur (lopéramide) à restreindre aux cas d'accès difficile aux sanitaires
- Contre-indication: enfants < 2 ans, diarrhée glairo-sanglante et/ou fièvre, entérocolite bactérienne due à une bactérie invasive telle que Salmonella, Shigella, Yersinia ou Campylobacter.
- Pas de pansements intestinaux

### Antibiotiques

Si impossibilité de consultation rapide et de diagnostic étiologique

Dans les formes moyennes ou sévères, fébriles ou avec selles glairo-sanglantes (syndrome dysentérique)

Antibiotiques (voie orale)	Pour adulte A fonction rénale normale	pour un enfant à la fonction rénale normale sans dépasser la dose adulte
<b>Fluoroquinolone</b> préférable chez l'adulte en dehors de l'Asie (risque de photosensibilisation) Contre-indication si antécédents de tendinopathies, grossesse et allaitement		
<b>Ofloxacin</b>	200 mg x 2/j pendant 1 à 5j selon sévérité	
<b>Ciprofloxacine</b>	500 mg x 2/jour pendant 1 à 5j selon sévérité	10-15 mg/kg/j en 2 fois, pendant 3 j (hors AMM)
<b>Azithromycine</b> en 1 <sup>ère</sup> intention en Asie, hors AMM	500 mg x 1/jour pendant 3 jours	20 mg/kg/jour en 1 prise pendant 3 j

## Transport (conseil patient)

Accidents de la voie publique (port de la ceinture de sécurité, port du casque si l'on circule à deux-roues et utilisation de sièges auto pour les enfants en bas âge)

### Transports aériens

#### • **Conseils généraux**

— Emporter les médicaments en cabine. Garder les médicaments délivrés sur ordonnance dans leur emballage ou récipient d'origine, accompagnés d'une lettre d'un médecin certifiant leur nécessité, notamment si les médicaments doivent être administrés sous forme injectable.

— Prendre un avis médical spécialisé avant le départ pour les affections chroniques

— Tenir compte du décalage horaire (contraceptifs oraux, anticoagulants, insuline...).

#### • **Prévention des thromboses veineuses profondes liées à un voyage aérien**

— s'hydrater régulièrement au cours du vol, bouger fréquemment les jambes, se déplacer dans l'avion et suivre les programmes d'exercices, proposés en cours de vol, réalisables sans quitter sa place ;

— la présence d'au moins un facteur de risque de thrombose justifie le port d'une contention élastique (mi-cuisse ou sous le genou) de classe 2 (pression à la cheville de 15 à 30 mmHg), notamment pour les voyages > 6 heures ;

— les héparines de bas poids moléculaire ou le fondaparinux (inhibiteur du facteur X) n'ont pas d'indication validée mais sont parfois prescrits hors AMM à dose prophylactique chez les sujets pour lesquels la contention n'est pas possible ou en cas de risque très élevé. La prise d'aspirine ne prévient pas les thromboses veineuses.

#### • **Contre-indications à un voyage aérien (liste non exhaustive)**

- nourrissons âgés de moins de 48 heures ;
- femmes enceintes après la 36e semaine de grossesse (après la 32e semaine en cas de grossesse multiple) ;
- Pathologies suivantes :
  - angor (angine de poitrine) ou douleurs thoraciques au repos ;
  - maladie transmissible évolutive ;
  - mal de décompression après la plongée ;
  - augmentation de la pression intracrânienne en raison d'une hémorragie, d'un traumatisme ou d'une infection ;
  - infection des sinus, de l'oreille ou du nez, particulièrement si la trompe d'Eustache est bouchée ;
  - infarctus du myocarde ou AVC récent (le délai à respecter dépendra de la gravité de la pathologie et de la durée du voyage) ;
  - intervention chirurgicale ou traumatisme récents avec risque de flatulence (traumatisme ou intervention gastro-intestinale) ;
  - traumatisme cranio-facial ou oculaire, opération du cerveau ou opération de l'oeil avec pénétration oculaire ;
  - maladie respiratoire chronique sévère, difficulté à respirer au repos ou pneumothorax non résorbé ;
  - drépanocytose ;
  - trouble psychotique, sauf s'il est totalement maîtrisé.
- Ne pas voyager en avion dans les 24 h qui suivent une plongée avec bouteille.

### Transports maritimes

Il convient de recommander aux voyageurs maritimes, en plus des vaccinations liées aux conditions épidémiologiques des pays visités, de se vacciner contre la grippe et l'hépatite A.

### Mal des transports

Les enfants âgés de 2 à 12 ans sont plus à risque de mal des transports que les nourrissons, les adolescents ou les adultes. Les antécédents de migraine sont un facteur favorisant. En prévention, les antihistaminiques peuvent être utilisés pour leur effet sédatif. La scopolamine est plus adaptée mais a une efficacité moyenne, des contre-indications chez l'adulte et n'est pas bien évaluée en pédiatrie.

## Environnement

Excursions et randonnées en altitude > 2 500 mètres

Déconseillée pour les enfants âgés de moins de 7 ans. **Avis médical spécialisé avant le départ**

Attention au mal aigu des montagnes : céphalées, insomnie, anorexie, nausées, oedèmes.

Avant 3 ans, les signes sont plus frustes : irritabilité, anorexie, apathie, insomnie.

2 complications graves mettant en jeu le pronostic vital : oedème pulmonaire et oedème cérébral

La règle à respecter : « ne pas monter trop vite, trop haut ».

Traitement préventif du mal d'altitude; à commencer 2 jours avant l'arrivée en haute altitude et à poursuivre pendant 2 jours après avoir atteint le point culminant :

- acétazolamide 125 mg x2/j (chez l'enfant, 2,5 à 5 mg/kg/j en 2 prises, maxi 125 mg/prise) en l'absence de contre-indications aux sulfamides
- dexaméthasone (4 mg x 2/j)
- nifédipine hors AMM pour la prévention de l'oedème pulmonaire

En cas de mal d'altitude : redescendre le plus rapidement à une altitude inférieure.

Plongée sous-marine avec bouteilles

**Avis médical spécialisé avant le départ.**

Ne pas plonger 24 heures avant un voyage en avion ou un séjour en altitude.

Principal risque : embolie gazeuse.

Risques des baignades

**En mer:**

- noyade due aux courants violents ;
- envenimation par contact avec des méduses, des poissons venimeux (poisson-pierre...) ou des coraux.

**Dans des piscines :**

Pour éviter la noyade de jeunes enfants, la vigilance parentale est essentielle.

**En eau douce:**

- leptospirose ou bilharziose

Eviter le contact cutané dans les eaux stagnantes (étangs, petits barrages) ou sur les berges des cours d'eau.

- Risque d'infection à transmission féco-orale comme la cryptosporidiose.

Ne pas avaler d'eau en nageant, ni nager dans une eau qui pourrait être contaminée (par des égouts ou des déjections animales,...).

Exposition à la chaleur et au soleil

Un écran solaire appliqué correctement (2 mg/cm<sup>2</sup> de peau exposée) filtrera 93% des rayons UVB, pour un indice de protection solaire de 15, et 98% des UVB pour un indice de 50

Risques liés aux comportements sexuels

Risques liés aux soins. Attention au tourisme médical

Risques liés aux piercings et tatouages

## En fonction des personnes

### Enfants

#### **Déconseiller les voyages des très jeunes nourrissons vers les pays tropicaux dans des conditions précaires**

- Exposition au soleil et à des températures élevées:
  - protéger l'enfant du soleil (crèmes à coefficient de protection élevé à renouveler fréquemment et après chaque baignade, chapeau à larges bords, vêtements longs, légers, en coton, port d'un tee-shirt pour les activités aquatiques)
  - éviter les déplacements trop longs
  - donner souvent à boire à l'enfant de l'eau et solutés de réhydratation orale
  - habillement léger, lavable aisément, perméable (coton et tissus non synthétiques)

- Exposition au grand froid:
  - habiller chaudement, plusieurs couches de vêtements avec une couche extérieure imperméable au vent et à l'eau ;
  - couvrir chaudement la tête, les mains et les pieds ;
  - proscrire porte-bébés car l'enfant immobile se refroidit très vite et risque une hypothermie et conséquences des compressions artérielles prolongées (gelures des membres inférieurs jusqu'à l'amputation)

- Danger des transports en voiture : mesures de sécurité (ceinture, siège-auto, enfant placé à l'arrière)
- Risque de noyade (absence fréquente de dispositif de sécurité)
- Risques des contacts avec les animaux
- Hygiène corporelle rigoureuse notamment pour le jeune enfant : douche quotidienne avec savonnage et séchage soigneux des plis.

### Femmes enceintes

Avis de l'obstétricien recommandé avant le départ.

- Voyage en avion et risque de thrombophlébite
- Les longs voyages aériens sont déconseillés en fin de grossesse. La plupart des compagnies aériennes refusent les femmes enceintes au-delà du 7<sup>e</sup> mois de grossesse, certaines à partir du 6<sup>e</sup> mois ;
- Éviter les longs voyages en voiture et les activités physiques inadaptées (trekking, plongée...)
- Hépatite E beaucoup plus grave chez la femme enceinte => précautions d'hygiène alimentaire+++

### Pathologies chroniques

A emporter :

- un compte-rendu médical, traduit dans la langue du pays de destination ou au moins en anglais.
  - coordonnées d'une structure de santé ou d'un médecin correspondant spécialiste
  - ordonnance avec les traitements en cours sous leur dénomination commune internationale
  - certificat médical pour le matériel d'injection d'un traitement (diabétiques) ;
  - certificats de nécessité de suivi rapproché et carnets de suivi des traitements chroniques.
- Pour de longues durées (3-6 mois), une autorisation de délivrance doit être demandée à l'Assurance maladie, en cas de maladie chronique

Personnes infectées par le VIH et personnes immunodéprimées

Les vaccins vivants atténués tel que le **vaccin de la fièvre jaune, sont contre-indiqués.**

Un nombre de CD4 > 200/mm<sup>3</sup> autorise la vaccination contre la fièvre jaune, mais le délai d'acquisition de l'immunité post-vaccinale semble augmenté et la durée de protection peut être inférieure à 10 ans.

**Vaccination contre le BCG contre-indiquée chez adulte et enfant quel que soit le taux de CD4.**

Les **autres vaccins** sont recommandés comme à l'ensemble des voyageurs.

**Interactions médicamenteuses** entre le traitement de fond et les antipaludiques:

- diminution de la concentration plasmatique de l'indinavir par l'atovaquone
  - diminution des concentrations plasmatiques d'atovaquone et de proguanil par l'efavirenz, les associations lopinavir/ritonavir et atazanavir/ritonavir
    - ⇒ risque d'échec des prophylaxies antipaludiques
- Chez les personnes infectées par le VIH, le paludisme augmente la charge virale et risque d'activer la progression de la maladie.

Risque de photosensibilisation due aux sulfamides souvent utilisés par les personnes infectées par le VIH
 

- ⇒ protection solaire (vêtements et crèmes écran) fortement recommandée

Personnes se rendant à un grand rassemblement type pèlerinage en Arabie saoudite (Hadj et Umra)

- Fréquentation souvent très élevée, qui favorise promiscuité et confinement
- Pèlerins souvent âgés et atteints de polyopathologies
- Conditions climatiques en Arabie saoudite, surtout pendant les mois d'été ;
- Contraintes imposées par le rituel qui entraînent une fatigue pouvant aller jusqu'à l'épuisement.

Une vigilance accrue doit être exercée pour :

- les infections les plus fréquentes: infections respiratoires, infections gastro-intestinales ;
- les pathologies en rapport avec la chaleur ;
- les traumatismes possibles ;
- l'épuisement ;
- la décompensation d'affections chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, HTA, etc.)

Une information sur ces risques doit être donnée aux pèlerins avant leur départ, ainsi que sur les moyens de s'en prémunir :

- hygiène des mains et hygiène alimentaire
- hydratation correcte ;
- protections contre la chaleur et protection solaire ;
- risques traumatiques.

Vaccination contre les infections invasives à méningocoques A,C,Y,W135.

## Trousse à pharmacie à adapter en fonction du voyage

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Médicaments systémiques :</b><ul style="list-style-type: none"><li>— antalgique et antipyrétique</li><li>— antibiotique</li><li>— anti diarrhéique antisécrétoire</li><li>— antiémétique si nécessaire</li><li>— antihistaminiques dernière génération (antiH1).</li></ul></li> <li>• <b>Protection contre le paludisme :</b><ul style="list-style-type: none"><li>— répulsif contre les moustiques</li><li>— produit pour imprégner les moustiquaires</li><li>— antipaludique à usage préventif</li><li>— antipaludique à usage présomptif si nécessaire</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Autres produits :</b><ul style="list-style-type: none"><li>— collyre antiseptique (monodose)</li><li>— thermomètre incassable</li><li>— épingles de sûreté</li><li>— pince à épiler</li><li>— écran solaire (index de protection maximal)</li><li>— crème pour les brûlures ;</li><li>— pansements stériles et sutures adhésives</li><li>— antiseptique cutané</li><li>— gel ou solution hydro-alcoolique</li><li>— produit de désinfection de l'eau de boisson</li><li>— dosettes de sérum physiologique (unidose) ,</li><li>— gouttes auriculaires antibiotiques (si risque d'otite externe)</li><li>— bande de contention ;</li><li>— set de matériel à usage unique (aiguilles, seringues, matériel à suture, etc.) avec certificat bilingue français/anglais</li><li>— préservatifs (norme NF)</li></ul></li></ul>
<p>Pour les enfants:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• crème solaire ayant un indice élevé de protection (IP 50+)</li><li>• sachets de réhydratation type OMS (Unicef)</li></ul>	

## Assurance maladie et Assistance rapatriement à vérifier

Pour les séjours au sein de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, la Carte européenne d'Assurance maladie peut être obtenue par internet ou auprès de sa Caisse d'assurance maladie.

Pour les séjours hors des pays de l'UE : en cas de séjour > 6 mois effectifs, il est recommandé de contracter un contrat d'assurance maladie auprès de la Caisse des français de l'étranger ou d'un assureur privé.

## Listes des ressources officielles

**BEH spécial voyageurs 2013, avec le tableau situation du paludisme et indication de la chimioprophylaxie en fonction du territoire et celui des vaccins du voyageur.**

Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletinhebdomadaire-international>

Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/csr/don/fr/index.html>

Liste de diffusion « DGS-urgent » : <http://www.sante.gouv.fr/s-abonner-a-dgs-urgent.html>

Fiche d'information sur le vaccin Stamaril® (contre la fièvre jaune) : <http://www.medicine-voyages.fr/publications/ficheinfovacStamaril.pdf>

Actualité des épidémies d'infections invasives à méningocoques:

[http://www.who.int/csr/don/archive/disease/meningococcal\\_disease/fr/](http://www.who.int/csr/don/archive/disease/meningococcal_disease/fr/)

Renseignements par pays: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-auxvoyageurs>

<http://www.cimed.org>

<http://www.pasteur.fr/fr/map>

<http://www.astrium.com/> (avec boutique en ligne)

Conseils aux pèlerins : <http://www.sospelerin.org/fr-conseils-sanitaires.html>

Application Ariane du Ministère des Affaires étrangères (alerte sécuritaire et sanitaire par SMS ou par courriel)

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/infos-pratiques-20973/preparer-sondepart-20975/ariane>

Démarches concernant la protection sociale: <http://www.ameli.fr/assures/droits-etdemarches/a-l-etranger/index.php>

Déclaration d'effets indésirables des médicaments : [http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Declarer-un-effetindesirable-lie-a-l-utilisation-d-un-medicament/\(offset\)/4#paragraph\\_35658](http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Declarer-un-effetindesirable-lie-a-l-utilisation-d-un-medicament/(offset)/4#paragraph_35658)

Recommandations adaptées du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : [http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=31](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=31)

## **Résumé**

**Contexte.** La multiplication du nombre des voyages et de ses différentes modalités expose une population croissante à des risques sanitaires et/ou à la décompensation de pathologies préexistantes. Avant un séjour dans une destination à risque, en particulier en milieu tropical, le patient peut consulter son médecin généraliste pour des conseils de prévention et pour la prescription des prophylaxies adéquates.

**Objectif.** Analyser le ressenti de ces médecins généralistes sur les consultations pré-voyage et recueillir les besoins et les propositions éventuels.

**Méthode.** Etude exploratoire qualitative par entretiens semi-dirigés de juin à juillet 2013 avec des médecins généralistes de la région PACA, transcription et analyse thématique du verbatim.

**Résultats.** 29 médecins généralistes (18 hommes et 11 femmes) ont été interrogés. De plus en plus sollicités pour le conseil au voyageur, ils abordent en priorité les vaccinations et la prévention du paludisme puis les troubles digestifs et la pharmacie de voyage alors que le retour de voyage est parfois oublié. Ils expriment un besoin de temps, de revalorisation financière de la consultation mais aussi de reconnaissance et d'adhésion du patient. Une aide à la prescription est demandée notamment pour des populations-cibles devant une méconnaissance des sources. Des propositions d'amélioration des outils à destinations des patients et des médecins ont été exposées.

**Discussion.** Le médecin généraliste a un rôle primordial dans le conseil au voyageur et cette consultation est appréciée. Sa trajectoire personnelle et professionnelle impacte son intérêt pour la discipline. Devenue une spécialité à part entière, les relations avec les confrères de centre de vaccinations internationales sont à développer. Un outil d'aide à la consultation est proposé.

**Mots-clés :** Médecine générale ; Médecine des Voyages, Conseil au voyageur, Prévention ; Etude qualitative ; Entretien semi-dirigé ; Compétences ; Relation médecin-patient ; Amélioration des pratiques professionnelles ; Système d'information ; Nice ; PACA ; 2014

## Références Bibliographiques

- <sup>1</sup> [http://www.dgcis.gouv.fr/files/files/directions\\_services/etudes-et-statistiques/stats\\_tourisme/memento/2013/2013-11-chap5-memento-tourisme.pdf](http://www.dgcis.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/stats_tourisme/memento/2013/2013-11-chap5-memento-tourisme.pdf) Lu le 26/01/2014
- <sup>2</sup> <http://www.unwto.org/facts/menu.html> Lu le 01/06/2012
- <sup>3</sup> Aubry C. et al. Demographics, health and travel characteristics of international travellers at a pre-travel clinic in Marseille, France. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2012; 10: 247-256
- <sup>4</sup> Hill D.R. Health problems in a large cohort of American travelling to developing countries. *Jr Travel Med* 2000; 7(5):259 – 66
- <sup>5</sup> Gautret P et al. Multicenter EuroTravNet/ GeoSentinel Study of Travel-related Infectious Diseases in Europe. *Emerg Infect Dis* 2009; 15 (11), 1783
- <sup>6</sup> [http://www.cnrpalu-france.org/docs/rapport\\_activites\\_cnr\\_paludisme\\_2012.pdf](http://www.cnrpalu-france.org/docs/rapport_activites_cnr_paludisme_2012.pdf)
- <sup>7</sup> Legros F et al. Risk factors for imported fatal Plasmodium falciparum malaria, France, 1996 – 2003. *Emerg Infect Dis*. 2007 Jun;13(6):883
- <sup>8</sup> Schwartz E et al. Seasonality, annual trends, and characteristics of dengue among ill returned travelers, 1997–2006. *Emerg Infect Dis*. 2008;14:1081
- <sup>9</sup> Jeannel D. et al. Les décès de français lors d'un séjour à l'étranger et leurs causes. *Santé des voyageurs et recommandations sanitaires* 2006 2.871 (2006): 166
- <sup>10</sup> <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/documents-presse/1er-barometre-institut-pasteur-ifop-sur-la-sante-en-voyage> Consulté le 01/06/2012
- <sup>11</sup> Genty S. et al. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. *Santé des voyageurs et recommandations sanitaires* 2006 (2006): 168.
- <sup>12</sup> Genty S. et al. Connaissance, attitude et pratiques des voyageurs français face au paludisme, 2004-2005. *BEH* n°25-26, 19 juin 2007 : 229-230
- <sup>13</sup> Jeannel D. et al. Perception des risques infectieux lors des déplacements à l'étranger, attitudes et pratiques des Français métropolitains, 2006. *BEH* n°25-26, 19 juin 2007 :221-224
- <sup>14</sup> Van Herck K et al. Knowledge, attitudes and practices in travel related infectious diseases: The European airport survey. *Jr Travel Med* 2004; 11(1): 3-8
- <sup>15</sup> Wilder-Smith A et al. Travel health knowledge, attitudes and practice among Australian travellers. *J Travel Med* 2004 Jan-Feb; 11 (1): 9-15
- <sup>16</sup> Santin A. et al. Chimio prophylaxie antipaludique des voyageurs français au départ de Paris pour 8 destinations tropicales. *BEH* 1998 ; 19 :78-9
- <sup>17</sup> Oude-Engberink A et al. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* 2013 ; 105 : 4-11
- <sup>18</sup> Huneau K. Conseil au voyageur : Etudes des représentations et du vécu des médecins généralistes de Loire Atlantique par la méthode de focus groupe. Thèse 2008
- <sup>19</sup> [http://www.sirsepaca.org/sirse\\_paca\\_o3/index.php#s=2013;v=map3;i=ps\\_densite.tx\\_mg\\_lib\\_f:l=fr;z=781151.6495585.319219.297332](http://www.sirsepaca.org/sirse_paca_o3/index.php#s=2013;v=map3;i=ps_densite.tx_mg_lib_f:l=fr;z=781151.6495585.319219.297332) Consulté le 19/12/2013
- <sup>20</sup> Bessiere S. « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », DREES, *Études et Résultats*, n° 352, novembre 2004.
- <sup>21</sup> Minot C. Place et rôle des médecins généralistes et des centres de vaccinations internationales dans la prévention des maladies des voyageurs internationaux. Thèse 2013. Aix Marseille
- <sup>22</sup> Morin E. Evaluation des besoins de formations des médecins généralistes en médecine des voyages. Thèse 2011. Nantes
- <sup>23</sup> Carroll B. Primary health care needs for travel medicine mining in Britain. *J Travel Med* 1998
- <sup>24</sup> Peter A. Training, Experience and Interest of General Practitioners in Travel Medicine in New Zealand. *Journal of Travel Medicine*, 1999 6 (2) : 60-65
- <sup>25</sup> Bosland A. et al. Children and air travel : National survey results. *Archives de pédiatrie* 2012
- <sup>26</sup> [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/7\\_La\\_marguerite\\_des\\_compétences.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/7_La_marguerite_des_compétences.pdf)
- <sup>27</sup> Leder K. et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the Geo Sentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis*. 2006; 43: 1185-93
- <sup>28</sup> Diagne K et al. Increase susceptibility to malaria during the early post partum period. *N.Engl J Med* 2000; 343 (9):598 - 603
- <sup>29</sup> Buffet P. Pathogénie du paludisme gestationnel. *Medecine/ Sciences*. 2001 ; 17 (10) :1017-1026
- <sup>30</sup> Bouchaud O. et al. Do Africans immigrants living in France have long term malarial immunity? *Am J Trop Med Hyg*, 2005; 72: 21-5
- <sup>31</sup> <https://www.mesvaccins.net/home/centrevac.php>