



HAL
open science

Analyse qualitative de la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes de Haute-Normandie

Hélène Jesus

► **To cite this version:**

Hélène Jesus. Analyse qualitative de la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01225326

HAL Id: dumas-01225326

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225326>

Submitted on 6 Nov 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JESUS Hélène

Née le 18 janvier 1988 à Tulle (19)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 OCTOBRE 2015

**ANALYSE QUALITATIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS VOYAGEURS AVANT LEUR DEPART A
L'ETRANGER PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE
HAUTE-NORMANDIE**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gérard DUBOIS

Membres du jury : Monsieur le Docteur Gilles GARGALA

Monsieur le Docteur Thomas MOUREZ

Madame le Docteur Claire CHAPUZET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À Papa et Maman

À Pierre, Lili et Charlotte

À Mané et Papou

À Tata et Petit Mo

À ma famille

À mes amis

*À Élodie, partie beaucoup trop tôt.
Tu m'accompagnes chaque jour.*

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur HERMIL,

Vous m'avez fait le grand honneur de présider mon jury.
Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde estime.

À Monsieur le Docteur GARGALA,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur MOUREZ,

Je suis très honorée que vous ayez accepté si rapidement de juger mon travail.
Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur CHAPUZET,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'être membre de mon jury.
Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur DUBOIS,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Je vous remercie sincèrement pour votre soutien, votre pédagogie, vos conseils et votre disponibilité durant toute la réalisation de cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

À tous ceux qui ont contribué à ma formation médicale,

À tous mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée lors de mes premiers pas en tant que médecin généraliste.

À toute l'équipe du service de médecine interne d'Évreux, mon premier service en tant que médecin.

À toute l'équipe du service des urgences du CHU de Rouen.

À l'équipe soignante du service de pédiatrie d'Elbeuf.

À toute l'équipe du service de nutrition du CHU de Rouen.

À tous les membres du service de Soins Palliatifs du CHU de Rouen, que je remercie tout particulièrement.

Au département de médecine générale pour leurs enseignements durant ces trois années.

Je remercie les médecins généralistes qui ont accepté de me recevoir et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

À ma famille, je vous aime.

À mes parents, pour tout l'amour que vous m'avez donné, pour votre confiance et votre soutien sans faille. Vous m'avez transmis le virus de la médecine et c'est un bel héritage. Vous êtes mes héros de tous les jours. Je vous aime.

À Pierre, mon grand frère et mon modèle. Je te remercie pour tout. Je suis très fière d'être ta sœur.

À Lili, ma (belle-) sœur, pour ton soutien et tes encouragements.

À Charlotte, ma nièce, notre petit chou. Du haut de tes trois mois, tu as été l'assistante rêvée. J'attends ta thèse avec impatience (sans vouloir te mettre la pression...).

À Papou et Mané, mes grands parents, pour tout votre amour et votre tendresse, pour tout ce que vous m'avez appris.

À Tata et Petit Mo, ma tante et mon oncle, mes grands parents de cœur, pour votre amour, votre présence et votre gentillesse.

À Laure, tack för din tid, din läsning och läsa igenom ditt och ditt råd. Kram Kram.

À Léa, pour ton soutien et tes encouragements.

Stockholm nous attend les cousines.

À la famille Doc', Hélène, Michel, Régis, Régine et Betty.

À Christophe, Pascale, Luce et Paul, pour votre accueil chaleureux et les vendredis sushis lors de mes passages parisiens.

À Thérèse, ma marraine, pour ta gentillesse.

À Anne-Sophie, ma meilleure amie. Onze ans que nous nous sommes assises à côté en cours de SVT (merci Madame Chantepie), onze ans que j'ai la chance de pouvoir compter sur ton amitié.

À Marine, pour ta précieuse amitié depuis les cours de neuro-anatomie en troisième année et pour les escapades espagnoles. TiiiiiiiiiiDuuuuuP !

À Sophie, mon Geylon, pour ton amitié et ton humour. Ça reste entre nous, mais tu iras loin plus tard. Cordialement et bien à toi.

À Marie, ma Guitt', pour ton amitié, nos arrivées sur le parking de la fac sur fond (parfois très fort) de Dalida et nos créneaux sur du Mike Brant.

À Émilie, Pauline, Margaux, Hélène, Raph, Antoine et Greg, la joyeuse troupe limougeaude, pour tous ces très chouettes moments qui m'accompagnent. Comme le dit si bien Céline D. « Je ne vous oublie pas, non, jamais ».

À Oriane, pour ton amitié, Woinic, ton bouquet de mariée et surtout pour ces trois années qui n'auraient pas été les mêmes sans toi. What what ?

À Fanny, Anne, Stéphanie, Caroline, Aline et Alex, vous allez me manquer les copains. Cet internat n'aurait pas été si bien sans vous.

Aux familles Belaubre et Chabaud pour leur soutien et leur gentillesse.

À la famille Valade, à qui je pense particulièrement.

À Bernard, Chonchon et aux Boubous, mes fidèles compagnons à quatre pattes.

À tout ceux qui ont croisé un jour mon chemin.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	22
II. GÉNÉRALITÉS	24
A. La consultation avant le départ à l'étranger	24
B. Place du médecin généraliste dans la médecine des voyages	26
C. Vaccinations	26
1. Les vaccinations quelle que soit la destination.....	26
2. Les vaccinations obligatoires.....	27
3. Les vaccinations recommandées selon la destination	28
4. Les vaccinations recommandées selon les conditions et la durée de voyage.....	29
D. Les centres de vaccinations en Haute-Normandie	31
1. Définition d'un CVI.....	31
2. Adresses des centres de vaccinations en Haute-Normandie.....	31
E. Le paludisme	32
1. Définition.....	32
2. Transmission	32
3. La chimioprophylaxie préventive	33
4. Cas particuliers.....	33
F. Protection personnelle antivectorielle	34
G. Les règles hygièno-alimentaires	35
1. La diarrhée du voyageur.....	35
2. L'alimentation du voyageur.....	36
3. L'hygiène corporelle du voyageur.....	38
H. Environnement	38
1. Lieu du voyage	38
2. Saison et climat	38
3. Catastrophes naturelles.....	40
4. Pollution.....	41
5. Activités sur place.....	41
6. Faune et flore	45
7. Conflits géopolitiques	47

8. Us et coutumes.....	47
I. Les moyens de transports	48
1. Transport routier et sécurité routière	48
2. Transport aérien	48
3. Transport maritime	49
4. Maux des transports	49
J. Risques liés à certains comportements	50
1. Infections sexuellement transmissibles	50
2. Tourisme sexuel	50
3. Tourisme sanitaire	51
4. Risques liés aux pratiques de tatouages et de piercing	52
5. Risque liés à la prise de toxiques	52
K. La trousse à pharmacie du voyageur	54
L. Cas particuliers	55
1. Les personnes âgées	55
2. La femme enceinte et l'allaitement maternel en voyage	55
3. Le voyage au féminin	56
4. Les nourrissons, les enfants et les adolescents	57
5. Les patients atteints de pathologies chroniques.....	58
6. L'immunodépression	59
7. Les patients se rendant à un grand rassemblement type pèlerinage en Arabie Saoudite	60
8. Les patients migrants rendant visite à leur famille et leurs amis	61
M. Voyage et psychiatrie : le cas du syndrome du voyageur	62
N. Aspects administratifs	62
1. Formalités administratives selon les pays	63
2. Assurance maladie	64
3. Assistance rapatriement	64
III. OBJECTIFS	66
A. Objectif principal	66
B. Objectifs secondaires	66
IV. MÉTHODOLOGIE.....	67
A. Étude qualitative	67

B. Déroulement de l'étude	67
1. Critères d'inclusion et d'exclusion	67
2. Échantillonnage	68
3. Guide d'entretien semi-directif	69
4. Question de recherche	69
5. Méthode d'analyse des données	72
V. RÉSULTATS	74
A. Analyse de l'échantillon	74
1. Généralités	74
2. Caractéristiques des médecins généralistes interviewés	75
B. La consultation avant le départ à l'étranger	84
1. Caractéristiques de la consultation pré-voyage	84
2. L'absence de consultations pré-voyage	86
3. La consultation du patient voyageur souffrant d'une pathologie chronique ..	89
4. Définition des risques	91
5. Préparation de la consultation pré-voyage	99
6. Outils à la disposition du médecin généraliste	100
7. Informations recherchées par le patient voyageur	102
8. Vaccinations	103
9. Paludisme	109
10. Connaissance géographique des zones touchées par la fièvre jaune	113
11. Protection contre les moustiques	113
12. Règles hygiéno-diététiques	114
13. Trousse à pharmacie et ordonnance	115
14. Transports	119
15. Assurance et assistance rapatriement	120
16. Conseils aux voyageurs	122
17. La place du patient dans la préparation de son voyage à l'étranger selon le médecin généraliste	124
C. Les médecins généralistes et la médecine des voyages	124
1. Le médecin généraliste voyageur	124
2. Problématiques des consultations de pré-voyage	126
3. Formation des médecins généralistes sur la médecine des voyages	128

4. Améliorations proposées par les médecins généralistes	129
VI. DISCUSSION	131
A. Sur la méthode	131
1. Les avantages	131
2. Les biais	131
B. Sur les résultats	133
1. Population étudiée	133
2. Climat géopolitique lors des entretiens.....	133
3. État des lieux sanitaire lors des entretiens	134
4. Évaluation des risques et leur prise en charge.....	134
5. Une sous-estimation de certains risques ?.....	137
6. Le voyageur à risque selon les médecins généralistes	141
7. Le voyage à risque	146
8. La difficulté de contre-indiquer un voyage	147
9. La trousse à pharmacie et l'ordonnance du voyageur.....	147
10. Le médecin voyageur	149
11. La consultation pré-voyage, une consultation difficile ?	150
12. Les formations	151
C. Perspectives	152
VII. CONCLUSION	154
VIII. ANNEXES	156
IX. CLÉ USB.....	186
X. BIBLIOGRAPHIE.....	187

ABRÉVIATIONS

AVK : Antagonistes de la vitamine K
AVP : Accident de la voie publique
BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BMR : Bactérie multirésistante
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CHU : Centre hospitalier universitaire
CVI : Centre de vaccinations internationales
DCI : Dénomination commune internationale
DIU : Diplôme inter-universitaire
DU : Diplôme universitaire
EEE : Espace économique européen
HBPM : Héparine de bas poids moléculaire
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
InVS : Institut de veille sanitaire
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons
IST : Infection sexuellement transmissible
MST : Maladie sexuellement transmissible
OMS : Organisation mondiale de la santé
PPAV : Protection personnelle antivectorielle
SHA : Solution hydro-alcoolique
TVP : Thrombose veineuse profonde
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

En 2014, un peu plus de 1,1 milliard d'individus a voyagé dans le monde entier, ce qui représente une augmentation de 4,4% depuis 2013 (1). Les destinations favorites des voyageurs internationaux sont le continent européen, l'Asie et le Pacifique et le continent américain (Amérique du Nord et Amérique du Sud).

L'Organisation mondiale du tourisme (OMT) définit le tourisme comme toutes « *les activités déployées par les personnes au cours de leurs voyages et de leurs séjours dans les lieux situés en dehors de leur environnement habituel pour une période consécutive qui ne dépasse pas une année à des fins de loisirs, pour affaires et autres motifs* » (2). Il est important de définir également la notion de voyage. Il s'agit de la période comprise entre le départ et le retour au domicile. Un voyage peut comprendre un ou plusieurs séjours, sachant que le séjour est défini comme un lieu dans lequel le voyageur a passé au moins une nuit. Le ou les motifs du voyage peut ou peuvent être personnels (les loisirs, les pèlerinages, éducatif, visite à de la famille et des amis) ou professionnels.

Les voyages ne sont pas toujours dépourvus de risques. Non seulement il peut exister un risque pour le voyageur lui-même d'ordre traumatologique, neuro-cardiovasculaire ou psychiatrique, mais aussi un risque pour l'entourage du voyageur à son retour. Par exemple, l'importation de pathologies, notamment infectieuses, de germes pathogènes ou même d'espèces animales ou végétales peut avoir de lourdes conséquences sur la santé et devient alors un problème de santé publique.

Devant l'augmentation du nombre de voyageurs et de voyages, une discipline est en pleine émergence : la médecine des voyages. Des centres de vaccinations internationales (CVI) ainsi que des consultations destinées aux voyageurs ont été créés.

Le médecin généraliste a toute sa place dans cette nouvelle spécialité. Il y joue un rôle central grâce à sa connaissance du patient. Son rôle de coordinateur des soins et sa mission de prévention en font un intervenant privilégié. C'est au médecin consulté de prévenir le voyageur des risques auxquels ils s'exposent en tenant

compte de ses antécédents, de sa destination et des conditions dans lesquelles aura lieu son voyage. C'est un véritable acte de prévention primaire et secondaire.

J'ai eu l'occasion au cours de mon stage chez le praticien d'assister à des consultations de conseils aux voyageurs au centre de vaccinations internationales du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen. N'ayant cependant assisté qu'à de rares consultations sur ce sujet en médecine générale cette discipline me paraissait, à tort, éloignée de ma spécialité. Je me suis pourtant aperçue que les objectifs de ces consultations étaient les mêmes que ceux d'une consultation de médecine générale. J'ai retrouvé dans la préparation d'un voyage à l'étranger les mêmes éléments constituant une consultation d'un médecin généraliste avec notamment l'anticipation, la prise en charge globale, la communication, la prévention et l'éducation.

De façon plus générale, en tenant compte de l'augmentation du nombre de voyageurs et du rôle du médecin généraliste dans le système de soins, cette question se pose : quelle est la prise en charge de ces patients avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes libéraux ?

Au travers de cette étude qualitative l'implication des médecins généralistes de Haute-Normandie (Seine-Maritime et Eure) sera analysée avec toutes les problématiques liées à ces consultations.

Dans un premier temps le rappel des généralités et celui des dernières recommandations en médecine des voyages seront développés. Puis, dans un deuxième temps les objectifs de cette étude ainsi que la méthode choisie seront expliqués. Après analyse et discussion des résultats, j'aborderai les problématiques rencontrées et les éventuelles perspectives permettant d'améliorer la prise en charge des consultations des voyageurs en médecine générale.

II. GÉNÉRALITÉS

Partir à l'étranger signifie également changer d'environnement. Le voyageur peut alors s'exposer à certains risques, dont beaucoup sont évitables grâce à un travail de prévention avant le départ. Ce dernier peut être réalisé par le médecin généraliste.

A. La consultation avant le départ à l'étranger

Si la destination d'un voyage est souvent précise, elle peut parfois être non définie à l'avance, avec un trajet qui se dessine au fil du séjour. Les motifs évoqués ou soupçonnés, eux, peuvent être multiples et variés :

- tourisme ;
- professionnel ;
- pèlerinage ;
- humanitaire ;
- aventure ;
- sportif ;
- pour rendre visite à de la famille et des amis ;
- en vue d'une adoption ;
- tourisme sexuel ;
- tourisme sanitaire.

La consultation avant le départ est une étape nécessaire voire indispensable à la préparation d'un voyage, surtout à l'étranger. Cette consultation permet d'évaluer les risques liés :

- aux voyageurs ;
- au mode de transport ;
- aux conditions du voyage à l'étranger.

Un des objectifs de cette consultation est préventif. Les conseils doivent s'adapter :

- au lieu du voyage ;
- au type de voyage ;
- aux conditions du voyage ;
- à la durée du voyage ;
- à la saison à laquelle a lieu le voyage ;
- au climat de la destination ;
- aux activités sur place ;
- au profil du voyageur (âge, sexe, antécédents, allergies) ;
- au traitement éventuel en cours ;
- au statut vaccinal du voyageur ;
- aux moyens de transport utilisés pour se rendre dans le pays en question mais aussi au sein de celui-ci ;
- à l'expérience du voyageur ;
- aux capacités financières du voyageur.

Plusieurs outils sont à la disposition du médecin en charge de cette consultation :

- des sites internet dont ceux du ministère des Affaires étrangères et du Développement international (<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/>), du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (<http://www.sante.gouv.fr>), de l'institut Pasteur (<http://www.pasteur.fr/fr>) ou encore de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (<http://www.who.int/fr>) ;
- le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) sur les recommandations sanitaires pour les voyageurs, publié chaque année au mois de Juin ;
- des ouvrages : « Voyage internationaux et santé » rédigé par l'OMS ou le « Health information for international travel » appelé également « Yellow Book » rédigé par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies américain (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) ;

- des centres de réponse téléphonique comme le propose Santé Voyages, CVI du CHU de Rouen ;
- des applications Smartphone (Apple® et Android®) comme celle créée par le CDC.

B. Place du médecin généraliste dans la médecine des voyages

Les compétences du médecin généraliste sont les suivantes (3,4) :

- premier contact et urgence ;
- globalité de la prise en charge ;
- éducation en santé, dépistage, prévention individuel et communautaire ;
- continuité, suivi et coordination des soins ;
- approche centrée sur le patient, relation et communication ;
- professionnalisme.

La médecine des voyages s'inscrit dans ces différents champs de compétence. Le médecin généraliste est d'ailleurs le professionnel de santé le plus consulté avant le départ et parfois le seul (5–7). L'orientation des patients vers un spécialiste, de la médecine des voyages ou non, lorsque cela est nécessaire fait partie de son rôle de coordinateur de soins.

C. Vaccinations

Les schémas vaccinaux se trouvent en annexe 1.

1. Les vaccinations quelle que soit la destination

Une mise à jour du carnet vaccinal selon les dernières recommandations françaises est indispensable (Annexe 2).

Il s'agit de la vaccination contre la poliomyélite, le tétanos et la diphtérie.

2. Les vaccinations obligatoires

a) *La poliomyélite*

En 2014, une modification a été apportée au Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 suite à la propagation internationale du virus de la poliomyélite (8). Pour trois pays exportateurs de poliovirus (le Pakistan, la Syrie et le Cameroun) les autorités de santé nationales doivent s'assurer que les personnes résidentes ou celles y ayant séjourné plus de quatre semaines et qui envisagent un voyage international, reçoivent une dose de vaccin contre la poliomyélite oral ou inactivé dans un délai allant de quatre semaines à douze mois avant leur départ. Cependant, il est important de rappeler que le virus circule également dans sept autres pays (Afghanistan, Guinée équatoriale, Éthiopie, Iraq, Israël, Nigéria et Somalie) mais sans exportation documentée dans d'autres pays.

b) *La fièvre jaune (Annexe 3)*

La vaccination contre la fièvre jaune ou vaccination antiamarile est soumise à une obligation administrative dans certains pays, selon le RSI (9). L'entrée dans ces pays ne peut se faire que sur présentation d'un certificat de vaccination qui ne peut être délivré que dans les CVI agréés. Il s'agit de la seule vaccination ne pouvant être réalisée en ville. Elle est obligatoire en Guyane.

Il s'agit d'un vaccin vivant atténué qui devra être réalisé dix jours avant le départ en cas de primovaccination.

La vaccination antiamarile est recommandée en cas de séjour en zone endémique même si elle n'est pas obligatoire comme au Sénégal.

La validité administrative de cette vaccination, est à ce jour de dix ans mais selon l'OMS, le rappel se serait plus nécessaire sauf en cas d'immunodépression (10). Cette recommandation devrait rentrer en vigueur à partir de juin 2016 (11).

c) *Les infections invasives à méningocoque (sérogroupes A, C, Y, W 135)*

La vaccination contre les méningocoques de sérogroupes A, C, Y, W 135 est obligatoire pour l'obtention d'un visa pour se rendre au pèlerinage de la Mecque en

Arabie Saoudite (9). L'injection de ce vaccin tétravalent doit être effectuée dix jours avant le départ.

3. Les vaccinations recommandées selon la destination

a) L'encéphalite japonaise (Annexe 4)

Le vaccin est réalisé à partir d'un virus inactivé et peut être administré à partir de l'âge de deux mois (9). Il est recommandé lors d'un séjour prolongé avec des activités extérieures fréquentes dans une zone à risque et plus particulièrement pendant la saison des pluies (de l'été jusqu'à l'automne).

Depuis juillet 2014, le vaccin Ixiaro® est réalisable en milieu libéral (12).

b) L'encéphalite à tiques (Annexe 5)

Le vaccin est réalisé à partir d'un virus inactivé et peut être administré à partir de l'âge d'un an (9). Il est recommandé lors de voyage dans des zones endémiques, rurales ou boisées, du printemps à l'automne. Une anticipation du voyage est nécessaire pour la réalisation sur plusieurs mois du schéma vaccinal.

c) Les infections invasives à méningocoque (Annexe 6)

Les vaccins méningococciques sont composés de polysides capsulaires du germe, conjugués ou non à une protéine. Il en existe trois :

- contre le méningocoque de séro groupe C (vaccin conjugué) ;
- contre le méningocoque des sérogroupe A et C (vaccin non conjugué) ;
- contre le méningocoque des sérogroupe A, C, Y et W 135 (vaccin conjugué).

La vaccination A, C, Y, W 135 est recommandée à tous les voyageurs se rendant dans une zone endémique, en particulière en Afrique sub-saharienne au niveau de la « ceinture de la méningite », lors de la saison sèche c'est-à-dire de l'hiver au printemps.

4. Les vaccinations recommandées selon les conditions et la durée de voyage

a) *L'hépatite A (Annexe 7)*

Le vaccin est réalisé à partir du virus inactivé et peut être administré dès l'âge d'un an (9). Il est recommandé pour tout voyage où l'hygiène est précaire et plus particulièrement chez les patients atteints d'une maladie hépatique chronique ou d'une mucoviscidose. Le remboursement de ce vaccin ne se fait que pour ces patients fragilisés. Il se réalise minimum quinze jours avant le départ.

Pour les patients aux antécédents d'ictère ou ayant vécu en zone d'endémie ou étant nés avant 1945, une recherche sérologique d'immunoglobulines G de l'hépatite A présente un intérêt. En effet en cas de sérologie positive cette vaccination devient inutile.

b) *L'hépatite B*

Le vaccin est composé de l'antigène HBs obtenu par recombinaison génétique et peut être réalisé dès la naissance (9). Il est recommandé pour des séjours fréquents ou prolongés dans les pays à forte ou moyenne prévalence du portage chronique du virus. Avant la vaccination, la recherche d'une infection occulte par le virus de l'hépatite B (VHB) devra être proposée chez les patients à risque.

220 millions d'individus dans le monde sont atteints d'une infection chronique par le VHB (13).

c) *La fièvre typhoïde (Annexe 8)*

Les vaccins disponibles en France sont composés d'un polysaccharide capsulaire de *Salmonella Typhi* et peuvent être administrés à partir de l'âge de deux ans . Il est recommandé pour les séjours longs et dans des conditions précaires, principalement en Inde. L'injection doit être réalisée minimum quinze jours avant le départ et sa protection est estimée pour une période de trois ans. Cependant cette protection n'est estimée qu'à 50 voire 65 %, rendant le respect des règles hygiéno-diététiques essentiel.

d) La rage (Annexe 9)

Les vaccins sont réalisés à partir d'un virus inactivé (9). Il est recommandé pour les séjours prolongés ou aventureux et en situation d'isolement dans des zones à haut risque. Il est particulièrement recommandé pour les jeunes enfants, dès que l'âge de la marche est acquis.

La vaccination préventive ne dispense pas d'un traitement curatif si ce dernier est nécessaire en cas de contact suspect. Les médecins généralistes sont habilités à réaliser la vaccination préventive contrairement à la vaccination post-exposition qui ne peut être pratiquée en France que dans les centres antirabiques (14).

e) La grippe saisonnière

Le vaccin, réalisé à partir d'un virus inactivé (bien qu'il existe un vaccin vivant administré par voie nasale) est recommandé à tous les voyageurs de plus de soixante-cinq ans, les adultes, les enfants à partir de six mois faisant l'objet de recommandation dans le calendrier vaccinal en vigueur, participant à un voyage en groupe ou en bateau de croisière (9). Il est également recommandé au personnel navigant sur des bateaux de croisière.

Le vaccin adapté à l'hémisphère Sud n'est à ce jour disponible que sur autorisation temporaire d'utilisation nominative.

f) La tuberculose

La vaccination par le bacille de Calmette et Guérin (BCG) est recommandée pour les enfants jusqu'à l'âge de quinze ans en cas de séjours fréquents ou supérieurs à un mois dans les pays à forte incidence tuberculeuse (9). Le vaccin est réalisé à partir d'un virus vivant atténué et peut être administré dès la naissance.

La séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une contre-indication ABSOLUE à cette vaccination et cela quelque soit le taux de CD4.

D. Les centres de vaccinations en Haute-Normandie

1. Définition d'un CVI

La vaccination anti-marienne ne peut être réalisée que dans des CVI, qui sont les seuls à pouvoir remettre un certificat international de vaccination (9).

Ils délivrent également, si nécessaire, un certificat de contre-indication à la vaccination anti-marienne. Ce dernier peut aussi être délivré par un médecin généraliste. Ces centres proposent également des consultations de conseils aux voyageurs.

Les CVI sont désignés par le (la) directeur (rice) de l'Agence régionale de santé de la région (15).

2. Adresses des centres de vaccination en Haute-Normandie (Annexe 10)

a) En Seine-Maritime

Il existe trois centres de vaccination en Seine-Maritime :

- le CHU de Rouen (Santé Voyages) ;
- le groupe hospitalier du Havre ;
- le centre médical international des marins au Havre.

b) Dans l'Eure

Un seul centre a été désigné : le centre hospitalier intercommunal de la ville d'Évreux.

E. Le paludisme

1. Définition

Le paludisme (du latin palus, paludis, marais), appelé également malaria (de l'italien mal'aria, mauvais air) est une parasitose transmise par la piqûre d'un moustique, l'anophèle (9,16). Le parasite responsable est un protozoaire du genre Plasmodium

Il existe cinq espèces responsables du paludisme :

- Plasmodium falciparum ;
- Plasmodium malariae ;
- Plasmodium ovale ;
- Plasmodium vivax ;
- Plasmodium knowlesi.

Les plus répandus sont Plasmodium falciparum et Plasmodium vivax. La forme la plus grave de paludisme est transmise par Plasmodium falciparum.

Le paludisme est une maladie fébrile aiguë dont la durée d'incubation est de sept jours (16). Les conséquences de cette maladie sont graves et non traitée, elle peut être mortelle. Son diagnostic est une urgence médicale.

Les pays et régions touchés par le paludisme sont répertoriés en annexe 11

2. Transmission

Les anophèles femelles sont les seules à piquer, principalement la nuit, à partir du coucher du soleil jusqu'à l'aube (16).

Le climat associant précipitations, température élevée et humidité, influence la survie et l'abondance des moustiques (17). La transmission est dans la majorité des cas saisonnière. Le pic de transmission se situe pendant et après la saison des pluies.

3. La chimioprophylaxie préventive

Il n'existe aucun moyen préventif assurant à lui seul une protection totale. Il est donc capital d'insister sur l'observance d'une protection contre les piqûres de moustiques, qui sera développée plus tard, associée à la chimioprophylaxie préventive (9).

La prescription d'une chimioprophylaxie doit être adaptée à la destination, aux conditions et à la durée du séjour ainsi qu'au profil du voyageur. Selon les nouvelles recommandations pour la prévention du paludisme chez le voyageur, décrites dans le BEH de juin 2015, la répartition des pays en trois groupes est supprimée et les chimioprophylaxies recommandées en fonction des résistances observées sont inscrites en toutes lettres pour chaque pays (9). Les molécules utilisées sont :

- la chloroquine ;
- l'association chloroquine et proguanil ;
- l'association atovaquone et proguanil ;
- la méfloquine ;
- les doxycyclines.

Les schémas prophylactiques sont résumés en annexe 12.

4. Cas particuliers

a) *Les séjours de plus de trois mois*

Lors d'un premier séjour, la chimioprophylaxie devrait être poursuivie au moins les six premiers mois (9). Si au-delà de cette durée l'observance d'un traitement à prendre continuellement, pendant plusieurs années, paraît difficile à respecter, la chimioprophylaxie pourra être modulée avec l'aide des médecins référents locaux. Par exemple, une prise intermittente pendant la saison des pluies ou lors de déplacement en zone rurale est possible. Une protection contre les piqûres de moustiques est indispensable, pendant toute la durée du séjour.

En cas de fièvre, une consultation médicale en urgence devra être réalisée. Ce conseil doit être répété au voyageur avant son départ.

b) Les séjours itératifs de courte durée

La prescription d'une chimioprophylaxie antipaludique n'est pas conseillée pour les séjours brefs (moins de sept jours) et répétés (9). Il en est de même pour les séjours de courte durée dans des zones à faible risque. La protection contre les piqûres de moustiques reste elle indispensable.

Toute fièvre se manifestant au moins une semaine après la première exposition lors d'un séjour, même de courte durée, en zone impaludée, doit être considérée comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire et cela jusqu'à trois mois après avoir quitté cette région (18,19).

F. Protection personnelle antivectorielle (PPAV)

Il sera principalement question de la protection contre les piqûres de moustiques, vecteurs de pathologies infectieuses, tels que le paludisme, la dengue, le chikungunya, l'encéphalite japonaise, la fièvre jaune ou encore la fièvre de la vallée du Rift, etc. Il s'agit de la première ligne de défense contre ces pathologies (20).

Les moyens de protections doivent s'adapter aux caractéristiques des moustiques (Annexe 13) : certains piquant la nuit comme l'anophèle, vecteur du paludisme, d'autre le jour comme les aèdes, vecteur de la dengue et du chikungunya.

La PPAV contre les piqûres de moustiques comprend (9,20) :

- les moustiquaires, imprégnées d'insecticide dans la mesure du possible et intactes ;
- les vêtements longs, imprégnés d'insecticide ;
- les répulsifs cutanés, dont la durée de variation varie de 4 à 8 heures selon la nature et la concentration de la substance active ainsi que des conditions d'utilisation ;
- la destruction des gîtes larvaires.

Les arbres décisionnels se référant aux choix de stratégie de PPAV sont en annexe 14.

Une PPAV contre les autres arthropodes hématophages tels que les puces, les tiques, les phlébotomes ou encore les glossines est indispensable. Les règles de protection sont les mêmes que pour les moustiques (9).

G. Les règles hygiéno-alimentaires

1. La diarrhée du voyageur

La diarrhée est le symptôme le plus fréquent chez le voyageur. On parle également de turista. 50 à 80 % des voyageurs partant pour un séjour de trois semaines souffrent de diarrhée (9,16). L'origine de cette diarrhée est diverse :

- bactérienne (*Escherichia coli*, *Salmonella typhi*, *Vibrio cholerae*, *Yersinia enterocolitica*, etc.) ;
- virale (virus de l'hépatite A, rotavirus, norovirus, etc.) ;
- parasitaire (*Giardia intestinalis*, *Cryptosporidium spp*, etc.).

La turista est défini par une fréquence d'au moins trois selles pendant vingt-quatre heures, associée à au moins un symptôme d'accompagnement (vomissements, douleurs abdominales ou fièvre par exemple) (21).

La diarrhée souvent bénigne et de courte durée peut avoir des conséquences plus dramatiques sur certains terrains fragilisés (9). Une consultation médicale est nécessaire, en particulier pour les voyageurs souffrant de pathologie chronique, pour les enfants et pour les personnes âgées, mais également en cas de diarrhée glairo-sanglante, fébrile ou non.

Une chimioprophylaxie préventive n'a pas sa place. Elle n'est conseillée que dans des cas particuliers comme les patients souffrant de maladies inflammatoires chroniques intestinales ou chez lesquels une trop grande perte liquidienne est à éviter, comme les patients sous diurétiques, digitaliques ou encore sous antiarythmiques (9,22). Sa prescription nécessite un avis médical spécialisé. La prévention repose avant tout sur des conseils hygiéno-diététiques.

Les mesures d'hygiène se basent principalement sur un lavage minutieux des mains (9,16) :

- avant le repas ;
- avant de cuisiner ou de manipuler des aliments ;
- après un passage aux toilettes ;
- avant et après la réalisation de soins.

Il s'effectue idéalement avec de l'eau et du savon. Si cela n'est pas possible, le voyageur peut utiliser une solution hydro-alcoolique (SHA) qui doit être composée de plus 60 % d'alcool (23). Les SHA ne sont pas aussi efficaces que le lavage avec le savon sur les parasites comme *Cryptosporidium* spp ou sur les virus tels les norovirus. Elles ne sont également pas efficaces si les mains sont très souillées.

Un séchage soigneux est conseillé. L'usage de serviette à l'hygiène douteuse mise à la disposition dans les toilettes est à éviter.

Si le voyageur séjourne dans une région dans laquelle l'eau est insalubre, l'hygiène bucco-dentaire doit être réalisée avec de l'eau minérale, en bouteille encapsulée ou de l'eau traitée.

2. L'alimentation du voyageur

Certaines mesures alimentaires sont conseillées lors d'un séjour à l'étranger.

a) Les aliments

Les règles alimentaires sont (9,16,24) :

- éviter la consommation d'aliments crus, même dans les hôtels. Les légumes et les fruits doivent être épluchés si possible, par le voyageur lui-même ;
- consommer des aliments cuits ou bouillis à une température supérieure à 60°C ;
- éviter la consommation de produits laitiers s'ils ne sont pas pasteurisés. Le lait non pasteurisé devra être bouilli avant d'être consommé ;

- ne pas consommer d'aliments lorsque la chaîne du froid a été rompue ;
- éviter la consommation d'œufs crus ou non cuits suffisamment ;
- éviter la consommation de crustacées, de coquillage et de poissons pouvant être vecteurs de pathologies infectieuses bactériennes, parasitaires ou virales ;

Il est conseillé au voyageur de se renseigner sur la provenance du poisson avant d'en consommer. Certaines espèces de poissons de mer peuvent se révéler toxiques si elles ont été contaminées par une microalgue (*Gambierdiscus toxicus*). Elle est présente dans les récifs coralliens et est responsable de la ciguatera. Il s'agit d'une intoxication alimentaire.

b) L'eau et les autres boissons

L'eau doit être consommée en bouteille, encapsulée et ouverte devant le voyageur, disponible dans la grande majorité des villes à l'étranger (9,16). L'eau en sachet pouvant être impropre à la consommation n'est pas conseillée. La consommation de glace et de glaçons sera à éviter. Le voyageur doit aussi éviter la consommation de jus de fruits artisanaux. Seuls les jus de fruits pasteurisés peuvent être consommés.

Pour les circuits aventureux, il est conseillé de :

- filtrer l'eau avec des filtres spéciaux puis la désinfecter à l'aide de produits à base de dichloroisocyanurate de sodium ou d'hypochlorite de sodium. Tous les agents pathogènes ne sont pas détruits par les traitements chimiques. Il est donc conseillé de combiner plusieurs méthodes si l'eau ne peut être bouillie. ;
- faire bouillir l'eau pendant une minute à gros bouillons ;
- de mettre l'eau ainsi stérilisée dans des contenants stériles prévus à cet effet.

3. L'hygiène corporelle du voyageur

Le voyageur doit porter un soin particulier aux blessures, superficielles ou non. Elles constituent des portes d'entrées infectieuses, surtout chez les patients fragilisés (comme les patients diabétiques par exemple) ou immunodéprimés (9). Il est également conseillé de :

- ne pas marcher sans chaussures sur les plages ;
- ne pas s'allonger sur le sable, même sur un drap de bain ;
- porter des chaussures fermées lorsque les sols sont humides ou boueux ;
- ne pas se baigner ni marcher dans les eaux douces ;
- se protéger du soleil ;
- porter des vêtements perméables, adaptés au climat et aux risques d'exposition ;
- ne pas faire sécher son linge à l'extérieur ou en contact du sol ;
- éviter tout contact avec les animaux.

H. Environnement

1. Lieu du voyage

L'hébergement peut varier d'un voyageur à un autre. Il peut se trouver en zone rurale comme en zone urbaine, soit dans des hôtels de luxe ou dans des conditions précaires. Les modalités d'hébergement doivent être connues avant le départ afin de prévenir les risques pouvant être encourus.

2. Saison et climat

a) La saison

La saison durant laquelle aura lieu le séjour doit être connue par le voyageur mais aussi par le médecin. Des conseils appropriés pourront ainsi être délivrés. Par exemple pendant la saison sèche, entre décembre et juin, le risque de méningite à

méningocoque est plus important dans les pays appartenant à la « ceinture de la méningite » de l'Afrique sub-saharienne (25).

b) Environnement climatique

(1) Exposition à la chaleur :

Le risque principal est le coup de chaleur responsable d'une déshydratation, de troubles de la conscience et d'une altération de l'état général (9). C'est une urgence médicale avec un risque mortel en particulier pour les âges extrêmes et pour les patients ayant des comorbidités. Pour le prévenir, il est conseillé de :

- ne pas s'exposer au soleil et de s'en protéger ;
- boire régulièrement même en cas d'absence de sensation de soif ;
- limiter les activités physiques ;
- utiliser la ventilation ou la climatisation ;
- éviter les lieux trop confinés, sans source d'aération.

Une déshydratation peut être favorisée par certains médicaments (Annexe 15). Ce risque sera augmenté en cas d'exposition à la chaleur. Le traitement devra donc être réévalué afin de modifier la posologie ou même de le stopper temporairement.

(2) Exposition au grand froid :

Les premiers signes d'alarme d'une hypothermie débutante sont les frissons et l'engourdissement des extrémités (9). Ils doivent être connus du voyageur. C'est une urgence médicale, en particulier pour les âges extrêmes et les patients ayant des comorbidités. Pour prévenir ces risques, il est conseillé de :

- ne pas s'exposer de façon prolongée ni au froid, ni au vent ;
- se vêtir d'une tenue adaptée. Elle doit comporter plusieurs couches. La couche externe doit être imperméable à l'eau et au vent ;
- bien se protéger la tête, le visage, les mains et les pieds ;
- lutter contre l'humidité ;
- éviter les efforts, en particulier chez les patients souffrant de pathologies cardiovasculaires.

Un voyage avec un risque d'exposition au froid est contre-indiqué chez les patients ayant des comorbidités cardiovasculaires. La recherche des signes d'insuffisance coronarienne et d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est indispensable, surtout si elle est méconnue.

(3) Exposition au soleil :

Les risques de cette exposition sont liés aux radiations solaires (UVA et les UVB) (9). La prévention passe par :

- le port de vêtements couvrants et éventuellement photoprotecteurs ;
- le port de lunettes de soleil à verres filtrants, certifiés CE (CE3 ou CE4) ;
- le port de chapeau à larges bords, protégeant le visage et le cou ;
- l'absence d'exposition entre midi et 16 heures, heures durant lesquelles le soleil est au zénith ;
- l'application régulière et correcte d'un écran solaire sur toutes zones photoexposées. Il doit être adapté au phototype du voyageur.

Il faudra également se méfier des réactions de photosensibilisation liées à la prise de certaines molécules (9) (Annexe 16). L'analyse de l'ordonnance du patient voyageur à la recherche de produit photosensibilisant fait partie intégrante de la consultation du médecin. Elle doit se faire en été mais également lorsque le patient part dans des pays où l'exposition solaire est importante, comme en République Dominicaine l'hiver.

3. Catastrophes naturelles

Elles sont diverses : ouragan, cyclone, tsunami, inondation, éruption volcanique ou bien encore tremblement de terre (26). Certaines sont imprévisibles, d'autres sont favorisées par les conditions climatiques dans des zones spécifiques. Il est de la responsabilité du voyageur de se renseigner sur sa destination avant son départ.

Ces phénomènes naturels ont des conséquences sur la santé du voyageur :

- maladies infectieuses et risque d'épidémie (choléra, paludisme, fièvre typhoïde, etc.) ;
- traumatisme et blessure ;
- décompensation aiguë d'une pathologie chronique.

Il est conseillé avant un départ à l'étranger de s'enregistrer sur le service Ariane sur le site <http://www.diplomatie.gouv.fr>. Ce service permet au voyageur d'être tenu informé par le ministère des Affaires étrangères et du Développement international des risques dans le pays de séjour mais également de recevoir des conseils de sécurité. L'inscription est gratuite.

4. Pollution

La pollution est due aux émissions des gaz d'échappement des véhicules motorisés mais aussi par les productions industrielles (26). Elle peut également être secondaire à une contamination de l'air après une catastrophe naturelle (éruption volcanique) ou accidentelle (incendie comme celui survenu à Tianjin le 13 Août 2015). La pollution peut s'aggraver selon le climat et la zone géographique.

La concentration trop élevée de certaines particules polluantes a des conséquences sanitaires, notamment respiratoires. Les voyageurs souffrant de pathologies préexistantes telles que l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les maladies cardio-vasculaires doivent être particulièrement vigilants. Éviter la fréquentation de certaines destinations et réduire l'activité physique dans ces régions seront à conseiller à ces patients.

5. Activités sur place

Afin de bien préparer un voyage, le patient doit se renseigner sur les activités éventuelles prévues sur place et en avertir son médecin.

a) *Plongée sous-marine avec bouteilles*

Un avis médical est nécessaire avant le départ si le patient voyageur a un projet de plongée sous-marine. Beaucoup de clubs de plongée proposent des initiations à la plongée dans les hôtels fréquentés par les touristes. En général les responsables de ces clubs connaissent parfaitement les risques dont le plus grave est l'embolie gazeuse (9). Douze heures avant de reprendre un avion, la pratique de la plongée sous-marine est déconseillée.

Il n'est pas conseillé de plonger non accompagné et dans des zones non connues (16).

b) *Sécurité nautique*

Pour toutes les activités nautiques (planche à voile, sport à pagaie, petites embarcations, scooter des mers entre autres), il convient de respecter les règles de sécurité et le code de conduite maritime (27). Il faudra également prévenir l'exposition à la chaleur et au soleil.

c) *Baignades*

Tous les points d'eau présentent des risques (16) :

- infectieux (ORL, digestif, respiratoire, cutané principalement) ;
- physiologiques (hydrocution secondaire à un choc thermique, exposition au soleil et à la chaleur) ;
- de noyade ;
- traumatiques ;
- d'empoisonnement et de toxicoses (contamination de l'eau par des produits chimiques, piqûre ou morsure de poissons ou végétaux marins).

La vigilance est de rigueur dans une piscine, un spa, un point d'eau douce ou lors de baignade en mer. Il existe des risques avec les eaux peu profondes.

Lors de baignade, il est conseillé de :

- nager dans une zone surveillée par un sauveteur. La présence d'un *lifeguard on duty* (sauveteur présent sur les lieux) est plus rare dans les pays étrangers ;
- surveiller les enfants et les personnes âgées. De façon plus générale tout nageur doit être surveillé ;
- mettre des bouées homologuées et adaptées à la morphologie des enfants ;
- ne pas tourner le dos à la mer ou à l'océan à cause des vagues pouvant être puissantes et surprendre les nageurs ;
- ne pas nager seul ;
- ne pas nager où les locaux ne nagent pas.

d) *Altitude : randonnées et excursions*

Le risque principal est l'hypoxie. Elle est due à une diminution de la pression atmosphérique lorsque l'altitude augmente. Une baisse de la pression partielle en oxygène. À partir de 2500 mètres d'altitude, la pression partielle en oxygène est inférieure de 26% à celle mesurée au niveau de la mer (16). Cette pression est équivalente à celle maintenue dans les cabines des avions. Les patients ayant des antécédents respiratoires et cardiovasculaires sont plus à risque.

Le « mal de l'altitude » apparaît lorsque l'acclimatation à l'altitude n'a pas été faite. Plus l'ascension est rapide, plus il existe un risque de voir apparaître un « mal de l'altitude ». Il apparaît fréquemment à des altitudes supérieures à 2750 mètres (16). Il peut s'agir d'un « mal aigu des montagnes » qui disparaît spontanément dans les vingt-quatre à quarante-huit heures ou plus grave, d'un œdème pulmonaire ou cérébral. Certains aéroports se situent à des altitudes élevées comme par exemple l'aéroport de La Paz en Bolivie, situé à 4000 mètres d'altitude. À cette altitude la pression partielle en oxygène est inférieure de 41% à celle mesurée au niveau de la mer. Dans de telle condition, le patient doit être vigilant dès son arrivée. La prudence doit être de mise dans les stations de ski situées en haute altitude, soit à partir de 2000 mètres au-dessus du niveau de la mer, comme dans les Alpes ou dans la région du Colorado aux Etats-Unis.

Les activités au-dessus de 2500 mètres d'altitude sont contre-indiquées aux patients souffrant de (16) :

- BPCO sévère ;
- hypertension pulmonaire ;
- angor instable ;
- drépanocytose.

Une vigilance particulière doit être portée aux voyageurs (9,16) :

- hypertendus ;
- souffrant d'une coronaropathie stable ;
- diabétiques ;
- asthmatiques ;
- ayant une BPCO légère ;
- femmes enceintes ;
- de moins de 7ans.

Tout projet d'excursion ou de randonnée en altitude nécessite une consultation médicale avant le départ, surtout en cas d'antécédent de mal aigu des montagnes. Pour éviter les risques secondaires à l'altitude, il est conseillé de faire une ascension progressive et de se laisser un temps d'adaptation de quelques jours, au repos. Le premier traitement du « mal de l'altitude » est de descendre au plus vite à un niveau d'altitude inférieur.

Il existe un traitement préventif qui est parfois préconisé (9) :

- l'acétazolamide ;
- la dexaméthasone ;
- la nifédipine : prescrit hors AMM, elle prévient de l'œdème pulmonaire.

e) *Pratiques sportives*

Le décalage horaire, le changement climatique, la fatigue du voyage et le manque d'entraînement augmentent les risques liés aux activités sportives, notamment (9) :

- de blessures ;
- de fractures, comme aux sports d'hiver par exemple ;
- cardiovasculaires, en particulier chez les patients non sportifs âgés de plus de cinquante ans.

Une évaluation médicale avant le départ doit être réalisée si des activités sportives sont prévues.

6. **Faune et flore**

a) *Faune (animaux autre que les arthropodes)*

(1) Les mammifères terrestres et les oiseaux

Le contact avec un animal peut être à l'origine de pathologies infectieuses appelées zoonoses (9). La nature du contact varie : caresse, morsure, griffure ou léchage. La grande majorité des animaux sauvages fuit le contact humain mais certains peuvent avoir des comportements agressifs lorsqu'ils se sentent menacés par la présence humaine et lorsqu'ils veulent protéger leurs petits ou lorsqu'ils sont enragés (16). La première mesure préventive est l'absence de contact avec les animaux.

Les zoonoses peuvent être virales, bactériennes, fongiques ou parasitaires. Certaines sont bénignes d'autres peuvent être mortelles comme la rage. Dans tous les cas de morsure, griffure ou de léchage d'une peau lésée il faut (9,28) :

- laver immédiatement la lésion avec de l'eau et savon, pendant 15 minutes ;
- appliquer un antiseptique ;
- contacter les structures médicales du pays pour consulter un médecin et afin de recevoir si cela est nécessaire une prophylaxie adaptée.

Les enfants sont particulièrement à risque de part leur taille et leur comportement (28). Il faut donc bien les surveiller et les vacciner contre la rage en cas de séjour dans une zone à risque.

(2) Les animaux aquatiques (Annexe 17)

Ils sont à l'origine de morsures parfois létales comme cela peut être le cas avec les requins, les murènes ou les crocodiles (16). D'autres espèces d'animaux aquatiques sont à l'origine de piqûre venimeuse comme les méduses, les vives, les rascasses ou le poisson-pierre. La puissance du venin varie d'une espèce à une autre. Il est donc déconseillé de nager ou de plonger dans des zones occupées par de grands prédateurs et de les provoquer.

Certains moments de la journée et certaines conditions météorologiques sont plus propices aux attaques, notamment de requins. Il faut donc éviter toute baignade ou activités comme la plongée ou le surf à ces moments-là. Le voyageur peut également se renseigner auprès des habitants afin d'avoir des informations sur les zones à éviter et sur les espèces dangereuses.

(3) Les serpents, scorpions et araignées

Les morsures ou piqûres de serpents, scorpions et araignées peuvent avoir des effets (16) :

- cutanée et tissulaire secondaires à l'injection de venin ;
- neurologique lorsque le venin de l'espèce contient des neurotoxines. Les conséquences peuvent être dramatiques : malaise, paralysie, coma voire décès de la victime ;
- ophtalmologique si le venin est projeté dans les yeux ;
- anticoagulante à l'origine d'une hémorragie et d'un décès ;
- allergique.

Toute morsure ou piqûre par ces animaux est une urgence médicale et vitale nécessitant un avis spécialisé (9).

Il est conseillé de porter des chaussures montantes et fermées ainsi que des pantalons lors de séjour dans les zones infestées par des serpents, des scorpions ou des araignées (16). Les vêtements et chaussures sont à inspecter avec de les mettre et la vigilance doit être accrue la nuit.

b) La flore

Il est déconseillé de manipuler ou d'ingérer certains végétaux pouvant présenter une toxicité plus ou moins grave.

L'arrêté du 21 Janvier 2015 fixe les quantités des végétaux et des produits végétaux autorisés à l'importation dans les bagages des voyageurs (29) (Annexe 18).

7. Conflits géopolitiques

Certaines destinations sont déconseillées à cause de conflits internes ou externes pouvant mettre en péril la sécurité du voyageur. Ce dernier doit donc se renseigner sur la situation politique avant son départ à l'étranger, notamment sur le site du ministère des Affaires étrangères et du Développement international (www.diplomatie.gouv) qui donne une information détaillée, pays par pays et mise à jour régulièrement.

8. Us et coutumes

Voyager dans un pays étranger signifie également découvrir de nouvelles coutumes et traditions et les respecter comme :

- la ou les religions pratiquée(s) ;
- les codes vestimentaires ;
- les codes alimentaires, y compris la consommation d'alcool ;
- la consommation ou le port de drogue

- l'usage de certains traitements médicaux, parfois interdits (la codéine et les morphiniques en Géorgie ou au Qatar par exemple).

Le non-respect de la loi peut dans certains pays avoir des conséquences juridiques importantes telles que la réclusion criminelle ou la peine de mort (30).

I. Les moyens de transports

1. Transport routier et sécurité routière

Les accidents de la voie publique sont la première cause de rapatriement sanitaire (9). Le port de la ceinture de sécurité dans une voiture, le port d'un casque sur un deux roues ainsi que l'utilisation d'un siège auto pour les enfants sont recommandés. Le voyageur devra faire attention au sens de la conduite, inversée dans certains pays. Il est d'ailleurs conseiller de prendre un chauffeur. Le piéton devra également être attentif lors de la traversée d'une route.

En cas de trajet de longue durée, une prévention contre les risques thromboemboliques est conseillée. Il n'existe pas de consensus à ce sujet.

2. Transport aérien

a) Le risque thromboembolique

Le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) est doublé en cas de voyage en avion (9). Il est conseillé pour tous les voyageurs de bien s'hydrater et d'essayer de se mobiliser un maximum (par exemple faire des exercices assis pour faire bouger les jambes et / ou marcher dans l'avion).

Pour les patients ayant un facteur de risque thromboembolique (antécédents de TVP ou d'embolie pulmonaire, cancer, intervention chirurgicale récente, etc.), une contention élastique de grade 2 (soit une pression de 15 à 30 mmHg) au niveau des membres inférieures est conseillée (9). Cela devrait être élargi pour tous les voyages dont la durée dépasse six heures. La prescription d'une anticoagulation préventive par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) n'est pas validée dans ce contexte. Si le médecin la juge nécessaire en cas de facteur de risque important, elle se fera

donc hors autorisation de mise sur le marché (AMM). La prise d'aspirine n'a montré aucune efficacité d'un point de vue préventif.

b) Les contre-indications à un voyage aérien (Annexe 19)

La liste des contre-indications selon les recommandations de l'OMS n'est pas exhaustive (16). L'aptitude de voyager est une décision qui devra être prise au cas par cas.

c) Le décalage horaire

Il faut distinguer les voyages se faisant vers l'Ouest ou vers l'Est impliquant la traversée de plusieurs fuseaux horaires et plus fatigants des voyages vers le Nord et le Sud dans un même fuseau horaire. Le décalage horaire peut être à l'origine de certaines prises de risques : la fatigue peut être responsable d'accidents par exemple et l'observance d'un traitement peut ne pas être adaptée entraînant ainsi une décompensation.

La mélatonine aide à resynchroniser le rythme veille/sommeil avec le cycle jour/nuit (9). Elle est utilisée dans la prévention du jet lag, cependant le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ne recommande pas son utilisation pour en corriger les effets.

3. Transport maritime

Le risque de survenue d'épidémie comme la grippe, les gastro-entérites aiguës ou encore la légionellose, est accru lors de voyage en bateau du fait de la situation de confinement et des nombreuses escales dans le cas des croisières (9). Un service médical est disponible à bord des navires mais ne dispensera pas d'une hospitalisation si celle-ci est nécessaire (16).

4. Maux des transports

Tous les modes de transports peuvent être à l'origine de maux des transports mais leur survenue est plus fréquente en bateau (9). Il existe des traitements pour

les prévenir comme les antihistaminiques de première génération qui ont un effet sédatif.

J. Risques liés à certains comportements

1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

Le voyage peut être une période de rencontre avec de nouveaux partenaires.

Les infections sexuellement transmissibles se transmettent lors de rapports hétéro ou homosexuels, avec un ou une partenaire contaminé(e) par un agent pathogène (31). Les rapports buccogénitaux sont également à risque.

Il existe une trentaine d'IST. Il peut s'agir d'infections virales, bactériennes, parasitaires ou fongiques. Certaines sont incurables et modifient la qualité de vie (9). C'est le cas par exemple avec l'infection par le VIH, le VHB et le virus de l'hépatite C (VHC). Leur transmission est diminuée grâce à l'usage de préservatifs, masculins ou féminins qui doivent être aux normes NF.

La vaccination constitue une protection pour certaines IST (9). C'est le cas pour l'hépatite B et certains papillomavirus humains responsables de cancer. Les doses administrées doivent se faire selon le calendrier vaccinal. Elle ne dispense pas d'utiliser des préservatifs.

2. Tourisme sexuel

Le tourisme sexuel est défini comme un voyage prévu spécifiquement dans l'objectif d'avoir des relations sexuelles (32). Ces touristes sont principalement des hommes qui séjournent dans des pays en voie de développement ou défavorisés économiquement. Même si cela est plus rare, des femmes se rendent aussi dans certains pays pour y faire du tourisme sexuel. C'est par exemple le cas en Tunisie ou en République Dominicaine. L'Afrique, l'Asie, l'Amérique centrale et latine et l'Europe de l'est sont les destinations les plus fréquentes pour les touristes sexuels (33).

Si cette pratique touche des enfants, il s'agit d'un acte pédophile, puni par la loi française (34). Les coupables s'exposent à des condamnations prévues par le droit du pays dans lequel l'acte a été commis. S'il n'y a pas d'accord de transfert vers la France, la peine sera purgée dans sa totalité dans le pays condamnant. Le plus fréquemment, il s'agit d'emprisonnement de longue durée, parfois à perpétuité. Cette peine peut être associée à la réalisation de travaux forcés. Selon les articles 113-6 et 227-21-1 du code pénal, un citoyen français commettant un crime dans un pays étranger peut être poursuivi en France. Selon l'article 222-22 du code pénal, un individu reconnu d'acte pédophile commis dans un pays ne les condamnant pas pourra être poursuivi en France.

3. Tourisme sanitaire

On parle également de tourisme médical. Il consiste à voyager à l'étranger pour des raisons médicale, chirurgicale ou dentaire (35). Les raisons de cette pratique sont variables :

- coût plus bas et accessible de certaines procédures (par exemple la chirurgie esthétique en Tunisie) ;
- recevoir un traitement non disponible ou non possible en France ;
- recevoir des soins de la part de professionnel ici de la même culture que le voyageur.

Le risque principal de cette pratique est infectieux. Il peut être secondaire à un geste invasif ou à une résistance aux antibiotiques à cause de la présence de bactéries multirésistantes (BMR). Les infections peuvent être également nosocomiales.

Le voyageur réalisant du tourisme sanitaire s'expose aussi au risque de recevoir des soins de moindre qualité.

4. Risques liés aux pratiques de tatouages et de piercing

La réalisation de tatouage et/ou de piercing expose à des risques de transmission par voie sanguine d'agents pathogènes (VHC, VHB, VIH, mycobactéries environnementales particulièrement) suite à l'utilisation d'un matériel souillé, mal ou non stérilisé et/ou non à usage unique (9).

Un eczéma de contact peut se développer après la réalisation d'un tatouage éphémère réalisation avec de la poudre de henné de couleur noir contenant un ingrédient très allergisant (le paraphénylènediamine) lorsqu'il est ajouté en quantité illégale (36). Les cicatrices provoquées peuvent être indélébiles et il existe un risque d'allergie croisée à d'autres substances sur le long terme.

5. Risque liés à la prise de toxiques

a) L'alcool

L'alcool est à consommer avec modération. Les règles d'usage sont les mêmes qu'en France. Leur non-respect est passible de condamnation. Sa consommation excessive est responsable de risques (9):

- psychiatriques : trouble du comportement, gestes hétéro et / ou autoagressifs, hallucination, etc. ;
- traumatiques : accident de la voie publique, chute, etc. ;
- de noyade ;
- de rapports sexuels non protégés, non consenti ;
- de trouble de la conscience (coma éthylique).

Il est fortement déconseillé de consommer de l'alcool de fabrication artisanale (37). Ce dernier peut être frelaté et être à l'origine d'intoxication mortelle comme cela a été le cas récemment sur les îles de Bali et Lombok en Indonésie.

Il est conseillé aux voyageurs, et surtout aux voyageuses, de ne pas laisser leur boisson sans surveillance (38). Des drogues aux propriétés sédatives et amnésiantes comme le GHB peuvent y être ajoutées favorisant les agressions sexuelles et les viols.

Des pays comme l'Arabie Saoudite et l'Iran interdisent la consommation, la possession et l'importation d'alcool (38). Le voyageur qui souhaite s'y rendre doit respecter la législation de ces pays

b) La drogue

La prise de drogue entraîne de nombreux risques, parfois mortels. On distingue les risques sanitaires des risques juridiques.

Concernant les risques sanitaires, il s'agit de (9) :

- risques infectieux : VHC, VHB, VIH, infection cutanée au niveau point d'injection, septicémie, endocardite, etc. L'usage de seringues usagées et souillées de sang ainsi que leur échange favorisent ces infections ;
- risques psychiatriques : trouble du comportement, gestes hétéro et / ou autoagressifs, hallucination, etc. ;
- risques traumatiques : accident de la voie publique, chute, etc. ;
- risque de noyade ;
- risque de rapports sexuels non protégés, non consentis ;
- risque d'intoxication et surdosage (overdose).

Concernant les risques juridiques, le voyageur doit savoir que la possession et l'usage de drogue sont illégaux dans la majorité des pays étranger (38). Les peines encourues varient selon les pays : il peut s'agir d'une peine d'emprisonnement comme en Tunisie ou au Venezuela (respectivement 20 et 30 ans) ou de la peine de mort comme en Indonésie, Malaisie ou en Thaïlande par exemple.

Il est également conseillé aux voyageurs de n'accepter de transporter un colis ou une valise ne lui appartenant pas (38). Si de la drogue s'y trouve, le voyageur sera considéré comme le propriétaire de la drogue et sera condamné en considération.

K. La trousse à pharmacie du voyageur

Elle doit être adaptée selon le voyage et selon le voyageur. La trousse idéale n'existe pas (9). Les médicaments ne peuvent être délivrés pour une durée supérieure à trois mois si une demande auprès de l'Assurance Maladie n'a pas été effectuée. Au minimum, elle peut contenir :

- des traitements systémiques :
 - un antalgique et un antipyrétique comme le paracétamol ;
 - un antiémétique ;
 - un antidiarrhéique sécrétoire ;
 - un antihistaminique.
- une protection antipaludique :
 - une chimioprophylaxie ;
 - des répulsifs contre les moustiques ;
 - des produits pour imprégner la moustiquaire ainsi que les vêtements.
- des antibiotiques, à évaluer selon les patients, les conditions du voyage. Leur utilisation nécessite une éducation de la part du prescripteur ;
- d'autres produits pour la réalisation de soins locaux :
 - un collyre antiseptique en format monodose ;
 - une crème écran solaire ;
 - des pansements stériles, des compresses, un antiseptique cutané,
 - une SHA ;
 - une pince à épiler ;
 - un tire-tique (Annexe 20)
 - des préservatifs aux normes NF ;
 - etc.
- le traitement habituel (y compris la contraception orale).

Pour les enfants, voyager avec des solutés de réhydratation orale est conseillé (9). La posologie de tous les traitements sera à adapter au poids de l'enfant.

Il est conseillé de transporter ses médicaments, en particulier dans la cadre d'une pathologie chronique, en bagage à main, dans leurs emballages respectifs et avec l'ordonnance sur soi (9). Cette dernière doit être rédigée en dénomination commune internationale (DCI) avec une posologie en poids et non en nombre de comprimés (22). Un certificat rédigé en anglais, précisant les caractères indispensables des injections est nécessaire pour les traitements requérant des seringues, aiguilles ou stylos injecteurs. Les conditions de conservation des traitements devront être respectées (température adaptée, transport dans un sac isotherme si besoin).

L. Cas particuliers

1. Les personnes âgées

Selon l'OMS, une personne est âgée à partir de soixante ans (39). L'âge n'est pas une contre-indication au voyage mais l'état physique du voyageur peut l'être. Cependant du fait que l'augmentation des pathologies dites chroniques avec l'âge un voyage peut présenter des risques supplémentaires aux risques habituels (9). Une consultation avant un départ à l'étranger est fortement conseillée.

2. La femme enceinte et l'allaitement maternel en voyage

La grossesse n'est pas une contre-indication absolue au voyage mais appelle à de la vigilance. Le deuxième trimestre est la période conseillée pour voyage (16). La majorité des compagnies aériennes restreint les voyages en fin de grossesse. Pour tous les cas de grossesse compliquée, une autorisation médicale est nécessaire. Le choix de la destination devra se faire en toute connaissance des risques encourus. Certaines pathologies contractées au cours d'un voyage peuvent avoir de graves répercussions sur la santé de la mère et du fœtus. C'est le cas notamment du paludisme ou de l'hépatite E.

De façon générale les longs trajets qu'ils se fassent en voiture ou en avion ne sont pas conseillés aux femmes enceintes (9). En effet le risque de maladie thromboembolique est plus élevé au cours d'une grossesse.

L'absence de contre-indication à la prescription d'un traitement doit être systématiquement vérifiée et nécessite un avis médical. Le choix du traitement antipaludique, s'il est nécessaire, se fera en connaissance des contre-indications. Les vaccins vivants sont contre-indiqués par précaution du fait de l'existence de complications théoriques pour le fœtus. Devant les conséquences graves de la fièvre jaune, la vaccination anti-amarile peut être réalisée en début de grossesse ou quelque soit le stade s'il n'y a pas de possibilité de différer le voyage en zone endémique (9,16).

Une attention particulière sera portée quant à la réalisation d'activité sur place. La voyageuse enceinte devra éviter les activités intenses (randonnée, trekking, activités en altitude, etc.) et se protéger des conditions extrêmes. La consommation de drogue et d'alcool est déconseillée.

Pour les femmes allaitant, avant tout départ à l'étranger, il faudra s'assurer de l'absence de contre-indication au traitement tel que la chimioprophylaxie antipaludique et à la réalisation de vaccination, en particulier lorsqu'il s'agit de vaccin vivant. En 2010, trois cas d'encéphalite vaccinale chez des nourrissons allaités après la réalisation d'une vaccination anti-amarile chez leurs mères ont été rapportés (40) (41).

Un avis médical et obstétrical doit être envisagé avant le départ à l'étranger.

3. Le voyage au féminin

Les violences, physiques, psychiques et sexuelles faites aux femmes sont des problèmes de santé publique auxquels la femme voyageuse, surtout seule, peut être confrontée (42). Les voyageuses doivent s'informer des coutumes et des risques encourus dans le pays dans lequel elles ont prévu de séjourner. La place de la femme dans la société peut être différente d'un pays à un autre, aussi est-il conseillé

de respecter les traditions, notamment sur le plan vestimentaire, et la législation locale. Par exemple en Arabie la conduite de véhicule (voiture, vélo, bicyclette) est interdite aux femmes.

4. Les nourrissons, les enfants et les adolescents

Les nourrissons et les enfants sont plus sensibles (9) :

- à l'exposition aux températures extrêmes
- à l'exposition au soleil
- au risque de déshydratation dans les cas de diarrhée
- au risque de noyage
- au risque d'accidents domestiques
- au risque de traumatismes et de blessures
- au contact avec les animaux.

Les règles hygiéno-diététiques et de prévention devront être respectées afin de prévenir ces risques et les traitements devront être adaptés à l'âge de l'enfant. Certaines molécules sont contre-indiquées en dessous d'un âge limite.

Si l'enfant est allaité et souffre de diarrhée, la poursuite de l'allaitement est conseillée afin de lutter contre la déshydratation (16).

Certaines vaccinations ne peuvent pas être réalisées chez les enfants avant un certain âge (Annexe 21). C'est par exemple le cas de la vaccination anti-marijuana qui est conseillé à partir de l'âge de 9 mois. Si le séjour ne peut être différé, la vaccination peut être réalisée à titre exceptionnel à 6 mois (9). Dès que l'âge requis pour les différentes vaccinations est acquis, il est conseillé de les vacciner dès que cela est possible.

Les jeunes filles issues de familles migrantes sont exposées à deux risques supplémentaires : les mutilations sexuelles et le mariage forcé lors du retour dans le pays d'origine de leurs parents. Ces deux pratiques violent le droit des femmes et des jeunes filles. Le médecin devra être vigilant quant à ces risques avant le départ mais également au retour.

5. Les patients souffrant de pathologie chronique

Voyager en ayant une pathologie chronique est possible mais nécessite de la prudence et de la prévoyance. En effet, le voyageur ayant des comorbidités s'expose à des risques supplémentaires. Il devra porter une attention particulière (9) :

- au risque de décompensation aiguë de sa pathologie ;
- à son traitement : en particulier à sa bonne observance, à la iatrogénicité et aux interactions avec les traitements prescrits dans le cadre du voyage ;
- aux expositions aux températures extrêmes ;
- à un changement alimentaire (hypersodé, hyperglycémique, etc.)

Avant son départ, un avis auprès d'un confrère spécialiste peut être nécessaire. Des conseils pourront ainsi être délivrés en fonction de la pathologie du voyageur et selon le type et le lieu du séjour. Un traitement équilibré depuis deux mois est recommandé.

Il est conseillé au voyageur de partir avec un dossier médical de voyage, le plus complet possible et avec une version en anglais (22).

Le patient voyageur doit avoir un traitement de réserve de dix jours ou 30% supplémentaires à la durée initialement prévue de son séjour pour palier à tout risque (43). Par exemple l'éruption de l'Eyjafjöll en Islande en 2010 a entraîné des perturbations des vols aériens dans le monde avec la fermeture des espaces aériens, retardant le retour des voyageurs étrangers.

6. L'immunodépression (Annexe 22)

Grâce aux avancées médicales et à la découverte de nouveaux traitements, voyager est devenu possible pour les patients :

- contaminés par le VIH
- transplantés ;
- ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- souffrant d'hyposplénisme ou d'asplénisme (qu'elle soit congénitale ou secondaire à une splénectomie.) ;
- traités par chimiothérapie ;
- traités par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie ;
- souffrant d'un déficit immunitaire congénital.

L'immunosuppression rend ces voyageurs plus sensibles aux risques sanitaires, notamment aux risques infectieux. Si une infection se déclare au cours du séjour, un avis médical sera à prendre en urgence.

Certaines vaccinations sont contre-indiquées chez les voyageurs immunodéprimés comme les vaccins vivants. Cependant les patients VIH positifs ayant un taux de CD4 supérieur à 200/mm³ peuvent être vaccinés contre la fièvre jaune ainsi que les enfants vivants avec le VIH si le taux est supérieur à 15% (9). Il faut également se méfier des interactions médicamenteuses notamment avec les antipaludiques. Par exemple, dans le cas d'un voyageur séropositif au VIH, la prescription d'une chimioprophylaxie devra être adaptée aux traitements antiviraux car le paludisme a une action sur la charge virale en l'augmentant.

L'exposition au soleil sera à éviter et à prévenir. Le risque de cancer cutané est plus important chez les voyageurs immunodéprimés et certaines molécules sont responsables d'une photosensibilisation (9).

Certains pays restreignent l'entrée dans leur territoire aux patients vivants avec le VIH (44). En mai 2015, ils étaient au nombre de trente-six.

7. Les patients se rendant à un grand rassemblement type pèlerinage en Arabie Saoudite

De façon générale, les grands rassemblements peuvent engendrés, en plus des risques propres au voyage et à la destination, des (9) :

- traumatismes secondaires aux mouvements de foule, aux bousculades, aux piétinements ;
- transmissions de pathologies infectieuses, favorisée par la promiscuité et une population aux origines géographiques diverse ;
- pathologies respiratoires ;
- pathologies digestives ;
- pathologies secondaires à la chaleur.

Un visa spécial est à demander avant le départ auprès des services consulaires de l'ambassade d'Arabie Saoudite en France. Il limite l'accès au territoire : le voyageur ne peut se rendre que dans les Lieux Saints et le périmètre sacré (45). Il est valide pendant un mois.

Le pèlerin est exposé à plusieurs risques (9,46,47) :

- pathologies infectieuses :
 - respiratoires comme la méningite, la grippe, pneumonie à *Streptococcus pneumoniae*, l'infection au nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, MERS-CoV (Annexe 23) ;
 - gastro-intestinales (péril oro-fécal, aliments et eau contaminés par agents pathogènes).
- traumatismes : chute, entorse, fracture, etc. ;
- pathologies liées à l'exposition à la chaleur et au soleil ;
- décompensation aiguë, dans les cas de patients souffrant de maladies chroniques ;
- un état de fatigue extrême.

La présence d'un conflit géopolitique dans cette région doit être connue par le voyageur.

Toute fièvre au retour de ce pèlerinage doit imposer une consultation médicale en informant le médecin de ce séjour.

8. Les patients migrants rendant visite à leur famille et leurs amis

Les patients migrants sont les patients ayant quitté leur pays pour s'installer dans un autre pays (48). L'origine du patient est définie par son pays de naissance et dans lequel il a passé ses dix premières années de vie.

Les patients migrants voyageant dans leur pays d'origine pour rendre visite à leur famille et leurs amis sont plus exposés aux risques liés au voyage, en particulier les pathologies infectieuses. En plus des pathologies prévenues par les vaccinations obligatoires et recommandées, dès l'enfance, s'ajoutent les pathologies comme :

- le paludisme ;
- la fièvre typhoïde ;
- l'hépatite A ;
- l'hépatite B ;
- la rage ;
- la tuberculose.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer que ces voyageurs soient plus à risque (9,16) :

- l'absence de consultation avant le départ ;
- le coût élevé et le non remboursement des traitements préventifs (vaccinations, traitements antipaludiques, etc.) ;
- la sous-estimation des risques dans leur pays d'origine ;
- le départ à la dernière minute pour des raisons familiales (lors d'un décès par exemple) ;
- la durée souvent plus longue du séjour ;

- les conditions du séjour favorisant le non respect des règles hygiéno-diététiques ;
- la fragilisation et la perte de leur immunité face aux pathologies locales.

M. Voyage et psychiatrie : le cas du syndrome du voyageur

Les décompensations psychiatriques sont une cause de rapatriement sanitaire non négligeable, après les causes traumatiques et vasculaires (9). Le voyage peut être à l'origine d'un stress déclenchant ou aggravant des troubles psychiatriques (49). Le cas du syndrome du voyageur sera abordé dans cette partie. Il survient chez les individus sans antécédent psychiatrique et n'est pas déclenché par la prise de drogue. Il s'agit d'un voyage pathogène.

Des troubles psychiatriques comme une anxiété massive, un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation ou encore des hallucinations peuvent survenir lors d'un voyage. Certains lieux, plus investis par la culture d'origine, sont plus enclins à déclencher ces troubles.

Les syndromes du voyageur les plus connus sont :

- le syndrome de l'Inde ;
- le syndrome de Jérusalem ;
- le syndrome de Florence ou syndrome de Stendhal ;
- le syndrome des îles ;
- le syndrome des Japonais à Paris.

Le traitement est le retour anticipé voire dans certains cas le rapatriement sanitaire.

N. Aspects administratifs

Un voyage à l'étranger se prépare également sur le plan administratif. Il est de la responsabilité du voyageur de prendre connaissance des formalités

administratives nécessaires pour se rendre dans le pays choisi. Ses papiers d'identité doivent être adaptés à sa destination et leur date de validité ne devra pas être expirée. Il est également conseillé de prendre des renseignements sur les assurances voyages ainsi que sur les assistances rapatriement.

1. Formalités administratives selon les pays

a) Voyage en Europe

Un visa n'est pas nécessaire pour voyager dans les pays de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse.

(1) Voyage au sein de l'espace Schengen

L'entrée sur le territoire d'un pays ayant signé la convention de Schengen pourra se faire sans présenter de papiers d'identité mais ils pourront cependant être demandés (50). Si le voyageur s'y rend en avion ou lors d'un contrôle par la police, il devra présenter un justificatif d'identité lors de l'embarquement. Il est donc nécessaire d'avoir sur soi un document officiel justifiant son identité. La carte nationale d'identité est suffisante. Un passeport valide peut aussi être présenté. Vingt-cinq pays sont concernés dont l'Allemagne, l'Italie ou encore la Suède.

(2) Voyage hors de l'espace Schengen

La présentation de la carte nationale d'identité ou du passeport dont la validité est en cours est demandée lors du passage frontalier (50). Six pays sont concernés : la Bulgarie, Chypre, la Croatie, l'Irlande, la Roumanie et le Royaume-Uni.

b) Voyage hors Europe

Il est nécessaire de voyager avec un passeport en cours de validité (51). Une durée de validité minimum du passeport, en général de six mois après la date prévue de retour en France, est exigée dans certains pays. Dans certains pays un visa, dont la demande doit être faite par le voyageur, est obligatoire. On distingue le visa de

tourisme, le visa pour les études et le visa pour le travail. Le voyageur doit se renseigner auprès du consulat et de l'ambassade du pays concerné, en France. La durée du visa est variable et dépend de la législation du pays hôte et de la durée demandée par le voyageur.

2. Assurance maladie

L'assurance maladie permet le remboursement des soins médicaux qui à l'étranger peuvent avoir un coût élevé.

a) Voyage en Europe

Cela concerne les pays de l'Union européenne (UE), de l'EEE et la Suisse (52). Le voyageur peut demander une carte européenne d'assurance maladie. Cette demande peut être réalisée directement auprès de sa caisse d'assurance santé et doit être effectuée deux semaines avant la date prévue du départ. Il s'agit d'une carte individuelle et gratuite, valable deux ans.

b) Voyage hors de l'Union européenne

Si la durée du voyage est inférieure à six mois, il est conseillé au voyageur de souscrire un contrat d'assurance couvrant les frais médicaux non pris en charge par l'Assurance Maladie française (9). Si la durée du voyage est supérieure à six mois, il lui est conseillé de souscrire à une assurance privée ou de réaliser un contrat d'assurance maladie auprès de la Caisse des Français de l'étranger (BP 100 – 77950 RUBELLES).

3. Assistance rapatriement

L'assistance rapatriement est différente de l'assurance maladie et peut être proposée dans un contrat d'assurance. Si le voyage dure plus de trois mois, il est conseillé au voyageur de souscrire un contrat d'assistance rapatriement (9).

Il existe différentes formes de rapatriement sanitaire (53) :

- le rapatriement non médicalisé dont la présence de personnel médical n'est pas nécessaire. (Exemple : un membre fracturé) ;
- le rapatriement médicalisé pouvant nécessiter la présence d'un médecin ou d'un(e) infirmier(e). Les modalités d'accompagnement dépendent de la pathologie ;
- l'évacuation par avion sanitaire, réservées aux pathologies aiguës avec urgence vitale. Une équipe médicale et paramédicale est présente à bord.

Bien souvent ce type d'assurance est compris avec les assurances maison, voitures et avec certaines cartes bancaires. Il convient de bien lire les conditions d'éligibilités. Les frais médicaux dans les pays étranger sont très élevés et plus encore en cas d'hospitalisation. Il faut donc que le voyageur soit sûr du plafond de sa garantie. Certains pays n'hésitent pas à faire sortir un malade faute de capacité financière, ce qui peut surprendre les voyageurs français habitués à leur couverture de la sécurité sociale.

III. OBJECTIFS

A. Objectif principal

Un voyage à l'étranger nécessite une préparation avant le départ qui est souvent réalisée avec l'aide du médecin généraliste. Le médecin généraliste est donc un des acteurs principaux dans la prise en charge des patients. Or il existe peu d'études françaises traitant de la place du médecin généraliste dans la préparation du voyage à l'étranger.

Le but de cette étude était d'analyser la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger ainsi que des conseils donnés par les médecins généralistes exerçant en libéral en Haute-Normandie.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étudiés au cours de ce travail étaient :

- l'identification des problématiques rencontrées par les médecins généralistes au cours de ces consultations de pré-voyage ;
- l'étude des outils mis à disposition pour les médecins généralistes ;
- la formation des médecins généralistes à la médecine des voyages ;
- la recherche de propositions, suggérées par les médecins généralistes, en vue d'améliorer la prise en charge des patients voyageurs en secteur libéral.

IV. MÉTHODOLOGIE

A. Étude qualitative

Une étude qualitative permet de comprendre, d'observer et non de démontrer ou dénombrer ou bien de mesurer des données quantifiables à l'inverse d'une étude quantitative. Elle s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive. Elle permet donc de générer des hypothèses à partir des faits observés et de leur donner du sens. Elle a pour but d'étudier et explorer les comportements, les expériences ou encore les émotions des protagonistes du parcours de soins dont les médecins généralistes font partie. Il s'agit d'appréhender les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. L'étude qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.

Dans la mesure où elle permet d'aborder de façon plus ouverte la compréhension de la santé et des déterminants des soins, cette méthodologie semblait donc le plus adapté à ce travail.

B. Déroulement de l'étude

L'étude a eu lieu du 10 mars 2015 au 21 avril 2015 auprès de quinze médecins généralistes libéraux de Haute-Normandie (Seine-Maritime et Eure). Les entretiens étaient réalisées par un seul enquêteur (Mademoiselle Hélène Jésus) et se basaient sur un guide d'entretien semi-directif (Annexe 24).

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- d'être médecin spécialisé en médecine générale ;
- d'exercer dans la région Haute-Normandie.

b) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- de ne pas être médecin spécialisé en médecine générale ;
- d'exercer dans une autre région que la Haute-Normandie ;
- le refus de participer à notre étude ;

2. Échantillonnage

Les médecins généralistes étaient inclus après leur consentement oral et selon leur disponibilité. Ils étaient sélectionnés selon :

- leur sexe ;
- leur statut de maître de stage universitaire au sein de l'Université de Rouen et de l'unité de formation et de recherche de médecine ;
- la localisation géographique d'exercice ;
- la densité de médecins généralistes libéraux du canton d'exercice.

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques la densité des médecins généralistes libéraux est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins généralistes libéraux à la population d'un territoire donné. Si un médecin généraliste refusait de participer à notre étude, un autre médecin généraliste du même sexe, du même statut universitaire et exerçant dans un canton de densité de médecins généralistes libéraux similaire était recherché.

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone. Un rendez-vous en vue de réaliser un entretien direct dans le lieu laissé à leur convenance était organisé. Au cours de ce contact téléphonique, le sujet d'étude, le type d'étude ainsi que la durée estimée de l'entretien (vingt à trente-cinq minutes), leur étaient systématiquement précisés.

Ces médecins généralistes étaient informés de l'enregistrement numérique de l'entretien (Dictaphone numérique Philips® Voice Tracer DVT 6000 et l'application dictaphone du Smartphone Apple® : iPhone S4) ainsi que de la préservation de leur anonymat.

L'ensemble des entretiens était réalisé en face à face. Cette technique a permis de faciliter la réalisation de l'entretien ainsi que le recueil des données. Une meilleure interactivité était ainsi favorisée.

3. Guide d'entretien semi-directif

Le guide d'entretien semi directif créé était rédigé pour faciliter la fluidité de l'entretien.

Ce guide consistait en un système organisé de thèmes que l'enquêteur devait connaître afin de pouvoir « rebondir » et enchaîner des questions en lien avec le sujet de la recherche. Ainsi si le médecin généraliste interrogé ne développait pas spontanément sa réponse, l'enquêteur pouvait relancer l'entretien et soulever des points importants. La dynamique de l'entretien était ainsi préservée.

Le guide d'entretien semi-directif avait pour but de permettre d'obtenir un discours librement formulé par le médecin interrogé tout en répondant aux questions de l'étude. Il ne devait pas limiter la spontanéité des réponses.

Avant de réaliser ces entretiens, ce guide d'entretien semi-directif a été testé auprès de neuf médecins généralistes. Le but de ce test était d'en étudier la faisabilité ainsi que d'estimer la durée des entretiens.

4. Question de recherche

a) Présentation et profil des médecins généralistes interviewés

La première partie de cet entretien permettait de faire connaissance avec le médecin généraliste. Les caractéristiques épidémiologiques des médecins généralistes étaient :

- l'âge ;
- le sexe ;
- le lieu d'exercice défini par la localisation géographique et la densité des médecins généralistes libéraux du canton d'exercice ;

- s'ils avaient des enfants. En cas de réponse positive, le nombre et leurs âges étaient demandés ;
- leur patientèle, définie sur trois points :
 - l'âge
 - Le statut socio-économique
 - la présence de patients migrants (définis comme étant des patients ayant quitté leur pays pour s'installer dans un autre pays), en précisant leurs origines géographiques ;
- leur mode d'exercice c'est-à-dire s'ils travaillaient seuls, dans un cabinet de groupe, s'ils étaient remplaçant, associé ou collaborateur ;
- l'environnement médical et paramédical, à savoir les pharmacies avoisinantes et les structures hospitalières les plus proches ;
- leur statut universitaire et s'ils avaient suivi des formations particulières et/ou s'ils détenaient des diplômes particuliers ;
- l'environnement technologique : la présence d'un système informatisé et les logiciels utilisés et la présence d'une connexion internet ;
- s'ils étaient eux-mêmes voyageurs.

b) La consultation avant le départ à l'étranger et connaissances des médecins généralistes

Dans un deuxième temps les médecins généralistes étaient interrogés sur l'organisation de leur consultation lorsqu'ils recevaient un patient voyageur avant son départ à l'étranger.

Cette partie était composée de vingt-huit items. La plupart des questions posées étaient des questions ouvertes. Les questions fermées étaient développées, soit spontanément soit à la suite d'une relance de l'enquêteur. Chaque entretien était spécifique et adapté au médecin généraliste interviewé. Pour cette raison, l'ordre des questions pouvait être modifié.

La première question concernait les patients qui avaient programmé et informé leur médecin généraliste d'un voyage à l'étranger. En cas de réponse

négative la raison de cette absence d'information leur était demandée. En complément, le thème du voyage en Europe était mentionné.

La deuxième question s'intéressait au motif du voyage à l'étranger.

La troisième question cherchait à savoir si le médecin généraliste dédiait une consultation spécifique à la préparation de ce voyage. Si cela n'était pas le cas la raison était recherchée. L'organisation de cette consultation et sa préparation étaient également étudiées.

Les questions suivantes avaient pour sujet commun les risques avec la définition:

- du ou des profil(s) de voyageur à risque ;
- du ou des voyage(s) à risque ;
- du ou des risque(s) encourus lors d'un voyage à l'étranger.

L'organisation de la consultation et la préparation du voyage à l'étranger du patient souffrant de pathologies chroniques étaient abordées.

Au cours de cette partie les sujets de la prévention et des conseils étaient longuement développés, à savoir :

- les vaccinations ;
- la fièvre jaune ;
- le paludisme ;
- les conseils hygiéno-diététiques ;
- la trousse à pharmacie ;
- les transports ;
- les assurances et les assistances rapatriement.

La sélection de trois conseils à donner en priorité à un patient voyageur, en bonne santé, avant son départ à l'étranger leur était demandée. La même question a été posée pour un patient souffrant de pathologie chronique.

Les outils que les médecins généralistes avaient à leur disposition au cours de ces consultations étaient enfin abordés.

c) Les médecins généralistes et la médecine des voyages

Cette troisième et dernière partie décrivait :

- l'organisation de leur voyage personnel.
- leur avis sur la formation dans le domaine de la médecine des voyages.
- Les éventuelles propositions pour améliorer la prise en charge des futurs voyageurs dans l'exercice de la médecine générale.

5. Méthode d'analyse des données

Les entretiens de cette étude étaient retranscrits sur des fichiers Word® version 14.4.4 (Microsoft, Redmond, WA, USA). L'identité des intervenants est précisée. Les propos de l'enquêteur et du médecin généraliste interviewé étaient retranscrits littéralement. Les pauses, les rires, les hésitations ainsi que les actions ont été retranscrits. Ceci permettait d'être le plus fidèle à l'entretien.

L'analyse était un processus continu (54). La première étape de l'analyse était la lecture progressive des entretiens retranscrits. Cela permettait d'avoir une vision d'ensemble et d'évaluer la diversité des données recueillies. Lorsque la saturation des données était obtenue, c'est-à-dire lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments, de nouveaux entretiens n'étaient pas programmés.

L'étape suivante était le codage de l'entretien (54). Pour cela des lectures successives de l'entretien étaient nécessaires. Le code est une unité de signification homogène, qui a un sens et une signification dans le cadre de la question de recherche. Chaque code était défini de manière précise.

Pour l'étude des codes un tableau Excel® version 14.4.4 (Microsoft, Redmond, WA, USA) était réalisé. Ce tableau regroupait la ligne où se trouvait le verbatim, c'est-à-dire les mots ou les phrases utilisées par les médecins interrogés,

au sein de la retranscription de l'entretien, le code, la définition du code, le verbatim, les éventuels commentaires, les codes associés et le numéro de l'entretien.

Les codes étaient ensuite regroupés et organisés en une liste de catégories faisant apparaître des thèmes principaux pour l'analyse finale.

La retranscription des entretiens et leur analyse se trouvent dans l'annexe numérique (Clé USB).

V. RÉSULTATS

A. Analyse de l'échantillon

1. Généralités

Au total, j'ai réalisé quinze entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans la région Haute-Normandie. Le mode de recrutement a été développé précédemment.

Initialement, vingt-neuf médecins généralistes susceptibles de pouvoir participer à notre étude étaient sélectionnés. Mais plusieurs médecins ont refusé de participer à l'étude pour les raisons suivantes :

- certains médecins généralistes n'étaient pas intéressés par le sujet de l'étude ;
- certains médecins généralistes trouvaient la durée estimée de l'entretien trop longue.

La saturation des données a été obtenue à partir du onzième entretien. Pour compléter cette analyse, quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Les entretiens ont eu lieu entre le 10 mars 2015 et le 21 avril 2015. Je me suis entretenue directement avec tous les médecins généralistes interviewés. À l'exception de deux médecins, la rencontre se déroulait au sein de leur cabinet médical. L'un des entretiens a été réalisé à la demande du médecin à son domicile. L'autre entretien, pour des raisons pratiques a été réalisé à la faculté de médecine de Rouen. Les médecins interviewés au sein de leur cabinet médical avaient accès à leur ordinateur ainsi qu'à leur documentation.

La durée des entretiens (tableau 1) était comprise entre 14 minutes et 41 minutes.

ENTRETIEN	DURÉE DE L'ENTRETIEN (minutes : secondes)
1	40 : 47
2	28 : 02
3	27 : 27
4	25 : 31
5	23 : 06
6	20 : 12
7	26 : 01
8	14 : 18
9	20 : 49
10	19 : 49
11	25 : 53
12	25 : 38
13	21 : 15
14	28 : 18
15	26 : 32

Tableau 1 : Durée en minutes et secondes des entretiens des médecins généralistes interrogés.

2. Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

Les différents profils des médecins généralistes avec lesquels je me suis entretenue permettaient d'assurer une diversité des discours.

a) Sexe et âge des médecins généralistes

L'échantillon des médecins interrogés était composé de sept femmes et de huit hommes.

La moyenne d'âge des médecins généralistes interrogés était de 48,5 ans. Le médecin le plus jeune avait 28 ans et le plus âgé avait 63 ans (tableau 2).

Tous les médecins généralistes, à l'exception de trois d'entre eux, avaient des enfants.

ENTRETIENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
SEXE (H/F)	H	H	F	H	F	H	H	F	H	H	F	F	H	F	F
ÂGE (ans)	62	32	34	63	59	60	55	59	58	61	39	31	28	44	42

Tableau 2 : Sexe et âge des médecins généralistes interviewés.

b) Coursus et formation

Les années de soutenance de thèse d'exercice des médecins généralistes interrogés ainsi que la faculté dans laquelle elle avait eu lieu se trouvent résumées dans le tableau 3 ci-après.

ENTRETIEN	ANNÉE	FACULTÉ
1	1983	Rouen
2	2008	Paris
3	2013	Portugal
4	1985	Rouen
5	1980	Caen
6	1986	Rouen
7	1990	Rouen
8	1989	Rouen
9	1993	Lyon
10	1980	Tours
11	2006	Rouen
12	2012	Rouen
13	2014	Rouen
14	2001	Caen
15	2001	Lille

Tableau 3 : Année et lieu de soutenance des thèses d'exercice des médecins généralistes interrogés.

Aucun médecin généraliste interrogé n'avait de formation qualifiante en médecine des voyages. Deux d'entre eux avaient suivi des formations en médecine des voyages mais ces dernières n'étaient pas qualifiantes. Un avait suivi des formations dans des établissements universitaires parisiens (La Pitié Salpêtrière, Bobigny et Necker). Un avait suivi une formation dans le service de médecine tropicale de centre hospitalier du Kremlin Bicêtre pendant un semestre au cours de son externat et avait assuré au cours de son internat des consultations de pré-voyage. Un des médecins avait le projet de s'inscrire à une formation sur la médecine des voyages.

Huit médecins généralistes interrogés avaient ou avaient eu d'autres qualifications et formations :

- un avait un diplôme inter-universitaire (DIU) de physiologie et de pathologie du sommeil ainsi qu'un DIU d'évaluation de la qualité des soins ;

- un avait un diplôme universitaire (DU) de prise en charge de patients infectés par le VIH et avait été médecin au Service d'aide médicale urgente de la Martinique pendant dix ans ;
- un avait un DU d'acupuncture, un DU d'homéopathie, un DU de nutrition et deux diplômes de réparation de préjudice corporels qui lui permettaient de réaliser des expertises ;
- un avait un DU de traumatologie du sport ;
- un avait été médecin des pompiers pendant douze ans ;
- un était médecin fédéral de plongée sous-marine ;
- un avait été médecin militaire au cours de son service militaire à l'étranger ;
- un faisait de la mésothérapie et de l'ostéopathie.

c) *Statut universitaire*

Cinq médecins généralistes étaient maîtres de stage universitaire :

- un auprès d'externes ;
- deux auprès d'internes (stage de premier niveau ou stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé) ;
- deux auprès d'externes et d'internes.

Un des médecins généralistes avait été maître de stage universitaire mais ne l'était plus au moment de la réalisation de son entretien.

Trois des médecins généralistes interviewés participaient à l'enseignement universitaire de la médecine générale au sein de la faculté de médecine de Rouen. Un des médecins généralistes participait à l'enseignement universitaire de la médecine générale au sein d'une autre faculté de médecine que celle de Rouen.

Un des médecins généralistes était au moment de la réalisation de son entretien chef de clinique de médecine générale.

d) *Pratique professionnelle*

La totalité des médecins exerçait libéralement et étaient conventionnés, à l'exception d'un médecin, en secteur 1.

Quatre médecins généralistes exerçaient seuls.

Un exerçait au sein d'une maison médicale et était le seul médecin généraliste de la structure. Les dix autres avaient au minimum un associé. Parmi eux, un des associés n'était pas un médecin généraliste.

Deux médecins généralistes sur les quinze interviewés avaient le statut de collaborateur.

Quatre exerçaient en Haute-Normandie depuis moins d'un an au moment de la réalisation des entretiens. Certains d'entre eux :

- avaient réalisé des remplacements avant de s'installer ;
- avaient soutenu leur thèse de doctorat de médecine en 2014 ;
- étaient installés dans une autre région que la Haute-Normandie.

Hors enregistrement, un des médecins généralistes expliquait assurer des consultations au sein du CHU de Rouen, auprès du service de Maladies Infectieuses et Tropicales (sans rapport avec la médecine des voyages).

Les caractéristiques des consultations des médecins généralistes interrogés sont résumés dans le tableau 4.

ENTRETIEN	NOMBRE DE JOURS TRAVAILLÉS	NOMBRE DE CONSULTATION QUOTIDIENNE	DURÉE MOYENNE D'UNE CONSULTATION (minutes)
1	4	33	10
2	5,5	20 à 30	15
3	5	30 à 40	15
4	4,5	25 à 40	20
5	4,5	20	30
6	5	20	20
7	4,5	25 à 30	20
8	5	20 à 30	15
9	6	10 à 15	20
10	5	25 à 30	20
11	3,5	30	15
12	4	15	20
13	2,5	20	20
14	4	30	15
15	4	30	20

Tableau 4 : Caractéristiques des consultations des médecins généralistes interrogés.

Tous les médecins généralistes interrogés, à l'exception d'un, avaient une connexion internet dans leur cabinet médical. Un seul médecin généraliste n'était pas informatisé.

Quatre des quinze médecins généralistes rédigeaient leurs ordonnances manuellement.

Le tableau 5 ci-dessous résume le mode de pratique informatique des médecins généralistes interrogés.

ENTRETIEN	INTERNET	INFORMATISATION	LOGICIEL	ORDONNANCE
1	Non	Non	Aucun	Manuscrite
2	Oui	Oui	Weda®	Informatisée
3	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée
4	Oui	Oui	HelloDoc®	Informatisée
5	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée
6	Oui	Oui	Eglantine®	Informatisée
7	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée
8	Oui	Oui	Hypermed®	Manuscrite
9	Oui	Oui	Ne sait pas	Manuscrite
10	Oui	Oui	MédiClick®	Manuscrite
11	Oui	Oui	HelloDoc®	Informatisée
12	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée
13	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée
14	Oui	Oui	HelloDoc®	Informatisée
15	Oui	Oui	AxiSanté®	Informatisée

Tableau 5 : Mode de pratique informatique des médecins généralistes interrogés.

e) Environnement professionnel (Annexe 25)

Dans un souci d'anonymat, les communes d'exercice des médecins généralistes ne seront pas révélées.

Neuf médecins généralistes exerçaient dans le département de la Seine-Maritime et six médecins généralistes exerçaient dans le département de l'Eure.

La démographie médicale des cantons dans lesquels exerçaient les médecins généralistes interrogés est résumée dans le tableau 6.

ENTRETIEN	DÉPARTEMENT	DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DU CANTON D'EXERCICE
1	76	3,8
2	76	10,2
3	27	7,7
4	76	8,7
5	27	11,5
6	27	7,1
7	76	9,5
8	76	14,7
9	27	16,5
10	27	4,8
11	76	6,6
12	76	6,4
13	76	7,1
14	27	5,9
15	76	7,3

Tableau 6 : Démographie médicale des cantons d'exercice des médecins généralistes interrogés (nombre de médecins généralistes/100000 habitants)

La totalité des médecins généralistes travaillaient proche d'une pharmacie. La proximité d'une structure hospitalière variait en fonction des cabinets médicaux de 5 à 45 minutes. Les structures mentionnées étaient le CHU mais également des structures moins importantes comme des hôpitaux locaux.

f) Patientèle

Dans la quasi-totalité des cas, les médecins généralistes définissaient leur patientèle comme variée aussi bien pour l'âge et le niveau socio-économique de leurs patients.

Quatre médecins ne comptaient pas de patients migrants au sein de leur patientèle. Deux médecins travaillaient en relation avec des foyers sociaux logeant des patients migrants et pour certains demandeurs d'asile.

g) Expérience personnel du voyage à l'étranger

Tous les médecins généralistes avaient voyagé à l'étranger. Un médecin généraliste n'avait pas souhaité répondre quant à la destination et le motif de ses voyages.

Les destinations étaient diverses :

- l'Europe (Espagne, Italie, Belgique, etc.) ;
- l'Asie (Chine, Inde, Pakistan, Thaïlande, Cambodge, etc.) ;
- le Moyen-Orient (Dubai, Égypte) ;
- l'Afrique (Maroc, Sénégal, Sao Tomé, etc.) ;
- l'Amérique du Nord (Canada, Etats-Unis) ;
- l'Amérique centrale (Mexique) ;
- l'Amérique du Sud (Brésil) ;
- l'Océanie ;
- les DOM-TOM.

Dans la grande majorité des cas les voyages avaient un motif personnel.

Un médecin généraliste avait voyagé à deux reprises à l'étranger dans le cadre de ses études universitaires. Un médecin généraliste avait vécu dix ans à la Martinique. Un des médecins généralistes avait effectué son service militaire à l'étranger en tant que médecin militaire. Il s'était déplacé au Pakistan, aux Émirats Arabes, en Égypte et à Djibouti.

B. La consultation avant le départ à l'étranger

1. Caractéristiques de la consultation pré-voyage

- Dans la grande majorité des cas, les médecins généralistes interrogés étaient informés par leurs patients de leur futur départ à l'étranger. « *Oh oui, oui. C'est quand même rare qu'ils ne le fassent pas* », « *oui oui, ils m'en parlent globalement* ».

- Une grande partie des médecins généralistes qualifiait les délais de consultation avant la date du départ de « *variables* ». Ces derniers étaient compris entre un an au maximum à une semaine au minimum. En moyenne, les médecins étaient prévenus dans un délai d'un à trois mois avant le départ : « *parfois c'est une semaine avant mais la plupart du temps c'est plutôt deux mois avant, parfois quatre semaines* », « *trois mois oui, deux, trois mois avant mais parfois plus, parfois moins* », « *un à deux voire trois mois avant le départ* », « *Oh, un, deux mois avant ! Ils sont prévoyants* ».

Quelques médecins faisaient un lien entre le délai de la consultation avant la date du départ et le profil du voyageur, notamment de son expérience et/ou de son âge : « *Alors c'est variable euh, selon, euh, il y a les anxieux qui vont en parler un an à l'avance (rit). Il y a des gens qui ne voyagent jamais...* ».

- Tous les médecins généralistes interrogés disaient connaître le motif du voyage de leurs patients : « *on est amené naturellement à en parler parce que j'aime bien discuter avec mes patients* », « *en général ils me le disent spontanément* ». Si le patient ne l'évoquait pas au cours de l'interrogatoire, la plupart des médecins le demandaient de façon quasi-systématique : « *sinon je leur demande hein !* », « *je leur demande aussi* », « *oui sinon je leur demande* ».

- De façon plus anecdotique, quelques médecins généralistes parlaient du voyageur ou de l'organisateur du voyage, parfois à l'origine de cette consultation pré-voyage : « *parfois c'est même le voyageur qui leur dit d'aller voir le médecin.* », « *ils ont très souvent une check-list de l'organisateur* ».

- Une partie des médecins généralistes déclarait dédier une consultation spécifique à la préparation du voyage avant le départ : « *ces consultations un peu spécifiques nécessitent un temps à part je crois* ».

Ils faisaient part de plusieurs cas de figures :

- soit le patient consultait pour ce motif et le temps de la consultation était donc totalement consacré au pré-voyage : « *oui, parce que, euh, enfin la plupart du temps ils viennent pour ça quand même globalement* », « *ils viennent souvent pour ça donc le temps de la consultation est dédié à ça* » ;
- soit le patient venait pour un ou plusieurs motifs et une nouvelle consultation était programmée pour aborder uniquement la préparation du séjour à l'étranger : « *on ne peut pas tout faire d'un coup donc je leur redonne un rendez-vous juste pour ça* ». Pour illustrer ce cas de figure, l'exemple des voyageurs souffrant d'une pathologie chronique et souhaitant voyager était cité : « *ça peut m'arriver surtout quand, quand euh quand ça vient en fin de consult et qu'on a déjà passé quinze, vingt minutes à régler des problèmes divers et variés, le renouvellement du diabète, de la tension* » ;
- soit le temps de la consultation n'avait pas été suffisant pour la préparation du voyage et une nouvelle consultation était nécessaire : « *si besoin, je prévois une nouvelle consultation. Je n'hésite pas à les convoquer une deuxième fois* » ;
- soit, plus rarement, une préparation en amont était nécessaire : « *ils me disent où ils partent et je fais les recherches chez moi et je les revois quelques jours après avec les informations, l'ordo, tout ça* ». La préparation de la consultation pré-voyage sera développer dans un deuxième temps.

- Une autre partie, non négligeable, ne réalisait pas de consultation spécifique si le patient ne venait pas uniquement pour ce motif. Parmi ces médecins, certains souhaitaient répondre aux différents motifs de consultation en une fois ou disaient ne pas avoir besoin d'une nouvelle consultation : « *Je prends le temps de tout faire en une fois. S'ils viennent pour un problème lambda et qu'ils me disent « Bon Docteur je pars dans un mois au Laos » je vais m'en occuper en même*

temps. », « je fais tout en même temps. Je vais pas les faire revenir alors que j'ai déjà des connaissances sur le sujet ».

2. L'absence de consultations pré-voyage

Même si la plupart des patients consultaient leur médecin généraliste avant de partir à l'étranger, plusieurs médecins remarquaient qu'ils n'avaient pas toujours connaissance de l'existence d'un projet de voyage avant le départ : *« Bon bien sûr il y a ceux qui nous le disent après le retour », « je pense qu'ils ne nous le disent pas tous forcément ».*

Parmi ces patients non vus, plusieurs cas de figures étaient évoqués :

- les patients voyageant en Europe ;
- les patients migrants retournant dans leur pays d'origine pour rendre visite à leurs proches ;
- les patients qualifiés de « baroudeurs » ou d' « aventuriers » ;
- les patients effectuant un voyage professionnel ;
- et les patients expérimentés, habitués à voyager.

a) Les voyages en Europe

- Tous les médecins généralistes avaient remarqué que les patients voyageant en Europe ne venaient pas systématiquement les consulter avant le départ : *« non, pas systématiquement en effet. ».*

Plusieurs hypothèses étaient avancées :

- Celle émise le plus fréquemment était la présence moins importante de risques, notamment infectieux, au sein des pays européens : *« je pense que pour énormément de personnes l'Europe ne présente pas de risque. On part sans crainte pour un week-end à Barcelone », « en Europe on ne croule pas sous les risques quand même. C'est quand même safe », « On n'a pas tous les problèmes infectieux déjà »*

- voyager en Europe était perçu comme plus sûr et sécurisant : *« dans l'esprit de beaucoup c'est plus sécurisant un voyage en Europe qu'un voyage en Thaïlande. »*.
- partir en voyage en Europe n'était pas considéré comme partir à l'étranger. Le mode de vie occidentale relativement proche de celui de la France était d'ailleurs évoqué par certains médecins généralistes : *« l'Europe est un continent occidental... »*, *« C'est comme en France quoi »*.
- la facilité d'accès ainsi que la proximité de certaines destinations européennes étaient également évoquées par plusieurs médecins généralistes interrogés. La création de l'espace Schengen faciliterait l'accessibilité aux pays européens : *« Déjà il y a une question de proximité et avec l'espace Schengen ça facilite les voyages. Si tu as envie de te faire un week-end à Londres c'est maintenant plus rapide que si tu voulais à, je sais pas, à Marseille par exemple »*, *« on n'a pas besoin obligatoirement du passeport ni de visa, la carte d'identité suffit donc euh, donc c'est, ce sont des séjours plus faciles d'accès sur beaucoup de plans »*.

- Quelques médecins remarquaient qu'eux-mêmes n'étaient pas alertés lorsque leurs patients leur parlaient qu'un possible voyage en Europe : *« ils me le disent mais je ne percuté pas »*, *« quand ils le font je pense que mes petites alarmes ne s'allument pas »*.

b) Les patients migrants

- À de nombreuses reprises mais de façon non systématique, le sujet des patients migrants était abordé par les médecins. Ces derniers remarquaient que leurs patients migrants venaient rarement consulter avant un départ à l'étranger : *« ils ne m'avertissent pas forcément quand ils rentrent dans leur pays »*. La destination de leur voyage était la plupart du temps leur pays d'origine. Ces voyages étaient l'occasion de rendre visite à leurs proches restés dans au pays.

- Certains médecins n'étaient prévenus qu'après leur retour : « *c'est après que je le découvre* », « *souvent je l'apprends après* », « *c'est quand même assez fréquent que je l'apprenne une fois leur retour* ».

- Plusieurs explications de cette absence de consultation chez le médecin généraliste étaient avancées par ces médecins généralistes :
 - le voyage de dernière minute, dans le cadre par exemple d'urgence familiale : « *Parfois il y a des départs précipités, à la dernière minute pour des raisons familiales* » ;
 - l'absence de recherche d'informations de la part du patient : « *Parce qu'ils ne sont pas à la recherche de conseils pour voyager j'imagine* », ;
 - la sous-estimation par le patient des risques dans le pays d'origine : la connaissance du pays, qui serait d'ailleurs en partie responsable de la sous-estimation des risques encourus et de l'absence de recherche d'informations. « *C'est leur pays, ils le connaissent !* », « *ils connaissent l'environnement et ne se pensent pas aux risques.* » déclaraient ces médecins ;
 - la durée du séjour, souvent plus longue et propice au non-respect des règles de prévention : « *souvent ce sont des séjours longs, ils finissent par ne plus faire attention.* » ;
 - la consultation dans des centres de vaccination et de conseils aux voyageurs. Un médecin était donc consulté avant le départ mais il ne s'agissait pas du médecin généraliste. Cette consultation n'était pour autant pas systématique pour ce médecin car elle n'avait lieu que si une vaccination anti-amarile était nécessaire : « *La fièvre jaune, elle est faite dans les centres donc je ne les vois même pas pour les vaccins pour le voyage* ».

c) *Les patients « aventuriers »*

Quelques médecins qualifiaient une catégorie de patients d'« *aventuriers* », « *roots* » ou encore de « *baroudeurs* ». Sans en faire une généralité, ces médecins constataient voir rarement ces patients avant leur départ à l'étranger. Ils apprenaient

l'existence du voyage à leur retour. Pour ces médecins, ces patients étaient souvent jeunes et avaient moins de trente ans. Aucune conclusion hâtive ne pouvait cependant être tirée comme le faisait remarquer ce médecin généraliste : « *il y a aussi des baroudeurs de soixante-dix ans* ».

Un médecin les définissait ainsi : « *le gars un peu roots qui part à l'arrache avec son sac à dos et qui a juste son billet* ». Pour un autre, ces patients « *part[ent] sans réservation* ».

d) Les voyages professionnels

Peu de médecins abordaient les voyages réalisés dans un cadre professionnel. Selon ces médecins, cette catégorie de patients voyageurs était pris en charge par le médecin du travail de l'entreprise dont ils dépendaient et ne consultaient pas le médecin généraliste. : « *pour les voyages pro c'est différent souvent, ils voient souvent ça avec leur boîte* », « *si c'est un voyage professionnel, c'est, c'est la médecine du travail qui prend en charge* ».

e) Les voyageurs expérimentés

Une minorité de médecins généralistes évoquait l'absence de consultation avant le départ chez les voyageurs habitués à voyager : « *il y a des gens qui partent tous les ans et qui du coup ne pensent pas avoir besoin d'un avis médical avant* ».

3. La consultation du patient voyageur souffrant d'une pathologie chronique

- La très grande majorité des médecins généralistes interrogés organisait différemment leur consultation de préparation à un voyage à l'étranger lorsque le patient souffrait d'une pathologie chronique : « *oui bien sûr, je vais en tenir compte* », « *oui bien sûr bien sûr* », « *oui euh, c'est un peu différent c'est vrai* ».

- La plupart des médecins en profitaient pour « *faire le point* » sur la pathologie de leurs patients :

- parmi eux, des médecins, non en majorité, vérifiaient ainsi l'équilibre de la pathologie en question : « *je m'assure qu'ils soient bien équilibrés dans leur maladie* », « *j'essaie de voir où ils en sont dans l'équilibre de leur maladie* » ;
- l'accent était mis sur l'éducation : « *Je refais de l'éducation plus personnalisée* », « *faire de l'éducation plus spécifique* » ;
- un avis spécialisé et un bilan étaient également demandés par quelques médecins. Ce médecin donnait l'exemple suivant : « *j'ai un patient diabétique de type I qui a fait l'ascension du Kilimandjaro. C'était son rêve. On l'a préparé avec le diabétologue, on a vu pour gérer les insulines tout ça* ». Il ajoutait : « *si le temps le permet et qu'on peut partager ça avec les spécialistes c'est mieux* ». Un autre médecin déclarait : « *si besoin on fait un bilan avant le départ et on avise avec un avis avec leur spécialiste* »

- Un groupe de médecin remarquait que les conseils qu'ils étaient amenés à donner à leurs patients voyageurs ayant des comorbidités étaient plus « *personnalisés* ». Ces conseils concernaient l'alimentation mais aussi les activités prévues lors du séjour : « *comment adapter le régime, les activités à éviter* », « *qu'il n'y ait pas de contre-indication selon les activités prévues sur place comme des activités en altitude chez un patient insuffisant respiratoire ou un trekking dans les montagnes chez un asthmatique mal équilibré* ».

- Peu de médecins parlaient des traitements habituels, notamment de la iatrogénie de ces derniers. Au cours de la consultation de préparation au départ « *j'organise leur ordonnance, je regarde les médicaments qui vont pouvoir poser problème comme les diurétiques, ce genre de médicament, et je leur dis, euh, de bien voyager avec l'ordonnance d'ailleurs.* » constatait ce médecin.

- Ce médecin faisait remarquer qu'une seule consultation n'était pas suffisante pour préparer le départ à l'étranger de ces patients : « *pour ce genre de patient, typiquement j'organise une deuxième consultation pour préparer vraiment le*

voyage, je ne vais pas le faire au moment de sa consultation de renouvellement d'ordo ».

- Pour de rares médecins, les patients souffrant d'une pathologie chronique mais équilibrée étaient considérés comme « *des patients lambda* ». Pour ce médecin par exemple « *s'ils voyagent c'est qu'ils le peuvent, c'est que leur santé le permet, donc euh, ce sont des patients comme les autres* ». La consultation de pré-voyage était donc organisée de la même manière que pour les patients en bonne santé.

4. Définition des risques

a) Le voyageur à risque

- Pour une partie majoritaire des médecins généralistes, un voyageur à risque était défini par son état de santé ainsi que son âge :

- à de nombreuses reprises, des antécédents de pathologie chronique étaient évoqués comme un facteur de risque lors d'un voyage à l'étranger. Ces patients considérés comme plus vulnérables étaient exposés à plus de risques lors de son séjour et ceci dès son départ de France : « *je dirais déjà le terrain, les patients qui ont des comorbidités, des pathologies chroniques* ». Parmi ces patients ayant des comorbidités les fragilisant, les voyageurs diabétiques, hypertendus ou encore insuffisants cardiaques ou respiratoires étaient fréquemment donnés en exemple : « *tout ceux qui, euh, ont des pathologies chroniques, les hypertensions, les diabètes* », « *la personne qui a des comorbidités, des antécédents cardiovasculaires, euh, une insuffisance respiratoire, un diabète* » ;
- beaucoup de médecins considéraient les femmes enceintes comme des voyageuses à risque car considérées comme « *plus fragiles* » ;
- les patients situés aux âges extrêmes de la vie étaient aussi définis comme à risque : « *classiquement les deux extrêmes au niveau des*

âges ». Une nouvelle fois c'est la vulnérabilité de ces patients qui était mise en avant. Les nourrissons et « *les petits enfants* » étaient principalement cités en exemple. Le cas des personnes âgées voyageant était évoqué par une partie moins importante des médecins ;

- pour plusieurs médecins généralistes, les patients de moins de trente ans en moyenne étaient des voyageurs à risque. Certains médecins l'expliquaient par le fait que les jeunes patients étaient moins respectueux des règles de prévention, ne préparaient que peu ou pas leur séjour et n'avaient pas les moyens financiers d'investir dans les traitements préventifs : « *les jeunes de 20, 25 ans qui n'ont pas de fric et qui s'en foutent* », « *le petit jeune qui a la vingtaine qui part faire son road trip, lui il prend des risques* », « *c'est un jeune qui part à l'aventure et qui n'a pas organisé son voyage* ».

- Une minorité de médecin considérait d'ailleurs que de façon plus générale, un voyageur à risque était un voyageur n'ayant pas préparé son voyage ou qui n'avait pas consulté un médecin avant son départ à l'étranger, comme celui qui « *part de façon un peu impromptue* ». Ce médecin résumait : « *les voyageurs qui prennent des risques sont ceux qu'on ne voit pas* ».

- Quelques médecins avançaient le fait que les activités que certains patients pouvaient réaliser sur place faisaient d'eux des voyageurs à risque. Les treks ainsi que les randonnées étaient souvent cités en exemple. « *Ça dépend surtout des activités lors du voyage* ».

- Selon certains médecins, les patients « *routards* » ou « *roots* » s'exposaient à des risques liés aux activités qu'ils effectuaient sur place ainsi qu'aux conditions de leur voyage.

- Plus rarement, des médecins considéraient le voyageur se rendant à l'étranger pour un motif professionnel comme plus exposé à des risques. Ce médecin donnait l'exemple d'un patient « *entomologiste et qui va au fin fond de*

l'Amazonie pour ses recherches ». Un autre médecin parlait des patients « *qui partent faire des missions dans des pays en conflit* ».

- Certains médecins généralistes, qui ne constituaient pas une majorité, qualifiaient les patients migrants comme des voyageurs à risques. Pour justifier leurs propos, les médecins donnaient les raisons évoquées dans les généralités, à savoir l'absence de respect des règles de prévention, la sous-estimation des risques et l'absence de consultation avant le départ à l'étranger : « *les gens qui vont rentrer dans la famille parce qu'ils se protègent moins parce qu'ils prennent les habitudes de la famille donc ils font moins attention* », « *qu'ils ne font pas attention quand ils retournent dans leur famille, ils vont boire de l'eau sans faire attention, ils ne sont pas vigilants* ».

Un médecin évoquait également le cas des enfants de patients migrants, souvent nés en France. Leur âge et une prévention non systématique faisaient de ces petits patients des voyageurs à risques : « *c'est dangereux pour les petits je trouve. En plus pour les enfants c'est souvent leur première fois au pays* ».

- Les patients effectuant un pèlerinage, en particulier « *les pèlerins qui vont à la Mecque* » étaient considérés comme voyageurs à risque pour une petite partie des médecins interrogés. L'exposition au risque de méningite, sans préciser son étiologie, était mentionnée pour expliquer leur réponse.

- L'insouciance et le manque de prudence dont faisaient preuves certains patients lors de leur séjour à l'étranger faisaient d'eux des voyageurs à risque pour une infime partie des médecins interrogés : « *c'est celui qui ne voit pas le risque et qui se pense peut être trop chanceux* ».

- Un médecin considérait qu'un voyageur seul était un voyageur à risque : « *les patients qui, qui partent euh, en solo...* ».

- Pour très peu de médecins, le voyageur « *touriste sexuel* » était un voyageur à risque. Parmi eux, un médecin remarquait d'ailleurs que « *il ne [...] le dit pas lors de la consultation* ».

- En résumé, comme le faisait remarquer un médecin, « *personne n'est à l'abri !* ».

b) *Le voyage à risque*

- La quasi-totalité des médecins généralistes interrogés sur leur définition du voyage à risque abordait le sujet des conflits géopolitiques. La dangerosité des voyages effectués dans des pays ou des zones instables politiquement, en crise voire en guerre était mise en avant. Les médecins évoquaient également le risque des attaques terroristes, en particulier dans certaines régions : « *les risques récents liés au terrorisme* », « *les tensions politiques actuellement dans les pays arabes en général* », « *je trouve que voyager dans certains pays comme le Nigéria, la Mauritanie, la Syrie ça reste un peu sensible et dangereux. Voilà. Après euh il y a des pays un peu instables comme Bolivie, Equateur* », « *je dirais déjà le climat politique. Aller au Yémen ou en Syrie là ce serait prendre un risque important* ».

- Pour la majorité des médecins interrogés, le voyage à risque dépendait du type de voyage. Ce dernier était défini par la destination mais aussi par les conditions dans lesquelles il se déroulait, notamment en termes d'hébergement, d'activités sur place, en fonction de la saison à laquelle il avait lieu mais aussi de l'environnement :

- parmi ces médecins, certains pensaient que certaines destinations étaient plus à risque que d'autres :

- ✓ la destination pouvait être définie par le pays dans lequel avait lieu le séjour mais également par une zone ou une région de ce pays : « *Ce serait le voyage en zone tropicale* », « *les voyages en zone intertropicale sont plus risqués* », « *le voyage dans des destinations très isolées et peu connues* ». Parfois des comparatifs entre deux pays ou régions sont réalisés : « *aller au Maghreb plutôt qu'en Norvège c'est plus risqué* » ;

- ✓ des médecins remarquaient que des destinations étaient plus à risque que d'autres du fait de la présence d'épidémies et de pathologies infectieuses comme par exemple la maladie à virus Ebola ou encore les infections invasives à méningocoques :

« C'est pas forcément une bonne idée de se précipiter dans des pays à forte incidence d'Ebola », « aller en Guinée en pleine épidémie d'Ebola c'est forcément un voyage à risque », « Les voyages à la Mecque avec la méningite », « Les crises sanitaires aussi, enfin je veux dire les voyages en zone de palu, fièvre jaune, Ebola ».

- Pour quelques médecins, un voyage à risque dépendait des conditions dans lesquelles il avait lieu : *« je dirais les conditions du voyage », « c'est l'activité sur place qui fait que le voyage peut devenir dangereux » :*

- ✓ parmi les conditions des médecins faisaient référence aux activités prévues lors du voyage, pouvant être sources de risque. Les plus fréquemment citées étaient les treks et les randonnées : *« si vous faites un trekking en Malaisie, c'est un risque », « le voyage aventurier avec des treks, des randonnées, des activités un peu poussées ».* Un médecin parle même de *« voyages extrêmes »*

- ✓ à plusieurs reprises, les médecins généralistes mentionnaient l'environnement dans lequel le voyage se réalisait : *« si c'est de la forêt, de la ville », « le voyage dans un lieu isolé de tout, dans un environnement dangereux comme une jungle ou le désert ».*

- ✓ une petite partie faisait un lien avec la saison à laquelle avait lieu le voyage. Pour l'un d'entre eux par exemple, un voyage à risque était un voyage se déroulant *« en saison humide ».*

- ✓ peu de médecins définissaient les voyages à risque selon les conditions d'hébergement : *« ça dépend du logement sur place, si c'est un hôtel, chez l'habitant », « et puis les conditions d'hébergement, si c'est le désert, la jungle, un club de vacances, parce que ça peut quand même changer la donne ».*

- Pour un médecin un voyage à risque était un voyage de longue durée : « *le voyage de longue durée aussi parce qu'au bout d'un moment on ne fait plus attention* ».

- Un groupe de quelques médecins insistait sur le fait qu'un voyage à risque était un voyage qui n'avait pas été préparé : « *c'est le voyage non préparé, dans des conditions pas organisées* », « *Les voyages non préparés, clairement, celui qui part sans réservation* », « *l'organisation du voyage est importante, je dirai même que c'est la base d'un voyage l'organisation* ». Parmi eux, un médecin pensait que la préparation du voyage permettait de diminuer les risques encourus au cours d'un séjour à l'étranger : « *Il n'y a pas vraiment de voyages euh, dangereux sur le plan de la santé si on les a bien préparé à l'avance* ».

- Un médecin faisait remarquer que « *tout voyage comporte des risques* » et ajoutait qu'« *il faut faire attention partout* ».

c) *Les risques encourus*

- Une partie des médecins pensait que les risques étaient « *variables* ». Un médecin déclarait : « *il y a des risques partout, plus ou moins importants et graves* ».

- Pour la majorité des médecins généralistes interrogés les principaux risques encourus lors d'un séjour à l'étranger concernaient la santé du voyageur. Certains médecins généralisaient en parlant de « *risques sanitaires* » :

- à de nombreuses reprises, les médecins parlaient des risques infectieux. Ces derniers étaient nombreux et divers :

- ✓ Le paludisme et la fièvre jaune étaient souvent évoqués mais une grande partie des médecins préférait parler de façon générale de parasitoses ou de zoonoses comme le disaient ces médecins : « *les risques c'est de choper une parasitose, voilà, plein de trucs en -ose ou -ase !* », « *puis il y a aussi les risques infectieux hein, tout ce qui euh, est véhiculé par un animal ou un euh, un*

insecte », « *sur le plan infectieux avec le paludisme, la fièvre jaune, les parasitoses* ». Un petit groupe de médecin faisait remarquer que le prix élevé des traitements préventifs, chimioprophylaxie antipaludique ou vaccins, et leur absence de remboursement pouvaient être source de risques sanitaires, du fait de l'absence de prévention efficace : « *le prix ça pose des problèmes donc ça peut engendrer des risques* » ;

✓ quelques médecins mentionnaient les risques hygiéno-diététiques pouvant être à l'origine d'intoxication alimentaire ou de la diarrhée du voyageur : « *le risque avec l'eau insalubre et l'alimentation, les risques de turista* », « *les infectieux toxi-alimentaires, la turista* ». Un médecin généralise en citant « *le péril fécal* » ;

✓ parmi les risques infectieux, un très petit nombre de médecins évoquait les « *MST* ».

- moins fréquemment, une partie des médecins généralistes évoquait les risques traumatologiques. Ils évoquaient les « *accidents de la route* » ou encore les traumatismes telles que « *les fractures, les entorses, les plaies* » ;
- plusieurs médecins abordaient également les risques de décompensation auxquels les patients souffrant de pathologie chronique pouvaient être exposés comme en témoignaient ces médecins : « *Il y a aussi les décompensations de pathologies chroniques, sur le plan métabolique et cardiovasculaire aussi* », « *il y a les risques liés à des pathologies préexistantes* » ;
- certains médecins, moins nombreux, expliquaient que des pathologies aiguës pouvaient également survenir lors d'un voyage à l'étranger, comme « *une crise d'asthme, une allergie, une colique néphrétique* » ou encore « *une appendicite* ». Un médecin simplifiait en disant que « *tout est possible dans les voyages* » ;
- les risques secondaires aux transports étaient cités par une minorité des médecins interrogés. : « *les risques thromboemboliques liés au voyage dans le sens moyen de transport* ». Parmi eux, un médecin

remarquait qu'il existait un risque « *en particulier lié au décalage horaire* » qui peut être à l'origine d'une « *mauvaise compréhension des traitements* ».

- Très peu de médecins faisaient référence aux risques liés aux conditions météorologiques et environnementales. Un médecin l'évoquait ainsi : « *le risque lié climat du secteur, si c'est très humide, chaud, froid, sec* ». Plus simplement, un médecin parlait du « *soleil* ». Un autre donnait l'exemple des risques liées à l'altitude : « *il peut y avoir des problèmes liés également euh, à la dépressurisation* ».

- Des « *risques récents liés au terrorisme* » ou encore des « *risques politiques* » pouvaient également exister. Un médecin évoquait également « *les attentats à la bombe, les enlèvements dans les pays en guerre* ».

- Pour quelques médecins, les risques encourus dépendaient aussi du « *cadre du voyage* ». Par cette expression ils faisaient notamment référence au motif du séjour. Un médecin expliquait que pour lui « *si c'est un voyage qui est fait avec une entreprise qui ne fait que des visites guidées, je pense que oui, en effet il y a peu de risques. Euh, si c'est dans un cadre professionnel ça dépend. Par exemple si c'est pour aller interviewer des milices armées je pense qu'il y a un risque* ».

d) *Contre-indication des voyages*

- La plupart des médecins avaient déjà contre-indiqué un voyage : « *Alors euh je l'ai fait une fois* », « *oui une fois* », « *Cette dame-là pour l'instant elle est contre-indiquée* ». Certains médecins disaient n'avoir jamais été confrontés à cette situation ou alors dans le cadre d'un voyage en France : « *un voyage oui, mais c'était un voyage en France* », « *non, ça ne m'est jamais arrivé pour l'instant* ».

- La grande majorité des médecins généralistes reformulait la question. Pour beaucoup d'entre eux, ils préféraient utiliser le mot « *déconseiller* » que contre-indiquer : « *contre-indiquer non mais déconseiller fortement oui* », « *j'ai fortement déconseillé un voyage chez un diabétique qui voulait partir* ». Certains préféraient

laisser le choix au patient après explication des risques encourus : « *Je ne contre-indique jamais mais je présente les choses de manière à ce qu'il fasse un choix* », « *je n'ai pas contre-indiqué mais j'ai dû lui donner une information claire que le risque était très élevé* ». La difficulté et parfois l'impossibilité de contre-indiquer un voyage à l'étranger à un patient étaient fréquemment évoquées : « *contre-indiquer me paraît difficile* », « *Contre-indiquer un voyage, je ne sais pas si c'est vraiment possible* », « *on peut pas contre-indiquer un voyage* ».

- Parmi les motifs donnés par les médecins, une maladie chronique déséquilibrée et/ou un risque important de décompensation étaient mentionnés : « *c'était une décompensation respiratoire me semble-t-il qui voulait faire une rando à la Réunion* », « *j'ai une dame de soixante-quinze ans qui vient de faire un infarctus majeur qui veut aller au mariage de sa fille en Nouvelle-Calédonie. Nous avons un problème je crois* », « *un petit garçon drépanocytaire qui devait prendre l'avion pour passer ses vacances au pays* ».

5. Préparation de la consultation pré-voyage

- Une majorité de médecins ne préparait pas la consultation de pré-voyage en amont. La recherche des informations nécessaires était réalisée en même temps que la consultation elle-même : « *je fais sur le moment, c'est plus simple je trouve, pour tout le monde* », « *je fais tout pendant la consultation* », « *j'essaie de ne pas apporter du travail à la maison, surtout pas. Je fais ça pendant la consultation* ».

- Quelques médecins, moins nombreux, la préparaient en amont. Parmi eux, certains collectaient suffisamment de renseignements sur le voyage et le voyageur pour réaliser des recherches adaptées comme l'expliquait ce médecin : « *je fais des recherches en fonction de, de leur destination déjà et je leur demande, euh, ce qu'ils ont prévu de faire là-bas, si c'est un voyage en ville ou, euh, plus rural, et puis les activités sur place [...]. Je fais mes recherches après en fonction comme ça le jour de la consultation c'est plus facile* ». Un autre médecin tenait ces propos : « *je me renseigne sur la destination, le motif et aussi la durée du voyage. Et puis la saison aussi. Et puis sur les antécédents du patient* ».

6. Outils à la disposition du médecin généraliste

Tous les médecins généralistes interrogés faisaient part de l'usage d'outils leur venant en aide lors de la consultation pré-voyage ou lors de sa préparation. Les supports de ces outils étaient divers :

- Le support numérique était utilisé par la quasi-totalité des médecins :
« *Principalement internet...* » :
 - les sites les plus fréquemment utilisés :
 - ✓ le site du ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des femmes (<http://www.sante.gouv.fr>) : « *je regarde sur des sites dédiés comme sante.gouv* », « *le site du ministère de la santé* », « *je vais sur sante.gouv* » ;
 - ✓ le site de l'institut Pasteur (<http://www.pasteur.fr/fr>) : « *le site de l'institut Pasteur* », « *le site de Pasteur* » ;
 - ✓ le site [santé-voyages.com](http://www.sante-voyages.com) dirigé par le Docteur Alain FISCH (<http://www.astrium.com>) : « *je jette un œil sur le site de Santé Voyages* », « *je me connecte sur le site santé-voyage.com* ».
 - Plus rarement cités, certains médecins utilisaient également :
 - ✓ le site de l'OMS (<http://www.who.int/fr/>) : « *je regarde sur le site de l'OMS.* » ;
 - ✓ le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr>) : « *je regarde sur l'InVS* ». Il permettait d'avoir accès au BEH sur les recommandations sanitaires pour les voyageurs, mis à jour chaque _____ année :
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/reco/pdf/2015_reco.pdf : « *il y a un lien vers le BEH, c'est pratique* » ;
 - ✓ le site du ministère des Affaires étrangères et du Développement international (<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/>) : « *diplomatie.gouv* » ;
 - ✓ le site du CVI et d'informations aux voyageurs, dépendant du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-

Louis à Paris (<http://vaccin-voyage-ghparis10.aphp.fr>) : « *J'utilise beaucoup le site de Saint-Louis* » ;

✓ le site du CDC américain (<http://wwwnc.cdc.gov/travel>) : « *je vais plus souvent sur le site du CDC...* » ;

✓ le site <https://www.mesvaccins.net> : « *je regarde sur mesvaccins.net* ».

En moyenne, les médecins consultaient un à deux supports numériques au cours de leurs recherches. Plusieurs médecins généralistes avaient un avis positif des sites internet utilisés. Leur praticité et leur accessibilité étaient très souvent mises en avant : « *les sites sur internet sont très bien faits...* », « *on y trouve souvent toutes les informations recherchées, c'est pratique.* », « *c'est pratique, rapide, pas besoin de trop chercher.* ». Pour beaucoup de médecins interrogés ces sites étaient des sources sûres car pour certaines officielles. Les mises à jour étaient supposées régulières : « *ils ouvrent le parapluie donc c'est rassurant.* », « *les mises à jour sont régulières c'est bien.* ».

- Même si le BEH regroupe des recommandations officielles, cet outil était critiqué par les médecins. Ces derniers le qualifiaient de « *lourd, indigeste, brouillon* », « *pas facile d'utilisation.* », « *moins pratique* ».

- Le dictionnaire Vidal® était exceptionnellement cité. Le support sur lequel il était utilisé n'était pas précisé : « *le Vidal pour la thérapeutique* ».

- Très peu de médecins généralistes avaient recours au support papier pour leurs recherches :

- un médecin faisait référence au « *Yellow Book* », ouvrage édité par le CDC sur la médecine des voyages : « *j'ai le livre, le, le Yellow Book* ». Dans ce cas, l'édition de l'ouvrage n'était pas la plus récente mais celle de 2012.

- un médecin utilisait également un atlas regroupant les zones géographiques touchées par le paludisme et la fièvre jaune : « *J'ai aussi un petit atlas avec les zones de paludisme et la fièvre jaune.* ». L'édition datait ici de 2014 ;

- les plaquettes publicitaires étaient très peu cités : *« je leur montre aussi ce petit document (sort une plaquette Insect Écran®) ».*

- Quelques médecins utilisaient des fiches personnelles, leur servant d'aide-mémoire : *« j'ai mes fiches personnelles pour le paludisme », « J'ai une petite fiche (sort une feuille) que j'essaie de mettre à jour avec des adresses intéressantes... ».*

- Une partie des médecins interrogés demandait l'avis spécialisé à leurs confrères lorsqu'ils étaient en difficulté :

- ces avis spécialisés étaient demandés au sein du CVI du CHU de Rouen : *« si vraiment j'ai un doute j'appelle le CHU », « quand je sens que ça va être compliqué pour x ou x raisons je les envoie au CHU, au centre de vaccinations », « j'appelle le centre de vaccinations au CHU » ;*
- parmi ces médecins généralistes, certains se tournaient aussi vers des confrères non spécialisés dans la médecine des voyages. Les avis demandés à ces médecins concernaient des patients ayant des pathologies particulières, chroniques : *« on l'a préparé avec le diabétologue, on a vu pour gérer les insulines tout ça ».*

7. Informations recherchées par le patient voyageur

- Pour une majorité des médecins généralistes interrogés, la question des vaccinations était fréquemment posée : *« souvent c'est faire le point sur les vaccins à faire », « les vaccins aussi... », « Oh, les vaccins déjà... ».*

- Le sujet de la trousse à pharmacie était évoqué par une grande partie des patients. L'appellation de cette trousse variait : *« ils aiment bien partir avec une petite trousse de secours. Ça les rassure », « puis pour la trousse de secours », « pour avoir quelques médicaments pratiques pour la trousse », « la petite trousse de dépannage aussi. ».*

- La question des risques infectieux et particulièrement du paludisme était également une préoccupation des patients, mais de façon moins systématique et fréquente : *« le traitement contre le palu si besoin il y a », « c'est surtout des informations sur les risques infectieux, le palu et tous ces machins ».*

- La prévention au sens large, des risques sanitaires ou autres, faisait partie des demandes des patients voyageurs : *« avant tout les risques en cours et comment les éviter. Ouais, c'est surtout de la prévention et surtout sur de l'infectieux et l'alimentation », « quand ils partent c'est euh les préventions pour les maladies locales ».* Cependant ce sujet était évoqué par peu de médecins généralistes.

- Pour un seul médecin généraliste, les patients ne seraient pas demandeurs d'informations précises avant leur départ : *« Je sais pas s'ils recherchent des informations enfin, je veux dire ils arrivent, ils me disent « Docteur, je pars là, qu'est-ce que je fais ? » mais tu vois ils ne viennent pas avec des questions précises, c'est quelque chose de, de général ».*

8. Vaccinations

a) Vaccinations proposées avant le départ à l'étranger

- La totalité des médecins généralistes interrogés profitait de cette consultation pour vérifier et mettre à jour le statut vaccinal de leurs patients désirant partir à l'étranger : *« tous ceux qui partent doivent avoir leurs vaccinations à jour et j'entends par là leurs vaccinations françaises », « je vérifie s'ils sont à jour pour les vaccinations en France », « c'est pratique parce que comme ça je peux vérifier s'ils sont à jour pour les vaccins français ».*

- De façon systématique, les *« vaccinations pour la France »* étaient mentionnées. La plupart des médecins parlaient d'ailleurs de vaccinations à caractère obligatoire. Parmi elles, le vaccin diphtérique, tétanique et antipoliomyélitique inactivé était mentionné de nombreuses fois : *« Le dTP c'est systématique ».* Les vaccinations contre la coqueluche, contre les infections à

pneumocoque et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole étaient elles plus rarement évoquées.

- Beaucoup de médecins précisait que la prescription d'une vaccination chez un voyageur « *dépend[ait] de la destination* ». Quelques médecins, assez peu nombreux, adaptaient aussi les vaccinations selon le « *type de voyage* » et les conditions de séjour : « *ça dépend de beaucoup de choses hein, le lieu déjà, la saison, s'ils sont à l'hôtel, à l'aventure* ».

- À plusieurs reprises le caractère obligatoire de certaines vaccinations était mentionné. La vaccination anti-marielle était l'exemple le plus cité par les médecins : « *la fièvre jaune est obligatoire dans certains pays* ». Certains médecins citaient également l'exemple du vaccin contre la méningite à méningocoques pour les patients voyageurs effectuant le pèlerinage à la Mecque : « *Les méningites si besoin, surtout s'il y a un pèlerinage à la Mecque par exemple mais là c'est obligatoire en fait* », « *la méningite ACW qui est obligatoire pour la Mecque* ».

- Une partie des médecins mentionnait également de vaccinations « *recommandées* » qui dépendaient de la destination et des conditions du séjour. Les vaccinations contre la fièvre typhoïde et les hépatites A et B étaient évoquées par la très grande majorité des médecins : « *j'aime bien leur proposer ceux-là si je sais que les conditions sanitaires sont un peu bof* », « *qu'il y a des pays pour lesquels je vais leur parler de l'hépatite B, A, de la typhoïde* ».

- Quelques médecins mentionnaient la nécessité pour certaines destinations de se faire vacciner contre l'encéphalite japonaise ainsi que contre la rage : « *l'encéphalite japonaise aussi* », « *la rage si besoin mais c'est pas systématique* ». Des médecins faisaient remarquer que la vaccination antirabique n'était pas nécessaire si le voyageur évitait le contact avec les animaux. « *je ne vois pas l'utilité de vacciner contre la rage si on fait attention et qu'on ne va pas caresser les chiens errants ou les singes* » pense ce médecin.

- Très peu de médecins parlaient des vaccinations contre :

- la grippe saisonnière : « *La grippe aussi pourquoi pas pour les personnes fragiles* » ;
- l'encéphalite à tiques : « *les encéphalites euh, à tiques* » ;
- la tuberculose : « *La tuberculose, pourquoi pas selon le pays* ».

- De façon quasi-unanime les médecins généralistes interrogés déclaraient qu'à l'exception de la fièvre jaune, toutes les vaccinations proposées lors d'une consultation de préparation au voyage sont en théorie réalisables au sein de leur cabinet : « *toutes sauf la fièvre jaune* » répondait la grande majorité des médecins. En pratique, certains médecins faisaient remarquer que les choses étaient un peu différentes : « *je crois qu'on peut les faire à part la fièvre jaune mais comme je les fais jamais je sais pas* » disait ce médecin. En effet, des médecins expliquaient n'avoir jamais eu l'occasion de réaliser des vaccins comme celui contre la rage ou bien, par exemple contre l'encéphalite japonaise : « *je pourrais faire la rage mais je n'en ai jamais eu l'occasion mais je sais que je peux* », « *à part l'encéphalite japonaise que je n'ai jamais eu l'occasion de faire ici* ».

- Les médecins interrogés déclaraient systématiquement vérifier les vaccinations à réaliser avant un départ, selon la destination. Cette vérification se faisait pour certains médecins via des sites internet : « *je jette un coup d'œil sur santé.gouv et Pasteur pour voir s'ils conseillent quelque chose en particulier* », « *si je ne sais pas de toutes façons je regarde sur le site de l'OMS* », « *je regarde sur l'InVS* ». D'autres n'hésitaient pas à demander un avis ou à envoyer les futurs voyageurs au centre de vaccinations et de conseils aux voyageurs, comme celui du CHU de Rouen : « *quand vraiment ce sont des destinations à haut risque je les envoie au CHU à Santé Voyages* », « *je n'hésite pas à orienter directement au CHU au centre de vaccinations pour faire le point* ».

b) *Contre-indications vaccinales*

- L'immunosuppression était mentionnée par la majorité des médecins. Parmi eux, certains médecins citaient à plusieurs reprises l'exemple des patients contaminés par le VIH. Pour quelques médecins, moins nombreux, la vaccination chez les « *patients sous biothérapie* » et « *sous traitement immunosuppresseurs*,

comme pour la SEP, les polyarthrites » est une contre-indication. Quelques médecins précisait que les contre-indications concernaient *« les vaccins vivants chez les immunodéprimés »*.

Plus rarement, certains médecins faisaient remarquer que l'immunosuppression n'était pas une contre-indication absolue : *« même pour mes patients VIH si la charge virale est basse, inférieure à moins de cinq cents CD4 je leur dis qu'ils peuvent aller se faire vacciner »*. À titre plus exceptionnel, *« les maladies infectieuses évolutives »* telle que la tuberculose étaient citées.

- Parmi les contre-indications aux vaccinations, une partie non négligeable de médecins évoquait les allergies et *« les antécédents d'allergie »*. Ce sujet était abordé de différentes manières : certains médecins parlaient des *« allergies au support du vaccin »*, d'autres d'*« intolérance à un vaccin »*. Parmi ces médecins, quelques-uns étaient plus précis et parlaient des allergies à l'œuf comme contre-indication à la vaccination anti-amarilique : *« pour la fièvre jaune il y a l'allergie à l'œuf »*, *« qu'il y a l'allergie à l'œuf pour la fièvre jaune »*.

- Pour quelques médecins la grossesse et l'allaitement constituaient des contre-indications : *« les femmes enceintes et euh, ou allaitantes »*. Une nouvelle fois, c'étaient les vaccins vivants qui étaient incriminés comme le disait ce médecin : *« les femmes enceintes pour les vaccins vivants »*.

- L'insuffisance rénale était mentionnée par très peu de médecins : *« les problèmes rénaux, enfin les degrés d'insuffisance rénale »*, *« les grosses insuffisances rénales »*.

- Ce médecin évoquait les adjuvants contenus dans les vaccins, sans les considérer pour autant comme une contre-indication : *« Il faudrait regarder si les vaccins contiennent de l'aluminium »*.

- Une partie des médecins interrogés déclarait vérifier les contre-indications quand ils n'étaient pas habitués à manipuler certains vaccins : *« je regarde sur le Vidal® s'il y a des contre-indications hein, parce que bon les vaccins courants ça va j'ai l'habitude mais les vaccins moins courants je jette volontiers un »*

œil ». Un autre médecin faisait remarquer qu'il n'hésitait pas à demander un avis spécialisé lorsqu'il s'agissait de vacciner des patients souffrant d'une pathologie chronique : « *ils sont suivis par des spécialistes donc au moindre doute je demande à leur spécialiste référent* ».

- La quasi-totalité des médecins interrogés avait cité au moins une contre-indication vaccinale.

c) *Associations vaccinales et règles de coadministration*

- De façon quasi-unanime, les médecins généralistes vérifiaient que l'association de plusieurs vaccins et/ou leurs coadministrations ne soient pas incompatibles : « *au moindre doute je regarde sur mesvaccins.net* », « *Je vérifie si j'ai un doute* », « *je vérifie avant les incompatibilités* ». La méfiance se portait à l'encontre des vaccins vivants : « *Je fais attention aux vaccins vivants, au délai entre les vaccins* », « *Je fais très attention aux vaccins vivants surtout* ».

- Une grande partie des médecins déclarait faire attention au délai entre deux vaccinations, particulièrement si l'une d'entre elle était une vaccination antiamarile. Un délai de quatre semaine était donné par la totalité des médecins précisant la durée du délai devant séparer ces vaccinations : « *je décale de quatre semaines les autres vaccinations s'il y a eu une vaccination contre la fièvre jaune avant* », « *c'est quatre semaines de délai je crois pour la fièvre jaune* ».

Par prudence, un des médecins interrogés laissait également un tel délai entre deux vaccinations même s'il s'agissait de vaccins non-vivants : « *je laisse quatre semaines entre deux vaccinations mais je fais pareil avec les non vivants [...].Je n'aime pas trop associer les vaccins ensemble* ».

- Lorsqu'une coadministration de vaccins était réalisée, très peu de médecins précisait le nombre maximum de vaccinations effectuées au cours d'une consultation: « *j'en fais pas plus de deux* ». Il en était de même pour les sites d'administration : « *j'en fais un dans un site et un autre dans un autre* », « *je pique que dans une zone par vaccin* ».

d) *Prise en charge d'un effet secondaire post-vaccination*

- Si un effet secondaire de type « *fièvre* », « *syndrome grippal* » ou encore « *réaction locale* » survenait après une vaccination, la très grande majorité des médecins généralistes le traitait, avec notamment un traitement antipyrétique : « *une fièvre peu élevée ou un syndrome grippal ça peut arriver, une réaction locale aussi et euh, ça je vais le traiter* », « *si c'est de la fièvre ou une réaction locale, je traite* », « *si c'est juste une fièvre ou des courbatures, je lui donne du paracétamol bien sûr et je lui dis de surveiller* », « *je traite ce qui est traitable à mon niveau* ».
- S'il s'agissait d'un autre effet secondaire ou d'un effet secondaire jugé par certains « *plus grave* », la quasi-majorité des médecins généralistes déclarait l'évènement au centre régional de pharmacovigilance : « *un gros effet secondaire je, je préviens la pharmacovigilance* », « *sinon je contacte la pharmacovigilance* », « *si c'est autre chose, je ferais un signalement à la pharmacovigilance sûrement* ».
- Certains médecins, moins nombreux, demandaient éventuellement un avis spécialisé, en fonction de l'effet secondaire rencontré. Ces médecins donnaient ces exemples : « *si c'est plus grave ou plus atypique comme un Guillain Barré ou je ne sais pas, une autre maladie neurologique, je fais une déclaration de pharmacovigilance et je demande un avis spé* », « *je demande l'avis d'un spécialiste mais c'est quand même des cas de figure rares* ».
- Quelques médecins précisait n'avoir jamais été confrontés à cette situation : « *j'ai jamais eu le cas* », « *personnellement je n'ai jamais vu de Guillain Barré* ».
- Pour très peu de médecins la prise en charge passait également par le « *dialogue* » et la réassurance : « *il faut minimiser les risques, leur dire que ça va s'arranger* ».

9. Paludisme

a) Connaissance des zones géographiques

- Pour quelques médecins généralistes interrogés, les zones impaludées se trouvaient dans ces différents continents : « *l'Asie, l'Amérique Latine, l'Afrique* » ou encore « *le continent océanique* ». Certains, minoritaires, les résumant ainsi : « *les zones tropicales, équatoriales* ». De façon beaucoup plus générale, les connaissances des zones géographiques impaludées des médecins généralistes étaient approximatives, comme le constataient à de très nombreuses reprises certains médecins : « *oh par cœur, par cœur non* », « *par cœur non* », « *je ne connais pas toutes les zones* ».

- La notion de « *zone de résistance* » était soulevée par peu de médecins : « *il faut faire attention avec les zones de résistances* ».

- Plus rarement également, quelques médecins faisaient remarquer qu'au sein d' « *un même pays un même pays il y a des régions où il y a du palu et d'autre non* ».

- La totalité des médecins généralistes interrogés déclarait vérifier systématiquement les zones géographiques touchées par le paludisme grâce aux outils détaillés précédemment. Il s'agissait majoritairement de support numérique, plus rarement de support papier comme le confirmaient ces médecins : « *je regarde sur les sites internet pour être sûr* », « *je vérifie toujours sur internet et mon petit atlas* ».

b) Prescription des chimioprophylaxies antipaludiques

- Les chimioprophylaxies les plus souvent mentionnées par les médecins généralistes interrogés étaient par ordre de fréquence :
 - la Malarone®. Un médecin précise la posologie utilisée : « à débiter 48 heures avant et une semaine après le retour » ;
 - le Lariam® ;
 - les doxycyclines ;
 - la Savarine®.
- La majorité des médecins généralistes avouait ne pas connaître de manière précise les molécules et/ou les posologies : « je ne connais pas tout ça par cœur, surtout que les schémas varient selon les molécules », « les posologies et les conditions d'utilisation, euh, je ne m'en souviens jamais exactement ».
- Avant de prescrire une chimioprophylaxie antipaludique, la totalité des médecins vérifiait sur les différents supports évoqués :
 - une fois de plus, le support numérique et internet étaient les outils privilégiés : « je me réfère toujours aux dernières recommandations sur Pasteur pour vérifier », « je regarde sur les recommandations de l'OMS », « je regarde sur internet, d'ailleurs le BEH est pas mal pour ça » ;
 - très peu de médecins utilisaient en complément un support plus personnel : « je vérifie encore une fois mes petites notes sur internet et sur mes fiches mémo sur le palu avant de prescrire pour être sûr » ;
 - un avis spécialisé dans un centre de vaccinations et de conseils aux voyageurs était demandé par quelques médecins : « Si vraiment j'ai un doute j'appelle le CHU », « j'envoie facilement sur le CHU ».
 -
- Certains médecins expliquaient ne pas être quotidiennement confrontés à cette maladie ni à la prescription d'une chimioprophylaxie : « c'est pas des médicaments de tous les jours », « c'est pas des médicaments que je manipule tous les jours comme les antihypertenseurs ». Quelques médecins rajoutaient que les

recommandations variaient et qu'une vérification était donc nécessaire: « *les chimioprophylaxies varient quand même régulièrement* », « *la chimioprophylaxie, ça change* ».

- Un groupe de médecin, non majoritaire, faisait remarquer que la prescription et le choix d'une chimioprophylaxie s'effectuaient selon certains critères :
 - l'existence de zone de chimiorésistance, qui devait être connue du prescripteur : « *il faut faire attention avec les zones de résistances, parce qu'on ne donne pas le même antipaludéen à tout le monde* », « *je vérifie quand même avant de prescrire et je regarde aussi si ça correspond à la zone du pays, enfin vous voyez, avec les résistances tout ça* » ;
 - les conditions d'hébergement lors du séjour : « *j'adapte en fonction, de la zone, de euh, de et puis du lieu hein, parce que s'ils restent à l'hôtel avec la clim, tout ça, il faut voir* ».
 - la durée du séjour : « *quand on part, plus de 6 mois, là je sais qu'on n'en fait pas.* », « *S'il reste une semaine en ville dans un 4 étoiles, ça se discute* ».

- Le prix de ces traitements avait été souligné à très peu de reprises. Ces médecins constataient : « *qu'est-ce que ça coûte cher !* », « *il faut quand même dire que ça coûte quand même très très cher* ».

c) *Conseils aux voyageurs séjournant dans une zone impaludée*

Tous les médecins généralistes interrogés conseillaient à leurs patients projetant de se rendre dans une zone impaludée de se protéger contre les piqûres de moustiques. Un médecin différenciait deux types de protection : « *tout ce qui est protections mécanique et chimique* ». C'était d'ailleurs le cas de la plupart des médecins interrogés.

- La totalité des médecins mentionnait la protection chimique sous forme de répulsif : « *bien se protéger contre les moustiques avec des répulsifs* », « *Les sprays répulsifs* », « *je vais lui dire de prendre des choses pour se pulvériser, anti*

moustiques, euh, euh, des, des répulsifs voilà ». Parmi ces médecins, certains faisaient la distinction entre les répulsifs anti-moustiques à appliquer sur la peau, « *sur les zones découvertes* » et ceux utilisés pour imprégner les tissus et les vêtements. Ces deux protections étaient parfois associées : « *des traitements pour les vêtements avec les Insect Écran© spécial vêtements et tissus, euh, les Insect Écran© pour la peau* », « *je leur dis d'acheter Insecte Écran®, parce que c'est le meilleur. Hum, je leur conseille aussi de prendre la version pour les tissus, le textile pour y faire tremper leurs vêtements avant de partir* ».

Un médecin abordait le sujet des substances actives contenues dans les répulsifs : « *je leur imprime une petite feuille avec les répulsifs et les DEET* ».

- Les protections physiques étaient très fréquemment évoquées :
 - la majorité des médecins parlait de conseils vestimentaires, « *comme les pantalons, les manches longues* », « *mettre des vêtements longs* », « *Pas de bermuda, pas de short, pas de manche courte, pas de vêtement clair* » ou encore « *prendre des vêtements longs qui se ferment aux extrémités* » ;
 - moins nombreux, un groupe de médecin conseillait les moustiquaires. Parmi eux, certains précisait : « *avec un maillage assez fin* », « *les moustiquaires imbibées* », « *Je préfère leur dire d'amener leur moustiquaire parce que parfois sur place elles, elles sont trouées ou le maillage n'est pas assez serré* ».

- Une grande partie des médecins conseillait à leurs patients voyageurs de se protéger la nuit, moment considéré comme le plus propice pour les piqûres de moustiques de l'espèce anophèle : « *faire attention à la tombée de la nuit* », « *pas sortir en soirée, en début de matinée ou en fin de journée* », « *le palu c'est les moustiques qui piquent la nuit* ».

- Certains médecins insistaient sur la vigilance à porter à l'environnement. Ce médecin conseillait de « *bien faire attention aux eaux croupies* ». Un autre remarquait qu'un patient voyageant dans une zone à risque et séjournant dans « *un hôtel en ville avec la clim* » avait « *moins de risque* » de se faire piquer par les moustiques.

- La bonne observance du traitement chimioprophylactique n'était évoquée que par peu de médecins. Ce médecin remarquait que se protéger du paludisme c'est de « *bien prendre son traitement d'abord* ». Comme cet autre médecin : « *déjà bien prendre leurs médicaments* ».

- De façon beaucoup moins fréquente, ce médecin conseillait de « *faire attention à ce que disent les voyagistes* » et de « *bien se renseigner* ». Cet autre médecin disait à ses patients de « *savoir consulter en cas de fièvre, sur place mais aussi lorsqu'ils reviennent en France* ».

10. Connaissance géographique des zones touchées par la fièvre jaune

Comme pour les zones impaludées, les zones touchées par la fièvre jaune n'étaient pas précisément connues : « *Je ne m'en rappelle jamais* », « *je ne connais pas les zones par cœur* ». Tous les médecins interrogés disaient vérifier sur internet : « *je regarde sur internet* », « *je vérifie toujours sur internet* ». L'avis d'un médecin dans un CVI était souvent : « *si j'ai un gros doute j'appelle le CHU, Santé Voyages* ». Comme pour le paludisme, quelques rares médecins font disaient être particulièrement vigilants car « *pour la fièvre jaune dans un même pays il y a des zones à risque d'autres non* ».

11. Protection contre les moustiques

La protection contre les moustiques était largement abordée par les médecins généralistes interrogés. Beaucoup de médecins remarquaient que les protections contre les moustiques conseillées à un voyageur projetant de partir dans une zone impaludée s'appliquaient également pour les autres espèces de moustiques, eux aussi vecteurs de parasitoses. Ce médecin résumait cela ainsi : « *il n'y a pas que le palu qui peut être transmis par les moustiques, donc euh, ces conseils ça vaut aussi pour la dengue, le chikungunya* ». À de très nombreuses reprises, les médecins conseillaient à leurs patients voyageurs de se protéger « *en permanence* » « *toute la journée* » ou encore « *jour comme nuit* ».

Les conseils que donnaient les médecins généralistes étaient les mêmes que mentionnés précédemment.

12. Règles hygiéno-diététiques

- La totalité des médecins généralistes interrogés mentionnait la vigilance à apporter à la consommation d'eau lors d'un séjour à l'étranger :
 - tous conseillaient à leurs patients de ne boire de l'eau contenue uniquement dans des « *bouteilles encapsulées* » ;
 - une partie parlait de la possibilité d'utiliser des traitements chimiques pour purifier l'eau à l'aide d'une « *pastille désinfectante* » ou plus précisément de « *pastilles comme, comme Micropur®* » ;
 - quelques médecins avouaient avoir des doutes quant à cette technique et préféraient conseiller de faire bouillir l'eau : « *j'y crois pas trop à ces trucs, je me dis qu'il vaut mieux faire bouillir l'eau* », « *je ne connais pas bien leur efficacité mais je me dis que c'est quand même mieux que rien mais bon plutôt bouillir l'eau* » ;
 - ce médecin conseillait, dans le doute, « *de boire du Coca* » et avançait cet argument : « *c'est international et euh, on est sûr que c'est du Coca* » ;
 - les aliments composés en partie d'eau tels que les glaçons mais aussi les glaces étaient également à consommer avec prudence pour un groupe peu nombreux de médecins : « *Les glaces, prudence ! Grande prudence même* », « *pas de glace ni glaçon* ».

Précisées à peu de reprises, ces règles de prévention étaient à respecter dans des « *zones hygiéniquement discutables* ».

- Concernant l'alimentation :
 - tous les médecins conseillaient aussi de ne consommer que des aliments « *cuits* » ou « *bouillis* », d'éviter les aliments « *crus* » et de bien « *éplucher les fruits* » et de ne « *pas les laver* » ;
 - quelques médecins, peu nombreux, faisaient remarquer que l'alimentation au sein des hôtels présentait moins de risques, en l'opposant à la nourriture consommée sur « *les marchés* » : « *Dans*

un hôtel il y a moins de risques selon moi », « ne manger que du cuit ou du bouilli sauf s'ils sont à l'hôtel » ;

- le cas des patients chroniques ayant parfois des régimes alimentaires particuliers était mentionné par très peu de médecins. Ce médecin par exemple conseillait de *« respecter son régime alimentaire aussi, faire attention au sel, au sucre, aux épices »*.

- La très grande majorité des médecins prodiguaient également ce conseil : *« bien se laver les mains »*. Parmi eux, certains médecins précisait *« avec du savon »*, d'autres rajoutaient, beaucoup moins nombreux, que faute de savon, *« au moins avoir une solution hydro-alcoolique »*. Le lavage des mains était à plusieurs reprises qualifié d'*« universel »*, applicable *« toujours, partout »*. Peu de médecins mentionnaient la lutte contre *« le péril fécal »*.

Le sujet de l'hygiène était élargi très rarement à l'hygiène corporelle. Ce médecin conseillait d'utiliser de *« l'eau encapsulée y compris pour se brosser les dents »* ou encore de *« ne pas marcher pieds nus »*. Un autre médecin parlait de la protection solaire et conseillait à ses patients *« de bien se protéger du soleil. Lunettes, chapeau, casquette, crème solaire »*.

- Le contact avec les animaux et la flore environnante étaient déconseillés par très peu de médecins. Ceux qui le mentionnaient préconisaient de : *« ne pas toucher les animaux, les plantes »*.

13. Trousse à pharmacie et ordonnance

a) La trousse à pharmacie

Une partie des médecins faisait remarquer que la composition de la trousse à pharmacie *« dépend de la destination »*.

- La totalité des médecins généralistes interrogés mentionnait dans la trousse à pharmacie à conseiller à leurs patients voyageurs la présence d'un antipyrétique et antalgique. Beaucoup en parlaient en citant le nom de la molécule la

plus connue : le paracétamol. La forme galénique était rarement précisée mais ce médecin disait préférer prescrire « *du paracétamol mais en lyoc* ».

- Quasi-systématiquement, les médecins prescrivaient également un antidiarrhéique. Les molécules prescrites ne faisaient pas l'unanimité :

- parmi eux, une partie des médecins préférait plutôt prescrire du racécadotril comme le Tiorfan®. Ce médecin disait prescrire « *un antidiarrhéique mais pas de l'Imodium®* ». Cet autre « *évite l'Imodium®* ». Aucune justification n'était donnée ;
- un autre médecin faisait remarquer prescrire le lopéramide à ses patients voyageurs mais les mettait « *en garde contre les effets secondaires* ».

- Une grande partie des médecins conseillait à leurs patients voyageurs de mettre dans leur trousse à pharmacie le matériel nécessaire « *aux soins locaux* » comme les petites plaies, les piqûres d'insectes ou les corps étrangers. À de très nombreuses reprises, un désinfectant ainsi que des pansements et des compresses stériles étaient mentionnés par les médecins : « *des désinfectants locaux, pour les plaies [...] des compresses, des pansements* », « *un antiseptique local aussi, des pansements* », « *de quoi faire un pansement basique, des compresses stériles* ».

D'autres dispositifs, outils ou médicaments utilisés dans des traitements locaux étaient cités de façon plus rare par certains médecins. Il s'agissait de:

- collyre oculaire ;
- pommades corticoïdes « *s'il y a des piqûres d'insectes* » ;
- sérum physiologique ;
- pince à épiler afin de pouvoir extraire « *une simple écharde ou un bout de verre* » ;
- une crème de type Biafine® lors de coups de soleil ;
- des stéri-strips®.

- Beaucoup de médecins prescrivaient des traitements antiémétiques. Ce médecin disait prescrire « *du Vogalène® pour les maux des transports* ».

- La question des antibiotiques partageait les médecins interrogés :
 - parmi ceux les évoquant, certains ne les prescrivait qu' « *au cas par cas* ». Ce médecin disait les prescrire « *dans les cas très précis et avec des patients très précis qui ont euh, des infections récidivantes* ». Cet autre médecin déclarait les prescrire pour des « *personnes fragiles avec des comorbidités* » ;
 - quelques médecins avouaient ne pas être à l'aise avec la prescription d'antibiotique chez le voyageur. Ces médecins témoignaient : « *je n'aime pas trop donner d'antibiotiques, vraiment je m'en méfie parce que c'est pas anodin donc je leur dis de consulter un médecin sur place* », « *je la prescris assez peu hein parce que je n'aime pas qu'ils prennent ça à l'aveugle* » ;
 - un autre groupe de médecins, moins nombreux, prescrivait des antibiotiques de façon quasi-systématique à leurs patients voyageurs. Ce médecin disait : « *Alors les quinolones c'est pratique mais il faut faire attention quand euh, avec le soleil. La Pyostacine© j'aime bien, c'est pratique pour les sinusites avec la clim tout ça.* ». Un autre : « *Si le risque de turista est important je leur donne deux comprimés de Ciflox® en cas de diarrhée fébrile* ».

Généralement, les antibiotiques prescrits étaient à large spectre.

- Un petit groupe de médecin incluait le traitement habituel dans la trousse à pharmacie : « *leur traitement habituel s'il y a* », « *le traitement de tous les jours, c'est primordial* ».

- Parmi les autres constituants de la trousse à pharmacie du voyageur, quelques médecins avaient évoqué plus rarement :
 - les traitements antispasmodiques comme le phloroglucinol : « *du Spasfon® pour le ventre* » ;
 - la solution hydro-alcoolique ;
 - les traitements chimiques pour purifier l'eau : « *des tablettes pour décontaminer l'eau* » ;
 - les crèmes de protection solaire ;
 - la chimioprophylaxie antipaludique si elle était nécessaire,

- les protections chimiques contre les moustiques, « *les répulsifs* » ;
- les antihistaminiques et les dispositifs d'urgence en cas de choc anaphylactique : « *Pour les grands allergiques je prescris un Anapen® comme on a besoin de le garder au froid* » ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- les contentions et les héparines de bas poids moléculaires pour prévenir les risques thromboemboliques ;
- les préservatifs ;
- des comprimés de Javel. Un médecin donnait cette anecdote : « *des comprimés de Javel, ça peut être très utile. Quand je suis allé au Mexique j'ai déjà eu des scolopendres* ».

b) *L'ordonnance*

- Lors de la prescription d'un ou de plusieurs traitements en vue d'un départ à l'étranger, la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés rédigeaient leur ordonnance en DCI. Toutes les fois où la langue utilisée pour la rédaction était précisée, il s'agissait du français : « *Je les écris en français et en DCI...* », « *en DCI, en français.* », « *En DCI.* »
- Plus rarement, quelques médecins imprimaient la prescription médicamenteuse en double exemplaire afin que le patient en possède une copie, notamment pour le passage douanier : « *je fais en DCI et en français et en double exemplaire.* », « *Et je leur sors en double, une à garder sur eux, une dans la valise.* »
- Certains médecins faisaient remarquer qu'ils ne modifiaient pas leurs habitudes rédactionnelles : « *c'est comme d'habitude. C'est en DCI.* », « *Je fais comme d'habitude.* »

14. Transports

- La thématique des transports était la plupart du temps évoquée au cours d'une consultation préparation un départ à l'étranger le plus souvent, par le médecin généraliste.

- À plusieurs reprises, des médecins faisaient remarquer que le sujet était abordé par le patient lui-même. Dans ces cas précis, le patient faisait allusion à sa « *phobie* » ou son « *angoisse* », en particulier en avion. Le problème des « *maux des transports* » était souvent source de demande de la part des patients voyageurs comme l'explique ce médecin : « *Les gens m'ont parlé [...] s'ils vont en croisière et qu'ils ont le mal de mer* ».

- Certains médecins, moins nombreux, disaient faire l'impasse sur les transports.

- La prévention des risques thromboembolique était mentionnée par beaucoup de médecins :

- parmi eux, certains insistaient sur la prescription d'une contention quelque soit le mode de transport et le profil du voyageur : « *je leur dis [...] et de prendre des bas de contention quelque soit la durée du trajet, mais ça, ça vaut pour la voiture, le bateau, l'avion* », « *en avion et d'ailleurs pas qu'en avion en fait, pour tous trajets durant plus de 4 ou 5 heures, je leur parle des chaussettes de contention même aux jeunes* », « *si c'est plus de 2 heures c'est contention pour tout le monde sans réfléchir* » ;
- moins fréquemment, des conseils sur la mobilisation étaient également donnés, mais: « *je donne quelques conseils dans l'avion pour se dégourdir les jambes* », « *Au minimum [...] je leur dis de bien se mobiliser, de se lever et de marcher* » ;
- des médecins redoublaient de vigilance pour les patients à risque thromboembolique élevé comme « *les femmes enceintes* » ou « *si le patient a un antécédent de phlébite* ». Certains d'entre eux disaient prescrire, si cela était nécessaire, un traitement anticoagulant

préventif comme témoignent ces médecins : « *si besoin je mets une HBPM* », « *éventuellement je leur prescris une HBPM* », « *s'il y a des risques de phlébite je prescris une HBPM le jour et le lendemain du voyage et idem pour le retour* ».

- Le voyage en avion était le plus fréquemment cité en exemple mais ce médecin faisait remarquer : « *il n'y a pas que l'avion* » et ajoutait « *il y a le bateau, les deux roues, la voiture* ».

- Peu de médecins abordaient la question de la sécurité routière, en particulier dans certains pays, dans lesquels la conduite différait de la conduite française. Ce médecin témoignait : « *je leur dis de faire attention et même de prendre sur place un chauffeur parce que parfois la conduite est anglo-saxonne donc faut faire très attention* ».

15. Assurance et assistance rapatriement

- La très grande majorité des médecins généralistes interrogés disait ne pas aborder les sujets des assurances et des assistances rapatriement. Parmi eux, certains expliquaient que ces sujets n'étaient pas de leur compétence et qu'ils n'avaient pas les connaissances pour conseiller leurs patients voyageurs : « *c'est pas mon domaine* », « *je ne maîtrise pas du tout le sujet* », « *je n'y connais rien* ».

- Pour plusieurs médecins, c'était au patient et non au médecin généraliste de se renseigner : « *c'est plutôt au patient de s'occuper de ça en plus* », « *c'est aussi au patient de gérer ça* », « *c'est à eux de se renseigner. Chacun son boulot !* ».

- Pour quelques médecins, des conseils pouvaient être donnés par les voyageurs : « *je laisse ça aux voyageurs* », « *Le voyageur leur en a déjà parlé souvent* ».

- Selon ce médecin, les assurances et les assistances rapatriement étaient peu évoquées au cours des consultations de préparation au voyage car beaucoup de conseils devaient être donnés : « *Il y a tellement de choses à dire en*

fait. C'est compliqué parce qu'on ne peut pas penser à tout. On pense avant tout à la santé ».

- De façon très peu fréquente, des médecins conseillaient à leurs patients de payer « *en carte bancaire et de vérifier s'ils ont bien l'assistance rapatriement* » ou « *avec leur carte bleu avec un visa international* ».

- Concernant les motifs de rapatriement sanitaire :

- pour la très grande partie des médecins interrogés, les traumatismes étaient le motif principal. Ces médecins en parlaient ainsi : « *la traumatologie, les pathologies ostéo-articulaires* », « *les accidents* », « *les AVP et les fractures* », « *les accidents de la route* ». Ce médecin généralisait en parlant d' « *orthopédie* » ;
- les décompensations aiguës dans le cadre de pathologie chronique étaient également évoquées à de nombreuses reprises : « *les décompensations de euh, enfin les poussées de pathologies chroniques* », « *les décompensations de pathologie* », « *les accès aigus d'une pathologie chronique* ». Ce médecin justifiait : « *les décompensations cardio-vasculaires parce que je pense qu'il doit y avoir des surprises parfois parce que nos patients âgés voyagent de plus en plus* » ;
- sans les associer à une pathologie chronique connue, un groupe de médecins parlait d'événements aigus : « *une dégradation de l'état de santé, quelle qu'en soit la cause* ». Ce médecin donnait cet exemple : « *les pathologies peuvent aussi bien arriver en France comme une colique néphrétique ou une appendicite* » ;
- moins nombreux, des médecins mentionnaient également les rapatriements sanitaires à la suite de pathologies infectieuses : « *s'il y a un risque sanitaire comme Ebola, il y a des risques de rapatriement* », « *la maladie infectieuse sévère, la décompensation sévère, la sigmoïdite diverticulaire* » ;
- beaucoup plus rarement, quelques médecins avaient fait référence aux rapatriements sanitaires à la suite de :

- ✓ « *raisons psychiatriques* » ;
- ✓ accidents secondaire à la réalisation d'activité telle que la plongée : « *La plongée aussi. C'est dangereux, très dangereux !* » ;
- ✓ « *situations géopolitiques dégradées* » ;
- ✓ du choix de certains patients qui « *ne veulent pas être soignés sur place* ».

16. Conseils aux voyageurs

Trois conseils essentiels à leurs yeux avaient été demandés :

a) *Le voyageur sain*

Les principaux conseils étaient, par ordre de fréquence :

- Pour la majorité des médecins généralistes interrogés, le respect des règles hygiéno-diététiques était primordial : « *lavez-vous bien les mains, faites attention à l'eau et privilégiez les aliments cuits* », « *ne pas manger ou boire n'importe quoi* », « *Attention à l'hygiène, ne boire que de l'eau encapsulée y compris pour se brosser les dents et préférer le cuit* ».
- Très fréquemment mentionnée, la trousse à pharmacie dont le contenu a été développé précédemment : « *de partir avec une petite euh, une petite trousse* », « *vous emportez une trousse de médicaments, minimale* », « *de prendre sa trousse à médicaments* ».
- À de nombreuses reprises, les médecins évoquaient la prudence : « *je dirais de ne pas prendre de risques inutiles* », « *pas de, de risque inutile* ». De façon plus précise mais également plus rare, des médecins abordaient le sujet de la sécurité routière. Ce médecin conseillait à ses patients de « *se méfier des accidents de voiture, de la circulation, qui sont beaucoup plus nombreux qu'on imagine* ». Ce médecin conseillait d'« *être respectueux des habitudes locales et de respecter la religion et les habitants* ».

- À plusieurs reprises des médecins conseillaient à leurs patients de vérifier leur statut vaccinal et de se faire vacciner si nécessaire : « être à jour dans ses vaccins », « mettre à jour ses vaccins », « assurez-vous que vous êtes couverts au point de vue vaccinal ».

- Une petite partie des médecins insistait sur la préparation et l'organisation du voyage. Ces médecins conseillaient de « bien se renseigner sur sa destination, de regarder des sites comme ceux des affaires étrangères » ou encore d'« organiser et d'anticiper ».

- Les autres conseils, donnés moins souvent :

- la protection solaire : « je parle souvent de la protection solaire » ;
- la prévention contre les risques thromboemboliques : « bouger, surtout quand on est dans un transport » ;
- les assurances ;
- éviter les contacts avec la faune et la flore : « faire plus attention à l'environnement ambiant comme éviter d'aller toucher les plantes, les arbres, les petits singes » ;
- la prévention anti-moustique « avec les protections mécaniques mais chimiques aussi » ;
- ne pas se baigner « en eau douce ».

b) Le voyageur souffrant d'une pathologie chronique

- La majorité des médecins généralistes interrogés donnait aux patients voyageurs souffrant d'une pathologie chronique « les mêmes conseils [que le patient en bonne santé] mais plus personnalisés selon leur pathologie ».

- L'accent était principalement mis sur le régime alimentaire de ces patients : « faire attention aussi à l'alimentation surtout s'il y a un régime particulier », « je conseillerais exactement la même chose en fait mais en adaptant le régime alimentaire », « d'adapter son régime ».

- À plusieurs reprises le sujet du « traitement habituel » de ces patients était mentionné. Ces médecins conseillaient de « bien avoir son traitement et son

ordonnance et surtout prévoir des doses supplémentaires » ou encore de *« prendre son traitement habituel et même d'en prendre plus que pour la durée du séjour parce que ça arrive les vols annulés »*.

17. La place du patient dans la préparation de son voyage à l'étranger selon le médecin généraliste

À plusieurs reprises, des médecins avaient évoqué la place du patient dans la préparation de son voyage. Parmi eux, certains le voyait comme *« acteur de sa santé »* et de son voyage, y compris lors de sa préparation. C'était à lui de *« se renseigner »*, de *« se débrouiller »* pour rechercher des réponses à certaines de ses questions. Ce médecin disait : *« ils se reposent sur nous, ils sont un peu passifs »*. Un autre médecin préférait faire appeler le centre de vaccinations par les patients : *« C'est pas mal de le faire appeler d'ailleurs, ça l'investit dans son voyage. C'est lui qui part après tout »*.

Pour quelques médecins, le patient devait être responsabilisé : *« il ne faut pas trop infantiliser les patients »*.

C. Les médecins généralistes et la médecine des voyages

1. Le médecin généraliste voyageur

- Les médecins généralistes interrogés étaient ou avaient été des voyageurs.

- La majorité des médecins disait partir à l'étranger avec une trousse à pharmacie. Parmi eux, la plupart des médecins précisait que cette trousse était différente de celle prescrite à leurs patients. Ce médecin la qualifiait de *« plus complète »*. Ce médecin expliquait : *« je prends un peu plus de médicaments parce que je sais les utiliser »*. Parmi ces traitements supplémentaires, les antibiotiques étaient fréquemment mentionnés : *« une trousse plus euh, plus complète notamment avec cette fois-ci des antibio que je sais utiliser »*, *« des antibio si besoin, ces choses-là que je sais manipuler »*. Des médecins disaient également prendre avec eux le matériel nécessaire pour suturer d'éventuelles plaies : *« on part avec un petit set à suture dans notre trousse de secours »*. Certains médecins, moins nombreux,

ajoutaient également dans leur trousse de secours des inhibiteurs de la pompe à protons ainsi que des corticoïdes : « *La base plus des antibio, des IPP, des corticoïdes* ».

- Une partie des médecins, non majoritaire, vérifiait leur statut vaccinal, ainsi que ceux de leurs proches et réalisait les vaccinations nécessaires en fonction des caractéristiques de leur séjour. Ce médecin disait : « *Je vérifie les vaccins de la famille, je regarde s'il en faut des particuliers* ».

- Un petit groupe de médecin organisait et préparait leur voyage avant le départ : « *Je les anticipe aussi* », « *je fais attention aux situations politiques, aux vaccins, aux zones de palu, tout ça* ».

- Peu de médecins abordaient le sujet de la prévention et de la chimioprophylaxie antipaludique. Un médecin faisait remarquer que l'observance d'un traitement n'était pas facile : « *j'ai pris conscience que prendre de la nivaquine c'est facile à dire mais c'est bien plus compliqué à faire en pratique* ».

- Quelques médecins, peu nombreux, disaient suivre les mêmes conseils que donnés à leurs patients voyageurs : « *je fais comme je dis à mes patients* ».

- Plusieurs médecins remarquaient qu'ils étaient moins prudents sur place. « *Je suis un peu plus souple, parce que je sais quoi faire, j'ai la solution. Si j'ai un truc, je me soigne* » disait ce médecin. Un autre déclarait : « *je ne prends pas de trousse de secours* » et ajoutait : « *en général je pars en groupe et je suis un peu le groupe. Je me laisse entraîner* ».

- Inversement, quelques médecins disaient être plus prudents lorsqu'ils voyageaient à l'étranger, en particulier en famille : « *Je fais peut être plus attention je crois. Je me renseigne beaucoup* ».

2. Problématiques des consultations de pré-voyage

- L'une des principales problématiques à laquelle les médecins généralistes interrogés étaient confrontés était qu'il s'agissait d'une consultation peu fréquente. Ce médecin l'expliquait ainsi : *« faut quand même pas oublier qu'on travaille en fonction de la prévalence des maladies et des pathologies qu'on rencontre donc en fait, c'est quoi, deux fois par mois qu'on me pose la question, pas plus je pense »*.

Parmi les médecins soulevant cette problématique, certains médecins remarquaient être moins habitués et avoir *« moins d'automatismes »*.

- La seconde problématique mentionnée tout aussi fréquemment et associée à la première était la longueur de ces consultations : *« elles prennent du temps en fait mais c'est normal, ce sont des consultations plus rares »*. Un médecin la qualifiait de *« chronophage »*. Des médecins expliquaient que des recherches étaient souvent nécessaires pour préparer un voyage : *« on a besoin d'avoir des informations actualisées donc ça prend du temps »*. Ce médecin disait : *« c'est une problématique bête et méchante, c'est une question de temps. Ça prend du temps ces consultations parce qu'il y a des recherches »*. Une fois de plus les médecins abordaient le manque d'habitude : *« on est moins souvent confronté à ces consultations-là donc j'ai souvent besoin de mes petites antisèches, de faire euh, des recherches. Ce sont des consultations intéressantes mais elles prennent du temps en fait. La thérapeutique est moins fluide. »*

- Peu de médecins évoquaient la problématique du *« coût de la prévention »*. Le *« problème du prix du médicament et des vaccins »* et l'absence de remboursement des thérapeutiques conseillés dans un cadre de prévention pouvait justement être un obstacle pour cette dernière. Ces médecins expliquaient que ces patients n'ayant pas les moyens financiers pour se faire vacciner et/ou acheter une chimioprophylaxie antipaludique n'étaient pas correctement protégés : *« il doit y avoir des personnes qui partent sans traitement ni vaccin parce que c'est trop cher »*. Un médecin remarquait que les patients n'étaient souvent pas au courant de l'investissement financier d'une telle prévention : *« il va falloir déboursier des sommes coquettes et que parfois ils n'avaient pas intégrées dans le budget initial »* et

ajoutait : *« j'ai l'impression qu'il y a un problème de communication avec ça. Il faut leur dire aux patients que tout ça, c'est pas gratuit ».*

- Un très petit nombre de médecins expliquait que se rendre dans un CVI n'était pas évident pour tous les patients : *« j'imagine que c'est plus facile quand on vit dans une grande ville avec un centre de vaccinations parce que demander de faire cinquante kilomètres pour un vaccin c'est parfois difficile ».*

- De façon beaucoup moins fréquente, une autre problématique était soulevée par ce médecin : la consultation du patient souffrant d'une pathologie chronique et la bonne observance de son traitement lors de son séjour à l'étranger. *« ça se complique quand c'est un polypathologique. Là c'est plus difficile dans le sens où l'observance doit être respectée et c'est pas évident avec le décalage horaire, le jet lag tout ça »* expliquait ce médecin.

- Les délais entre la consultation et le départ, parfois très courts pouvaient être considérés comme problématiques comme en témoignaient certains médecins : *« il faut tout faire vite et on ne fait pas forcément bien... »*, *« Bon, bah là, c'est un peu plus compliqué. »*.

- Quelques médecins disaient que les consultations de préparation aux voyages ne soulevaient aucune problématique.

- De façon plus générale, une grande partie des médecins faisait remarquer que des solutions existaient pour répondre à leurs questions au cours de d'une consultation : *« on trouve facilement des réponses à nos questions »*. Parmi eux, certains expliquaient rechercher des informations sur des sites internet, d'autres n'hésitaient pas à demander un avis ou à envoyer leurs patients dans un CVI. Ce médecin expliquait ne pas se sentir isolé : *« on trouve tout donc on trouve une réponse à chaque réponse et il y a le CHU en cas de gros doute donc on est pas vraiment seul non plus »*.

3. Formation des médecins généralistes sur la médecine des voyages

- Parmi les médecins généralistes interrogés, une partie disait suivre les formations médicales continues.
- La majorité des médecins faisait remarquer que la formation qu'ils ont sur la médecine des voyages était avant tout une auto-formation, « *sur le tas* », « *sur le terrain* ». « *Ma formation c'est ma propre formation, j'ai appris seule* » constatait ce médecin.
- Un groupe de médecins qualifiait la formation sur la médecine des voyages comme « *inexistante* ». « *On n'en a pas* » explique ce médecin. Un autre confiait : « *professionnellement, je ne me sens pas formée en médecine des voyages* ».
- Une autre partie des médecins disait avoir eu peu de formation sur la médecine des voyages : « *La formation est sûrement insuffisante* », « *Je pense qu'on en a pas assez* », « *On en a trop peu je pense* ».
- Quelques médecins, les plus jeunes, mentionnaient les cours universitaires lors des deuxième et troisième cycles universitaires : « *on a eu des cours quand j'étais interne* », « *sur le plan technique pur correct, et je pense que la formation universitaire est partout pareil. Par exemple pour l'internat on bosse tous les mêmes items dans des livres quand même avec les mêmes données* ». Ce médecin constatait que « *la meilleure école c'est de faire un stage dans le service approprié* ».
- Pour ce médecin, « *la meilleure formation c'est vraiment de voyager* ».
- Une nouvelle fois, une partie des médecins constatait que cette absence ou ce manque de formation n'était pas un problème dans leur pratique. Ce médecin expliquait : « *on a internet aujourd'hui donc on a accès à des informations le plus souvent quand même actualisées très régulièrement donc cette formation inexistante, c'est un problème sans en être un je crois* ».

4. Améliorations proposées par les médecins généralistes

- Plusieurs médecins généralistes interrogés souhaitaient qu'une formation plus fréquente sur la médecine des voyages, avec une mise à jour des dernières recommandations leur soit donnée. Le rythme d'une formation annuelle était souvent mentionné. Ces médecins proposaient : « *peut-être plus de formation continue, au moins une par an* », « *des remises à niveau une fois par an par exemple* ».

- D'autres médecins, moins nombreux, expliquaient que les formations médicales continues n'étaient pas la solution pour améliorer la pratique de la médecine des voyages en médecine générale. Les mises à jour régulières des recommandations ainsi que les nombreuses informations à retenir ne rendaient pas ce format pratique. « *C'est une médecine très fluctuante. Ça change très rapidement selon les épidémies, les guerres, donc on ne peut pas avoir un truc immuable* » remarque ce médecin. Ce médecin ajoutait : « *les reco changent régulièrement donc il faut se tenir informé. Les formations continues, je ne suis pas sûr que ça soit utile dans ce domaine* ». Pour cet autre médecin : « *il y a trop données pour tout retenir correctement* ».

- Certains médecins précisait qu'ils n'avaient pas toujours le temps nécessaires pour suivre des formations : « *mes journées sont déjà longues* », « *faut-il avoir le temps d'y consacrer du temps* ».

- Quelques médecins proposaient la création de supports papiers comme « *des fiches conseils* » à donner aux patients car « *ils ne peuvent pas tout retenir de la consultation* » selon ce médecin. Des supports numériques comme des « *newsletters* » sur les dernières recommandations étaient également proposés.

Les médecins demandaient des supports avant tout pratiques et faciles d'utilisation : « *quelque chose de pratique et digeste et puis nous donner des astuces, des choses euh, faciles à utiliser* », « *des fiches toutes faites, ce serait un gain de temps* ».

- Pour peu de médecins, les formations devaient être plus précises : « *il faudrait nous donner des conseils précis sur les différents voyages possibles* », « *De la formation ciblée. Quelque chose de précis* ».

VI. DISCUSSION

A. Sur la méthode

1. Les avantages

Afin de pouvoir analyser la prise en charge par les médecins généralistes de Haute-Normandie des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger, le choix d'une étude qualitative qui s'inscrit dans une démarche empirico-inductive a été fait. Des conclusions ne pouvaient pas être émises mais de nouvelles hypothèses et des théories neuves pouvaient être générées. Cette étude permettait de réaliser un état des lieux de la prise en charge des voyageurs en médecine générale.

Des entretiens téléphoniques auraient probablement limité la spontanéité du discours des médecins, c'est pour cette raison que la réalisation d'entretiens en face à face semblait plus adaptée. Chaque entretien était unique permettant d'avoir des résultats variés dans un espace de temps court.

Les conditions les plus optimales possibles étaient rassemblées pour réaliser les entretiens : les rendez-vous ainsi que le lieu de la rencontre étaient programmés selon la convenance des médecins permettant de créer une relation de confiance entre l'intervieweur et l'interviewé.

2. Les biais

La méthodologie choisie présentait des avantages mais aussi des biais :

- Il s'agissait de ma première étude qualitative et mon manque d'expérience a pu constituer un désavantage quant à la réalisation et à l'analyse des entretiens.
- Les quinze entretiens ont été réalisés dans un espace de six semaines. La retranscription nécessitant quatre à six fois le temps de l'entretien, il n'a pas été possible de retranscrire immédiatement chaque entretien après leur réalisation. C'était également le cas pour le codage et l'analyse des entretiens. L'analyse étant le moyen d'évaluer la diversité des informations fournies par les médecins interrogés,

ne pas l'avoir réalisée immédiatement après chaque entretien était un point négatif quant à la saturation des données.

- Il existait dans cette étude un biais d'influence. Les règles des entretiens semi-dirigés, qui consistaient à laisser parler les médecins interrogés le plus spontanément et librement possible, ont été respectées au maximum. Afin de relancer l'entretien, il a parfois été nécessaire de le réorienter et d'intervenir de manière plus directe dans l'énoncé des questions. J'ai donc biaisé certaines réponses et limité l'expression libre recherchée.

- Même si les entretiens ont été retranscrits le plus fidèlement, c'est-à-dire sans apporter de corrections à la syntaxe des médecins généralistes interrogés, il pouvait exister un biais de retranscription.

- Le codage et l'analyse des résultats étaient réalisés par une seule et même personne. Il existait donc une certaine subjectivité. Une deuxième lecture a cependant été réalisée par un intervenant extérieur, Mademoiselle Laure Doctrinal, exerçant au sein de l'Institut Suédois en recherches sociales (SOFI, Université de Stockholm). Son analyse n'était pas réalisée sous la forme de codage précis, rendant son exploitation difficile.

- Les termes « *je pense* », « *il me semble* », « *je crois* » utilisés à plusieurs reprises constituaient un biais de mémorisation des médecins généralistes interrogés.

- Un entretien a été à plusieurs reprises interrompu par les appels téléphoniques. Ces interruptions ont probablement eu des répercussions sur la fluidité de l'entretien.

B. Sur les résultats

1. Population étudiée

L'objectif de l'échantillonnage dans une étude qualitative était d'obtenir des profils différents et non d'avoir un groupe représentatif de la population des médecins généralistes exerçant en Haute-Normandie.

La durée des entretiens variait d'un médecin à un autre. Un entretien avait duré plus de quarante minutes : il s'agissait de mon premier entretien. Mon manque d'expérience n'avait probablement pas facilité la fluidité des questions posées ainsi que le recentrage du dialogue lorsque celui-ci aurait pu être nécessaire

2. Climat géopolitique lors des entretiens

Un bref rappel sur les principales situations géopolitiques qui ont eu lieu l'année précédant la réalisation des entretiens est nécessaire. Il était important de prendre en compte le climat géopolitique du moment pour l'analyse. À plusieurs reprises, certains médecins généralistes y avaient fait allusion :

- Avril 2014 : enlèvement de plus de 200 lycéennes au Nigéria par l'organisation terroriste Boko Haram ;
- Mars 2014 : Crise de Crimée, opposant l'Ukraine et la Russie ;
- 7-8-9 janvier 2015 : attentat terroriste dans la rédaction du journal Charlie Hebdo à Paris, fusillade à Montrouge et prise d'otage dans un supermarché Porte de Vincennes ;
- 14 février 2015 : attaque terroriste à Copenhague au Danemark ;
- 18 mars 2015 : attentat terroriste en Tunisie au parlement et au musée de Bardo ;
- 2 avril 2015 : attaque terroriste dans l'université de Garissa au Kenya.

Les principaux conflits durant cette période étaient :

- la rébellion islamiste au Nigéria ;
- la guerre civile syrienne ;
- la guerre du Mali ;
- la guerre civile au Yémen ;
- la guerre du Donbass en Ukraine.

3. État des lieux sanitaire lors des entretiens

L'année 2014 a été marquée sur le plan sanitaire par l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a touché et touche encore l'Afrique de l'Ouest. Plusieurs ressortissants étrangers ont contracté le virus. Devant cette épidémie de grande ampleur, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a mis en place des recommandations pour aider les professionnels de la santé dans prise en charge des patients suspectés d'avoir été contaminée par le virus Ebola. Aucun cas n'a été déclaré en France depuis le début de l'épidémie.

D'autres épidémies ont également eu lieu (55,56) :

- l'infection humaine par le coronavirus du syndrome respiratoire touchant principalement les pays du Moyen-Orient et l'Asie ;
- la rougeole en Europe et aux États-Unis ;
- la fièvre typhoïde en Ouganda ;
- la grippe aviaire (virus A (H7N9)).

Il est important de préciser que le BEH de 2015, dans lequel les nouvelles recommandations pour la prévention du paludisme du voyageur sont mentionnées, est paru au moins de juin 2015. Le dernier entretien a été réalisé le 21 avril 2015, les médecins généralistes interrogés n'en avaient donc pas connaissance.

4. Évaluation des risques et leur prise en charge

- Si les règles hygiéno-diététiques étaient relativement bien connues par les médecins, malgré l'oubli de quelques règles sur l'hygiène corporelle qui sera développé plus tard, leurs connaissances sur les chimioprophylaxies antipaludiques

ainsi que les vaccinations nécessitaient des vérifications quasi-systématiques. Les médecins avouaient ne pas être à jour dans ces domaines, à l'exception des conseils de PPAV et des vaccinations classiques réalisées en France. Des études avaient d'ailleurs montré que la prescription d'une chimioprophylaxie antipaludique posait un problème aux médecins généralistes et n'était pas adaptée dans la majorité des cas, ce qui pouvait avoir à terme de graves conséquences (7,57).

- Le recours à la vérification est une notion retrouvée dans un travail de thèse étudiant la pratique des médecins généralistes du département du Lot-et-Garonne (58) :

- les supports utilisés étaient la grande majorité du temps numériques avec la consultation de sites internet comme pour les médecins interrogés. Plusieurs sources pouvaient être consultées comme c'était le cas de plusieurs médecins interrogés. Le support des outils était le plus souvent le même ;
- la presse médicale n'était ici pas citée par les médecins lors des entretiens, à l'inverse d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes marseillais (57) ;
- dans les deux études citées précédemment, le BEH sur les recommandations sanitaires aux voyageurs était, comme ici, moins utilisé par les médecins généralistes. Il aurait été intéressant d'en connaître les raisons. Cet outil est-il connu par tous les médecins généralistes ?

De façon plus générale, les sources numériques étaient utilisées en priorité quelque soit le domaine de recherche (58,59) (59). Pour les médecins Hauts-Normands, leur praticité et les mises à jour supposées régulières étaient un atout par rapport aux supports papiers. Cependant il est important de rappeler que toutes les données, souvent multiples et hétérogènes, trouvables sur les sites internet ne sont pas fiables et demandent de faire faire preuve de discernement à cet égard. Une thèse réalisée sur l'accès aux informations en médecine générale mentionnait l'existence de certifications pour les sites médicaux comme les labels HONcode et AFNOR (59). Des sites pourtant utilisés tous les jours contiennent des erreurs souvent liées à une absence de mise à jour. Au jour où cette étude est réalisée, le site du ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des femmes propose

dans sa rubrique « Recommandations aux voyageurs » la version 2014 du BEH, dont la dernière version est parue en juin 2015.

La qualité de la prévention pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de sources clairement identifiées délivrant une information accessible, professionnelle, indépendante et adaptée à la demande.

- Même si plusieurs médecins n'hésitaient pas à faire appel à un confrère spécialiste de la médecine du voyage lorsqu'ils le jugeaient nécessaire, il est important de remarquer que la proximité et la facilité d'accès d'un CVI pouvaient influencer l'orientation des patients voyageurs vers ces structures, ce qui était d'ailleurs soulevé par un médecin interrogé (57). Dans certains cas, le CVI le plus proche se situait à une cinquantaine de kilomètres. Tous les patients n'étant pas véhiculés, la facilité d'accès n'est pas évidente. Il aurait d'ailleurs été intéressant de demander aux médecins interrogés s'ils connaissaient les adresses des CVI dans leur département. L'interdisciplinarité ne devrait pas être négligée et être accessible à tous les patients. Il s'agit d'une force dans l'aide à la préparation aux voyages.

- Ces consultations de préparation au voyage étaient également un moment pour faire le point sur le statut vaccinal des futurs voyageurs ainsi que sur les dernières recommandations.

À plusieurs reprises, les vaccinations « françaises » étaient qualifiées d'obligatoires par les médecins interrogés. Cela est vrai pour les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite dont la primovaccination (deux injections suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois) est obligatoire chez l'enfant (60). Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite. En dehors de ces conditions et de certaines obligations professionnelles, ces vaccinations sont recommandées et non obligatoires. La vaccination anti-marijuana est par contre obligatoire pour les résidents du département de la Guyane.

Il est intéressant de noter que tous les vaccins, à l'exception de la vaccination contre la fièvre jaune, sont réalisables au sein des cabinets médicaux, permettant d'élargir l'offre de soins.

- Concernant la vaccination contre la fièvre jaune, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) a établi que le rappel dix ans après la première vaccination ne serait plus nécessaire (61). En effet une seule injection permettrait d'acquérir une immunité à vie contre la maladie. Cette modification du RSI sera normalement effective en juin 2016. Une étude française faisait remarquer que cette nouvelle recommandation ne serait pas sans conséquence et aurait des répercussions sur l'activité des centres de vaccinations, qui devront être anticipées (11). Aucune étude à l'heure actuelle n'a été réalisée à l'échelle de la médecine générale mais cette question peut être posée : quelles seront les répercussions au niveau des consultations de préparation au voyage effectuées en ville ? Un médecin faisait remarquer que certains patients ne venaient pas consulter le médecin généraliste avant le départ mais se rendaient dans un CVI dans le cadre d'une vaccination (primovaccination ou rappel) anti-amarile. Si le rappel ne devient plus obligatoire, il peut être supposé que ces patients ne consulteront aucun médecin, généraliste ou spécialiste du voyage: le nombre de voyageurs partant sans avis médical ne risque-t-il pas d'augmenter ?

5. Une sous-estimation de certains risques ?

L'objectif d'une consultation de pré-voyage est de prévenir l'ensemble des risques encourus par le patient, avant, pendant et après son séjour.

- Il est impossible de nier l'impact et l'influence qu'avaient eu les différents évènements géopolitiques dans le discours des médecins interrogés. Le troisième conseil donné à leurs patients était d'être prudent. Il aurait été intéressant de connaître leur définition de la prudence.

- Une très grande partie des médecins généralistes avait désigné, à juste titre, le principal motif de rapatriement sanitaire comme étant les pathologies traumatiques et les accidents de la voie publique (9). Paradoxalement, le sujet de la sécurité routière n'avait été cité qu'à peu de reprises au cours des différents entretiens. Le respect des règles de sécurité constitue pourtant une prévention non négligeable de risques évitables qui sont à ce jour la première cause de rapatriement

sanitaires et de décès à l'étranger Une étude suédoise réalisée en 2014 mentionnait que seulement la moitié des voyageurs mettait leur ceinture de sécurité, cette dernière n'étant parfois pas utilisable. Tous les conducteurs de deux-roues ne portaient pas de casque de protection, pourtant obligatoire dans de nombreux pays comme en France (62). Serait-il envisageable en France de conduire ou d'être passager d'une voiture sans attacher sa ceinture de sécurité ? Serait-il envisageable de conduire un scooter sans porter un casque ? Principalement dans les voyages à motifs personnels, le comportement des voyageurs peut se modifier, avec parfois la présence d'une certaine insouciance. Il est important d'avoir cela à l'esprit lors d'une consultation de pré-voyage, sans faire pour autant des conclusions trop hâtives. Faire un rappel sur la sécurité routière est un acte de prévention au même titre que la prescription d'une vaccination. Être responsable est un message à faire passer aux patients voyageurs, quelque soit l'âge : ce sont eux les véritables acteurs de leur voyage (16).

- Les médecins généralistes n'avaient également pas abordé le sujet des noyades et de la vigilance dont doit faire preuve chaque voyageur lors d'une baignade, y compris en eau douce ou dans une piscine. Il s'agit pourtant une nouvelle fois de risque évitable dont des consignes de prévention sont rappelées en France, en particulier l'été.

- Le climat, la nécessité d'une protection solaire et les activités en altitude étaient mentionnés mais non de façon systématique. Les règles de protection contre les effets néfastes du soleil et de la chaleur sont mentionnées, en particulier l'été aux Français par le biais de campagnes de prévention (affiches, spots publicitaires à la télévision et à la radio). Ces dernières s'appliquent également à l'étranger. Partir l'hiver dans un pays de l'hémisphère Sud suppose une exposition au soleil et à la chaleur et donc une prévention adéquate devrait être délivrée. Le dépistage des médicaments photosensibilisants est également important avant un départ dans une zone ensoleillée.

Les expositions au froid et au vent ne sont également pas à négliger. Un équipement adapté pour une activité en montagne est essentiel sans oublier une protection solaire adaptée à son phototype y compris l'hiver.

- Par rapport à 2013, le taux de paludisme d'importation a augmenté de 8% en France en 2014 (9). Les règles PPAV étaient bien connues des médecins interrogés, pourtant ces dernières étaient évoquées par peu de médecins parmi les conseils essentiels à retenir. Il est important de rappeler qu'il s'agit de la première défense contre les maladies comme le paludisme, la dengue ou la fièvre jaune. L'application de répulsifs demande le respect de certaines règles (renouveler les applications toutes les quatre à huit heures et après chaque baignade, laisser un délai de vingt minutes après l'application d'une protection solaire, etc. (20)). Aucun médecin ne les avait mentionnés. Les connaissaient-ils ?

Pour plus de pertinence, la question de la chimioprophylaxie aurait d'ailleurs dû être abordée après les conseils à donner lors d'un voyage en zone impaludée.

- Les médecins interrogés conseillaient de façon systématique de porter une attention particulière à l'eau et aux aliments crus. Le lavage des mains était également évoqué dans la très grande majorité des cas, cependant les conseils sur le séchage n'étaient pas précisés. S'il est effectué dans de mauvaises conditions, sur un linge souillé par exemple, le lavage des mains devient peu bénéfique.

Certains médecins précisaient que consommer des aliments crus dans une structure comme un hôtel n'était que peu ou pas risqué, pourtant le BEH met en garde contre les buffets froids dans les restaurants (9). En effet, est-il possible de connaître les conditions dans lesquels les aliments ont été préparés et surtout le respect des règles hygiéniques par les cuisiniers ?

Quelques médecins conseillaient d'utiliser des traitements chimiques pour purifier l'eau. Ces produits ne sont pas pleinement efficaces : ils ne tuent pas certains parasites comme le *Cryptosporidium* et ne peuvent utiliser si l'eau est trouble (16). Faire bouillir l'eau est la meilleure solution si des bouteilles encapsulées ne sont pas disponibles (mais encore faut-il avoir le nécessaire adéquat).

- Le sujet des IST n'était évoqué que peu de fois par les médecins interrogés, pourtant plusieurs études à ce sujet montraient qu'une partie des voyageurs à l'étranger avait des relations sexuelles sur leur lieu de séjour sans avoir recours systématiquement à l'usage de préservatifs, masculins ou féminins (62,63). Les médecins mentionnant le tourisme sexuel étaient très rares et faisaient remarquer que ce motif n'était pas dévoilé par leurs patients. La sexualité est un

sujet pouvant être parfois tabou, non évoqué avec tous les patients comme le soulignait un médecin. Aborder ce motif de voyage peut être compliqué en pratique. Le tourisme sexuel, chez les hommes et les femmes, est une réalité. Cette constatation peut être élargie au tourisme médical, à la réalisation de piercing et de tatouage et à l'usage de drogue et d'alcool, non mentionnés par les médecins interrogés. La prévention des risques liés à certains comportements est du devoir du médecin généraliste.

Un médecin disait « *bien connaître [ses] patients* », mais est-ce vraiment possible ? Les impressions ne risquent-elles pas de sous-estimer (ou surestimer) certaines problématiques ? En effet, connaître son patient dans son environnement signifie-t-il le connaître en dehors de celui-ci ?

- Le prix posait un réel problème pour quelques médecins : le coût élevé et l'absence de remboursement de la prévention pouvaient représenter un obstacle et être à l'origine d'une certaine prise de risque. La communication est essentielle en médecine générale et il est nécessaire d'informer clairement de ces données sans oublier que le refus de se faire vacciner et / ou d'acheter une chimioprophylaxie est de la responsabilité du patient. Il existe des alternatives à ce problème : les médicaments génériques coûtent moins cher que la médicament princeps. Par exemple une boîte de Malarone® coûte 30,10€ et celle d'atovaquone/proguanil du laboratoire Sandoz® coûte 23,98€ (64,65). À noter que le remboursement à 65% ne s'applique que dans certaines conditions bien définies.

- Les sujets des assurances maladies et des assistances de rapatriement sanitaire étaient peu abordés par les médecins interrogés lors d'une consultation de pré-voyage. Pour certains médecins, ces conseils n'étaient pas de leur ressort, pourtant ne font-elles pas partie de la prise en charge préventive et globale ? Donner des conseils qui dépassent les connaissances du médecin serait une erreur, mais conseiller le voyageur de se renseigner sur ces deux aspects administratifs est possible. Il est de la responsabilité du voyageur d'y souscrire ou non mais il est de la responsabilité du médecin d'en parler.

- Une hypothèse peut être émise : le contexte de voyage, souvent associé, voire amalgamé aux vacances, peut-il faire sous-estimer des risques

pourtant bien souvent évitables ? Il aurait été intéressant de connaître la définition du voyage par les médecins généralistes interrogés.

Afin de pouvoir profiter pleinement d'un voyage une éducation et une prévention auprès du voyageur ne devraient-elles pas être réalisées systématiquement en amont ? Il ne faut cependant pas oublier que le temps de consultation est court et qu'il serait utopique de penser que toutes les informations nécessaires puissent être délivrées. Cette problématique sera développée plus tard.

6. Le voyageur à risque selon les médecins généralistes

a) *Le cas particuliers du patient souffrant d'une pathologie chronique*

Pour la majorité des médecins, la consultation de préparation du voyage du patient souffrant d'une pathologie chronique était différente de celle du patient en bonne santé. Une personnalisation des conseils et un accent mis sur l'éducation de la maladie étaient mentionnés.

Même avec une pathologie équilibrée, le patient souffrant d'une pathologie chronique ne peut être considéré comme un « *patient lambda* ».

- Les risques d'avoir un problème de santé, en particulier gastro-intestinal, au cours d'un voyage sont plus élevés que chez les voyageurs sans comorbidité particulière (66).

- Les pathologies cardio-vasculaires sont la seconde cause de rapatriement sanitaire et sont responsables de la moitié des décès des voyageurs français à l'étranger (5). Un avis spécialisé paraît indispensable pour refaire le point sur la pathologie des patients voyageurs et cela fait également partie du rôle de coordinateur des soins qu'a le médecin généraliste.

- L'étude des ordonnances des patients voyageurs était peu mentionnée par les médecins interrogés. Elle est essentielle, certains traitements pouvant avoir des effets secondaires selon les conditions du voyages. L'anticipation des problèmes susceptibles de survenir est indispensable pour ces patients plus fragiles. Les conditions de voyages devraient être connues pour pouvoir donner les meilleurs conseils possibles mais aussi les plus adaptés. Comme le faisait remarquer un

médecin, le problème du décalage horaire peut poser des problèmes. Il y a peu de sources d'informations à ce sujet, pourtant certains traitements doivent être pris à heure fixe. Un mémoire de médecine générale réalisé en 2013 rassemblait des conseils pratiques à l'intention des médecins généralistes. Par exemple pour les diabétiques insulino-dépendant, si le voyage se fait vers l'Ouest, une augmentation de la dose totale d'insuline de 2 à 4% par heure de décalage est conseillée (43). Inversement un voyage vers l'Est nécessitera une diminution de la dose totale d'insuline de 2 à 4% par heure de décalage.

- Concernant les patients sous antagonistes de la vitamine K (AVK), très peu mentionnés par les médecins interrogés, le traitement peut interagir avec les antibiotiques ou certains antipaludiques induisant une hypercoagulabilité (43,67,68). La question de la faisabilité des dosages d'INR dans le cadre de contrôle peut également se poser. Le patient doit-il voyager avec son propre kit de prélèvement ? Le recours à l'automesure peut être limité par le prix du dispositif et par le manque d'éducation des patients (69,70).

L'éducation thérapeutique est essentielle : au même titre que le patient diabétique doit reconnaître les signes d'une hypoglycémie, le patient AVK doit reconnaître les signes d'un surdosage. Une attention particulière serait à apporter aussi aux activités prévues sur place. Le carnet d'information et de suivi du traitement comporte d'ailleurs quelques conseils au sujet des déplacements. Il existe peu d'études sur le voyageur sous AVK.

- Comme soulignait par plusieurs médecins, une vigilance particulière est à porter sur le régime alimentaire de ces patients, et cela y compris pour les déplacements au sein de l'Europe. Un médecin partageait cette anecdote : *« j'ai un exemple récent d'ailleurs, une personne un peu âgée insuffisante cardiaque, soixante-quinze ans environ, elle est partie en Espagne. On disait tout à l'heure que pour beaucoup c'était pas à risque, mais des chips, de la sangria, des tapas salés et de la charcuterie, bah elle a fait un OAP dans la nuit »*.

- Le mode de transport et les antécédents de maux des transports sont important à connaître afin d'éviter les vomissements, sources d'une mauvaise absorption médicamenteuse et pouvant donc déséquilibrer une pathologie. Une

prévention avec l'élaboration de conseils et une prémédication avec des antihistaminiques de première génération peuvent être utiles (9). La scopolamine calme les nausées et pas les vomissements. De plus elle présente des contre-indications et ne peut être prescrite chez les enfants de moins de 15 ans. Le gingembre peut être efficace dans les nausées et vomissements.

- Le sujet du mode de transport était abordé également sous l'angle de la prévention du risque thromboembolique. Les avis pouvaient diverger quant aux conseils de prévention, notamment au niveau des durées du transport. L'association entre la survenue d'une TVP et d'un voyage en avion est controversée (71). Selon l'American College of Chest Physicians, les risques d'apparition d'une TVP seraient plus élevés lors d'un voyage en voiture, en bus ou en train (72)

- Voyager avec son dossier médical, rédigé en anglais est à conseiller à chaque voyageur présentant des antécédents (22).

- Les patients voyageurs ayant antécédents psychiatriques étaient souvent oubliés par les médecins interrogés, pourtant la majorité des médecins généralistes français se disent au contact de patients souffrant de dépression (73). Les rapatriements sanitaires pour une cause psychiatrique ne sont pourtant pas rares (9). Il convient d'être extrêmement vigilant avec ces patients notamment lors de la prescription d'une chimioprophylaxie antipaludique notamment lorsqu'il s'agit de la méfloquine, responsable à court terme d'anxiété, dépression, hypomanie, trouble du sommeil ou encore de syndrome psychotique nécessitant parfois d'avoir recours à des thérapeutiques ou plus rarement à des hospitalisations (5)(74). Un rappel sur la rigueur de l'observance des traitements est important, ainsi qu'un avis spécialisé si cela se révèle nécessaire.

- Le rôle des médecins généralistes auprès des patients vivants avec le VIH n'est pas à sous-estimer car ils sont également les coordinateurs entre le suivi en ville et le suivi hospitalier (75). Le patient séropositif porteur du VIH et souhaitant voyager doit préparer son séjour avant son départ. Une collaboration étroite avec un médecin spécialiste de la pathologie et un médecin spécialiste en médecine des voyages paraît indispensable, en particulier en termes de prévention des risques infectieux.

- Une étude suisse sur la vaccination chez des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire d'origine auto-immune sous traitement immunosuppresseur proposait l'approche suivante, si un vaccin vivant atténué était indiqué : l'administration d'un vaccin inactivé contenant un néoantigène et surveiller la réponse immunitaire humorale quatre à six semaines après et de faire un dosage des CD4 (76). Si la réponse immunitaire humorale était satisfaisante et si le nombre de CD4 était supérieur à 200/mm³, la vaccination était possible. Tout cela ne peut être réalisé que dans des structures adaptées, excluant ainsi le médecin généraliste de cette prise en charge. Cependant, c'est au médecin généraliste d'orienter ces patients vers les structures adaptées. Il a donc un rôle important. Une étude sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde confirmait son statut privilégié (77). À ce titre ne faudrait-il pas, pour ces patients pouvant être un jour traités par biothérapie, anticiper un voyage qui n'existe pas encore en proposant une vaccination anti-marijuana ?

b) Le patient migrant

- Le réseau GeoSentinel est le réseau des praticiens spécialisés dans la médecine des voyages au niveau international. Il révélait qu'entre 1997 et 2009, 7% des patients migrants étaient contaminés par cette parasitose et 20% étaient des enfants (78). La moitié des cas de paludisme importés en Europe et en Amérique du Nord concernait des patients migrants rentrés dans leur pays d'origine pour un séjour (16).

- Comme il a été vu dans les généralités et rappelé par plusieurs médecins interrogés, ces patients ne consultent pas toujours avant un départ à l'étranger. Une étude australienne réalisée en 2012 soulevait le problème des barrières linguistique et culturelle (79). Des consultations auprès de médecins généralistes polyglottes permettaient de donner des conseils plus appropriés aux patients migrants. Dans les entretiens, il n'a pas été demandé aux médecins interrogés leur niveau en anglais ou dans une autre langue. À l'exception d'une parfaite maîtrise de la langue étrangère, ces consultations déjà difficiles lorsqu'elles sont réalisées en français, ne le seraient-elles pas dans une autre langue, non familière au médecin ?

- Il est important de trouver un moyen de mieux communiquer avec ces patients migrants. Anticiper un possible retour au pays paraît important et pourrait améliorer la prise en charge de ces patients.

Il faut également préciser que les médecins interrogés ne comptaient que peu voire pour certains d'entre eux pas de patients migrants au sein de leur patientèle. Ce paramètre est donc à prendre en compte.

c) Le patient jeune

Les patients jeunes étaient définis par plusieurs médecins généralistes comme des voyageurs à risque. Cette étude suédoise, s'intéressant aux conseils donnés aux voyageurs et leur application a montré que les voyageurs de moins de 31 ans étaient plus à risque d'avoir des problèmes de santé pendant et après leur séjour à cause d'une absence d'adhésions aux conseils et aux règles de prévention (62). L'absence ou la mauvaise observance d'une chimioprophylaxie, des comportements sexuels à risque ainsi que le non-respect de règle de sécurité routière leur faisaient prendre plus de risques que les autres voyageurs. De nouvelles méthodes seraient utiles pour communiquer avec ces patients.

d) Le patient voyageant pour un motif professionnel

Peu de médecins évoquaient le patient voyageant à l'étranger pour un motif professionnel. Ceux qui le mentionnaient constataient que la prise en charge était réalisée par le service de médecine du travail dont le patient dépendait. Le voyageur consultait donc bien un médecin mais il ne s'agissait pas du médecin généraliste. Il aurait été intéressant de savoir si dans ce contexte de préparation au départ, les médecins généralistes entraient en contact avec leurs confrères médecins du travail et inversement.

e) La responsabilité du patient voyageur

- Considérés comme voyageurs à risques par la plupart des médecins, les femmes enceintes et les enfants étaient peu mentionnés lors des entretiens. Les médecins généralistes parlaient généralement du voyageur adulte. Je ne leur avais pas posé de questions spécifiques sur ces voyageurs mais une spontanéité dans

leurs discours était recherché. Il est probable que leur prise en charge diffère pour ces deux catégories de patients, mais je ne peux bien sûr pas l'affirmer.

- Le voyage en famille nécessite une préparation individuelle de chaque membre mais aussi globale. Une attention particulière est à porter aux risques évitables. Certaines vaccinations ne pouvant être réalisées chez la femme enceinte et à partir d'un certain âge chez les enfants, leur immunité est plus fragile (9). Une surveillance permanente des jeunes enfants, même si difficile en pratique, et le respect des règles de prévention sont importants afin d'éviter les noyages, les accidents de la route ou encore les contacts avec des animaux. Il en est de même pour les expositions au soleil, à la chaleur, au vent et au froid qui sont à prévenir chez les petits patients, plus sensibles.

- Lors de voyage dans le pays d'origine de leurs parents, les enfants migrants sont exposés aux mêmes risques que les adultes mais ont un système immunitaire plus fragile. L'éducation des parents est nécessaire. Très peu de médecins soulevaient ce problème au cours des entretiens.

7. Le voyage à risque

- Sous-estimés par les patients mais aussi par les médecins, les voyages en Europe ne sont pourtant pas sans risque. La création de l'espace Schengen a redéfini la notion de frontières rendant les voyages en son sein plus faciles. Un médecin donnait l'exemple d'un séjour à Londres pour illustrer son propos sur l'espace Schengen, or cette ville est la capitale du Royaume-Uni, qui bien qu'en Europe n'appartient pas à cette zone. Il serait intéressant de s'interroger sur les connaissances géopolitiques des médecins généralistes, qui pourraient être source d'erreur.

Il existe, à l'heure actuelle, peu d'études sur les risques des voyages au sein du continent européen, mais dire qu'il n'y a pas de risque serait sûrement une erreur. Les risques existent bel et bien même s'ils peuvent paraître moins importants sur un plan sanitaire. C'est également le cas pour des pays comme les Etats-Unis ou le Canada. Certains conseils sont cosmopolites comme une couverture vaccinale à jour, les règles hygiéno-diététiques, le respect d'un régime alimentaire, la sécurité

routière, la prévention des risques thromboemboliques lors des voyages longs ou encore l'usage de préservatif.

Les pathologies d'importation au sein du continent européen, comme la paludisme en Grèce ou encore la dengue constituent un réel problème de santé publique qui pourra s'il n'est pas pris en charge changer la conception du voyage en Europe (80).

- Les séjours dans les DOM-TOM n'étaient que peu abordés au cours des entretiens. Cela pose la question de la définition de l'étranger. Ces départements français se situent en dehors des frontières métropolitaines, faisant d'eux l'équivalent d'une destination à l'étranger avec toutes les problématiques qui en découlent. Le travail de thèse sur les médecins du Lot-et-Garonne constatait également que les recherches des médecins généralistes lors d'une consultation de préparation au départ à l'étranger étaient moins fréquentes pour ces destinations (58).

8. La difficulté de contre-indiquer un voyage

Pour une grande partie des médecins contre indiquer un voyage paraissait difficile à faire mettant en avant que la décision de partir était celle du patient et qu'ils avaient un rôle consultatif. Il est vrai que les contre-indications aux voyages, exposées dans les généralités, sont assez spécifiques et qu'il n'existe pas de consensus international à ce sujet (81). Les contre-indications s'appliquent principalement pour les voyages aériens. Les décisions se font au cas par cas. Communiquer avec le patient, le prévenir et lui transmettre les informations claires sont du devoir du médecin généraliste pour l'aider à faire le bon choix. L'Académie de médecine française conseille aux médecins généralistes de demander l'avis des médecins des compagnies aériennes quand cela leur paraît nécessaire (82).

9. La trousse à pharmacie et l'ordonnance du voyageur

- La trousse à pharmacie idéale n'existe pas : elle doit être la plus personnalisée et la plus adaptée au voyageur et au voyage (22). Deux médicaments faisaient débat chez les médecins interrogés :

- certains médecins exprimaient une méfiance quant à la prescription d'antibiotique, mettant en avance le risque de mésusage. Une étude

finlandaise réalisée en 2010 sur le lien entre la consommation d'antibiotique et la colonisation par les bactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu remarquait que les voyageurs qui avaient dans leur trousse à pharmacie des antibiotiques y avaient recours même en cas de diarrhée légère à modérée (83). Elle concluait que deux éléments permettaient d'éviter la colonisation par une bactérie résistante : la prévention de la diarrhée du voyageur avec le respect des règles hygiéno-diététiques et un meilleur usage des antibiotiques. L'éducation du voyageur est donc primordiale. La prescription d'une chimioprophylaxie de la diarrhée du voyageur n'aurait pas sa place et l'utilisation des antibiotiques devrait être restreinte aux diarrhées sévères. Les antibiotiques ne seraient-ils donc pas automatiques ?

En France, il n'existe pas de recommandation en faveur d'une chimioprophylaxie de la diarrhée du voyageur à l'inverse de cette étude américaine qui montrait une diminution des diarrhées chez les voyageurs traités avec une chimioprophylaxie à base de rifaximine (9,84) ;

- concernant les traitements symptomatiques, les avis des médecins interrogés divergent. Les ralentisseurs du transit comme le loperamide agissent rapidement mais la diminution du péristaltisme intestinale allonge le temps de contact entre le germe pathogène et la muqueuse et ils peuvent être mal tolérés sur le plan digestif avec des complications coliques graves (85). Ils sont déconseillés en cas de syndrome dysentérique et sont à utiliser avec prudence chez les enfants. Le racécadotril est mieux toléré, est aussi efficace de le loperamide et son action antisécrétoire présente moins d'effets secondaires (86).

La lutte contre la diarrhée du voyageur est importante : en plus des risques de déshydratation, elle peut être à l'origine d'une mauvaise absorption du traitement. Par exemple si une diarrhée survient quatre heures après la prise d'une contraception orale (qui est un traitement habituel au même titre qu'un antihypertenseur), cette

dernière n'est pas efficace. Une diarrhée peut aussi être à l'origine d'une variation de l'INR chez les patients sous AVK (43).

- Peu de médecins conseillaient à leurs patients de consulter un médecin sur place s'ils étaient fébriles. Cela n'est parfois pas chose facile en fonction de la destination dans laquelle le patient se trouve, mais ce conseil devrait être donné avant de prescrire une trousse à pharmacie. Chaque traitement peut avoir des conséquences sur la santé du voyageur pendant le séjour mais également sur le plus long terme, après son retour comme c'est le cas lors de colonisation par des BMR. La prescription d'une trousse à pharmacie devrait être réfléchie, le recours à l'automédication également et il nécessiterait une éducation en amont. Cela prend du temps. Il faudrait également penser à sa taille et son poids.

- La quasi-majorité des médecins interrogés rédigeaient leur ordonnance en DCI mais peu d'entre eux fournissaient un double de la prescription, ce qui est conseillé en particulier pour les patients souffrant d'une pathologie chronique (22). D'autre part les posologies des traitements doivent être rédigées en poids et non en nombre de comprimés. Il n'existe pas de recommandation officielle quant à la langue de rédaction de l'ordonnance. Il serait logique de penser qu'une version anglaise serait utile pour un voyage dans une région anglophone.

- Une minorité de médecins n'utilisait pas de logiciel informatique pour rédiger leurs ordonnances et les écrivait donc manuellement. Il peut se poser la question de la lisibilité de ladite ordonnance. Une ordonnance claire permettrait une meilleure compréhension du traitement et éviterait certaines méprises.

10. Le médecin voyageur

Tous les médecins avaient été ou étaient des voyageurs. Il est intéressant de voir que certaines expériences personnelles peuvent enrichir ces consultations. Par exemple un médecin conseillait de partir avec des comprimés d'eau de Javel suite à sa rencontre au Mexique avec des scolopendres. Ce même médecin expliquait d'ailleurs qu'il adaptait ses voyages à ses antécédents médicaux.

À l'exception d'une trousse à pharmacie parfois plus fournie, la plupart des médecins appliquaient pour leurs familles et eux-mêmes les mêmes conseils qu'ils donnaient à leurs patients. Il est donc étonnant qu'ils n'aient pas évoqué les assurances et les assistances rapatriement par exemple. En effet, s'ils sont eux-mêmes voyageurs, ne se renseignent-ils pas sur ces aspects qui concernent tous les voyageurs ?

11. La consultation pré-voyage, une consultation difficile ?

- Les nombreux facteurs à prendre en compte lors de la préparation d'un voyage associés au manque de précision de certaines recommandations (il existe par exemple au sein d'un même pays des zones nécessitant une prévention antipaludique ou antiamarile et d'autres non) et les changements des données épidémiologiques internationales demandent des connaissances mises à jour de façon régulière et un certain niveau d'expérience en médecine des voyages qui font souvent défaut aux généralistes. Une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Franche Comté remarquait que le niveau des connaissances des médecins était bon s'ils présentaient un intérêt élevé pour cette spécialité (87).

- Une partie des médecins interrogés faisait remarquer que ce motif de consultation n'était pas fréquent. Malgré le fait que le nombre de voyageurs augmente, plusieurs études confirment cela (58,88,89). Par exemple l'étude sur les médecins du Lot-et-Garonne dénombrait moins d'une consultation par mois et par médecin. De plus la préparation du voyage n'était pas le motif principal de chaque consultation : cela ne serait le cas que dans un peu plus de la moitié des cas (58). L'étude précisait d'ailleurs que cette valeur était probablement surestimée car le motif de consultation donné par les médecins interrogés concernait majoritairement les destinations qualifiées de lointaines. Les destinations plus proches ou plus sécurisantes sur le plan sanitaire étaient probablement oubliées. Les médecins rencontrés avaient également fait part de cette situation qui influençait la préparation de leur consultation : la consultation ne se déroulait pas de la même manière si le patient venait pour plusieurs motifs ou spécialement pour préparer son départ à l'étranger.

- Plusieurs médecins avaient soulevé la problématique de la longueur de ces consultations, parlant parfois d'une consultation « *chronophage* ». Cela peut facilement se comprendre : les médecins n'étant pas confrontés quotidiennement à ce motif particulier, peuvent être moins habitués et donc moins rapides. Des recherches étant souvent nécessaires pour donner des informations adaptées, la préparation de ses consultations peut être perçue comme plus complexe. En moyenne, les médecins généralistes français travaillent plus de cinquante heures par semaine (90). Le temps d'une consultation était estimé entre seize et dix-huit minutes, soit la plus longue en Europe (91,92). L'étude réalisée auprès des médecins marseillais avait estimé le temps d'une consultation destinée à la médecine des voyages entre quinze et vingt minutes (57). Certains médecins disaient faire une préparation en amont, chose qui ne peut être négligée étant donné les semaines chargées d'un généraliste.

- Il y a beaucoup d'informations et de conseils à donner à un voyageur avant son départ à l'étranger sur une courte période de temps. Toutes les informations données au patient sont-elles utilisables et peuvent-elles être retenues ? Un travail de thèse révélait que les patients renaient 20% de ce qu'ils avaient entendu et jusqu'à 50 % un complément d'information visuel ou écrit était associé (93). De plus, une discordance entre l'information fournie déclarée par le médecin et celle perçue ou comprise par le patient existait. Des outils à la disposition du médecin seraient utiles cette consultation.

12. Les formations

- Concernant les formations, les réponses étaient relativement unanimes : les médecins interrogés n'en avaient pas ou peu, mettant en avant une formation faite « *sur le tas* ». Cette tendance était retrouvée dans l'étude réalisée auprès des médecins marseillais (57). Les médecins plus jeunes faisaient allusion aux cours durant leurs formations de deuxième et troisième cycle. Au programme des épreuves classantes nationales, l'item n°107 concerne explicitement les pathologies du voyage abordant les conseils d'hygiène et mesures de prévention adaptées avant départ en pays tropical et les principales causes de fièvre et de

diarrhées au retour (94). L'item n°102 concerne les pathologies infectieuses chez le migrant. Le paludisme et sa prise en charge globale sont évoqués dans l'item n°99. L'enseignement de la médecine des voyages lors du deuxième cycle universitaire n'est pas transversal. Peu de place y est faite pour l'interdisciplinarité et la médecine générale. Le département de médecine générale de la faculté de médecine de Rouen propose aux internes durant leurs trois années de formation deux enseignements : « la pathologie du patient migrant » et « le patient voyageur ».

- Certains médecins déclaraient suivre des formations médicales continues, cependant la question n'était pas posée de façon systématique mais il aurait été intéressant qu'elle le soit.

- Plusieurs médecins mentionnaient leur emploi du temps chargé et le manque de temps de pouvoir participer aux formations proposées. Ces informations sont à prendre en compte pour une amélioration de la formation des médecins généralistes en médecine générale.

C. Perspectives

Les propositions suggérées par les médecins généralistes permettent d'envisager plusieurs voies de travail afin d'améliorer la prise en charge des patients voyageurs.

- Il pourrait être proposé aux médecins généralistes des listes de sources d'informations validées, faciles d'utilisation et régulièrement mises à jour par les centres de vaccinations.

- Un canevas d'une consultation type, réalisé en collaboration avec des spécialistes de la médecine des voyages, pourrait également être utile, permettant aux médecins de réaliser des consultations les plus efficaces et adaptées possibles.

- Les formations médicales continues pourraient être une possibilité mais ces dernières devraient être adaptées aux demandes et à la réalité de la consultation de médecine générale, prenant en compte la durée et la fréquence de ces consultations.

- Des fiches conseils réalisées par des spécialistes de la médecine des voyages pourraient être distribuées aux médecins, leur permettant de délivrer une information écrite à leurs patients. Des ordonnances type pourraient également être proposées aux médecins.

VII. CONCLUSION

Il n'existe pas un seul profil de voyageur ni un seul type de voyage, c'est là toute la complexité de la médecine des voyages, discipline dans laquelle le médecin généraliste est l'un des principaux acteurs de soins. De part sa connaissance du patient dans sa globalité, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié vers lequel les futurs voyageurs se tournent en priorité.

Dans cette étude, il a été constaté que les principaux risques et les principales règles de prévention étaient connues par les médecins généralistes interrogés. La vaccination était un sujet régulièrement abordé. L'importance de la préparation du voyage et la prévention étaient deux notions centrales, rappelées par les médecins généralistes. Pourtant, malgré l'augmentation du nombre de voyageurs internationaux, ce motif de consultation reste peu fréquent, rendant la consultation parfois complexe et problématique.

Les médecins généralistes interrogés reconnaissent ne pas être à jour sur les dernières recommandations sanitaires concernant le voyageur mais utilisent néanmoins de façon systématique des outils pour répondre à leurs questions. Ces derniers étaient principalement des sources numériques qui étaient jugées sûres. Il convient de rappeler l'importance de vérifier la fiabilité de chaque source utilisée afin de ne pas délivrer un conseil erroné. L'avis de confrères spécialistes de la médecine des voyages était également sollicité. Compte tenu de la quantité importante d'informations et de conseils à fournir au patient voyageur, il est indispensable que le médecin généraliste ait à sa disposition des outils faciles à utiliser, pratiques, validés et adaptés.

Les médecins généralistes portaient une attention particulière sur les voyageurs souffrant de pathologie chronique. En effet, ces patients à la santé plus fragile nécessitent des conseils personnalisés, adaptés à leurs antécédents.

Même si la médecine des voyages répond aux objectifs de la médecine générale, il ne faut cependant pas oublier l'importance de l'interdisciplinarité, notion indispensable dans cette spécialité en pleine émergence et en évolution permanente

qui peut parfois dépasser le médecin généraliste. En tant que coordinateur des soins, c'est à lui de guider et d'orienter ses patients vers les intervenants qu'il juge nécessaire. L'interdisciplinarité est une force à ne pas négliger : la connaissance du patient dans sa globalité par le médecin généraliste et les connaissances précises des spécialistes constituent un atout pour délivrer des conseils adaptés.

Le paludisme, les vaccinations et la trousse à pharmacie étaient des sujets abordés à de nombreuses reprises mais il a été remarqué au cours de cette étude la sous-estimation de certains risques pourtant évitables par des règles de prévention simples.

Avant un départ à l'étranger, les patients jeunes ainsi que les patients migrants consultent moins souvent que le reste de la population. Une meilleure communication sur les risques encourus lors d'un voyage paraît indispensable. Une étude à ce sujet serait utile.

Comme le dit un proverbe persan : « *Le meilleur qu'on puisse ramener d'un voyage, c'est soi-même, sain et sauf* ». En effet l'objectif de la médecine des voyages est de donner aux voyageurs des conseils lui permettant de rester en bonne santé. Le rôle du médecin généraliste va au-delà des conseils sanitaires mais il ne faut pas oublier que le patient est responsable de son voyage et que c'est à lui qu'incombe la plupart des prises de décisions.

Préparer un départ à l'étranger signifie également préparer le retour. L'importation de pathologies infectieuses dans son pays d'origine constitue un vrai problème de santé publique dans lequel les médecins généralistes ont toute leur place. Une étude sur la prise en charge du voyageur après son retour serait intéressante pour améliorer l'exercice de la médecine des voyages en médecine générale.

La majorité des médecins généralistes rencontrés ne se considéraient que peu ou pas formée. Afin de pouvoir faire face aux interrogations de leurs patients, une formation adaptée à la médecine générale devrait être proposée.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Schéma vaccinal chez l'adulte.

Vaccins	Recommandations générales	Schéma vaccinal	Particularités liées au voyage	Recommandations selon le type de séjour
Mise à jour des vaccinations du calendrier vaccinal http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html				
Encéphalite japonaise		2 injections à J0-J28 Dernière injection au plus tard 10 j avant le départ. Rappel 12-24 mois après la primo-vaccination. Les personnes à risque continu d'infection par le virus de l'encéphalite japonaise doivent recevoir 1 injection de rappel 12 mois après la primo-vaccination.		Séjour en zone rurale, en période de transmission.
Encéphalite à tiques		3 injections à : M0, M1 à M3, M5 à M12 (Ticovac [®]) ou M9 à M12 (Encepur [®]) 1 ^{er} rappel : 3 ans après la primo-vaccination.		Séjour en zone rurale ou boisée en région d'endémie, de mars à novembre.
Fièvre jaune	Exigible dans le cadre du RSI*	1 injection au minimum 10 j avant le départ Durée de validité administrative (RSI) : 10 ans (susceptible d'évoluer)		Tout séjour en zone d'endémie.
Fièvre typhoïde		1 injection 15 j avant le départ Durée de protection : 3 ans	La protection engendrée par la vaccination n'est que de 50 à 80%. Elle ne se substitue pas aux mesures d'hygiène universelles	Séjour dans des conditions d'hygiène précaires
Grippe saisonnière	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque		Débuter la vaccination au début de la saison grippale Le vaccin adapté à l'hémisphère Sud n'est disponible que sur ATU nominative	Tout séjour pendant une saison grippale
Hépatite A	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque	1 ^{ère} injection 15 j avant le départ. 2 ^{ème} injection : 6-12 mois plus tard et jusqu'à 3 ou 5 ans, selon la spécialité.	Recommandé pour les séjours dans un pays où l'hygiène est précaire, quelles que soient les modalités et la durée du voyage	Tout séjour dans un pays où l'hygiène est précaire
Hépatite B	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque	2 injections à M0-M1 Rappel 6 à 12 mois plus tard.	En cas de départ imminent Protocole accéléré : 3 injections à J0-J7(ou J10)** -J21) Rappel 1 an après la 1 ^{ère} injection * selon les vaccins	Séjours fréquents ou prolongés dans des pays à forte ou moyenne prévalence du portage chronique du virus [1]
Infections invasives à méningocoques				
Vaccins conjugués contre les IIM C	Recommandations du calendrier vaccinal : jusqu' à 24 ans inclus	1 injection au minimum 10 jours avant le départ		En cas de séjour : – en zone d'endémie au moment de la saison sèche (décembre-juin dans l'hémisphère nord), dans des conditions de contact étroit avec la population locale – dans une zone où sévit une épidémie Obligatoire pour les pèlerinages en Arabie saoudite
Vaccin conjugué contre les IIM A,C,Y,W135		1 injection au minimum 10 jours avant le départ		
Poliomyélite	Cf. Recommandations Chapitre 1			
Rage		3 injections à J0-J7-J21 à 28		Séjour en région isolée dans un pays à haut risque

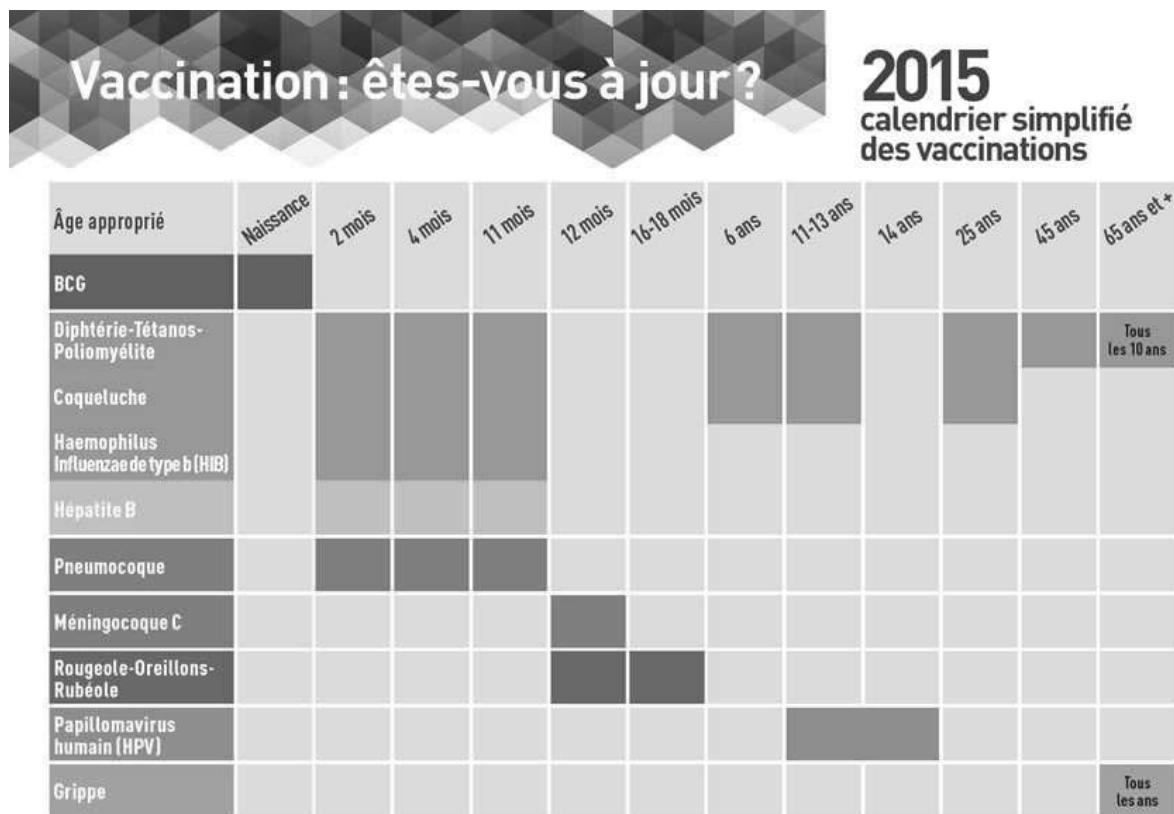
Vaccins	Recommandations générales	Schéma vaccinal	Particularités liées au voyage	Recommandations selon le type de séjour
Rougeole (RRO)	Recommandations du calendrier vaccinal en vigueur	2 injections au total (espacées d'au moins un mois) pour les personnes nées après 1980		
VACCINS COMBINÉS DU VOYAGE				
Typhoïde-Hépatite A		1 injection 15 j avant le départ Rappel Hépatite A : 6 à 12 mois (jusqu'à 3 ans) plus tard.		Séjour dans des conditions d'hygiène précaires en zone d'endémie
Hépatite A-Hépatite B		2 injections à M0-M1 Rappel 6 mois après la 1 ^{ère} injection	En cas de départ imminent : 3 injections à J0-J7-J21 Rappel 1 an après la 1 ^{ère} injection.	Séjours fréquents ou prolongés dans un pays où l'hygiène est précaire et à forte prévalence du portage chronique du virus de l'hépatite B.

* RSI : Règlement sanitaire international.

** Selon les vaccins.

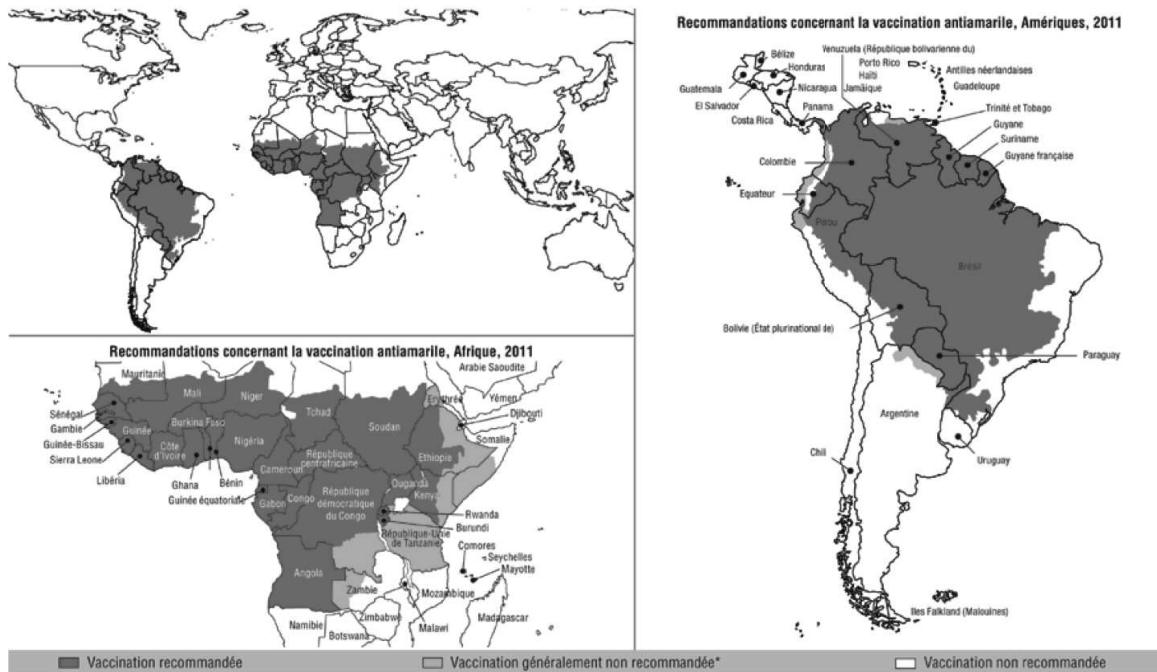
Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 2 : Calendrier simplifié des vaccinations selon les recommandations 2015.



Source : Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2015 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique (26 mars 2015)

Annexe 3 : Pays ou zones où la vaccination antiamarile est recommandée (données 2011, valable au 1^{er} juin 2015).

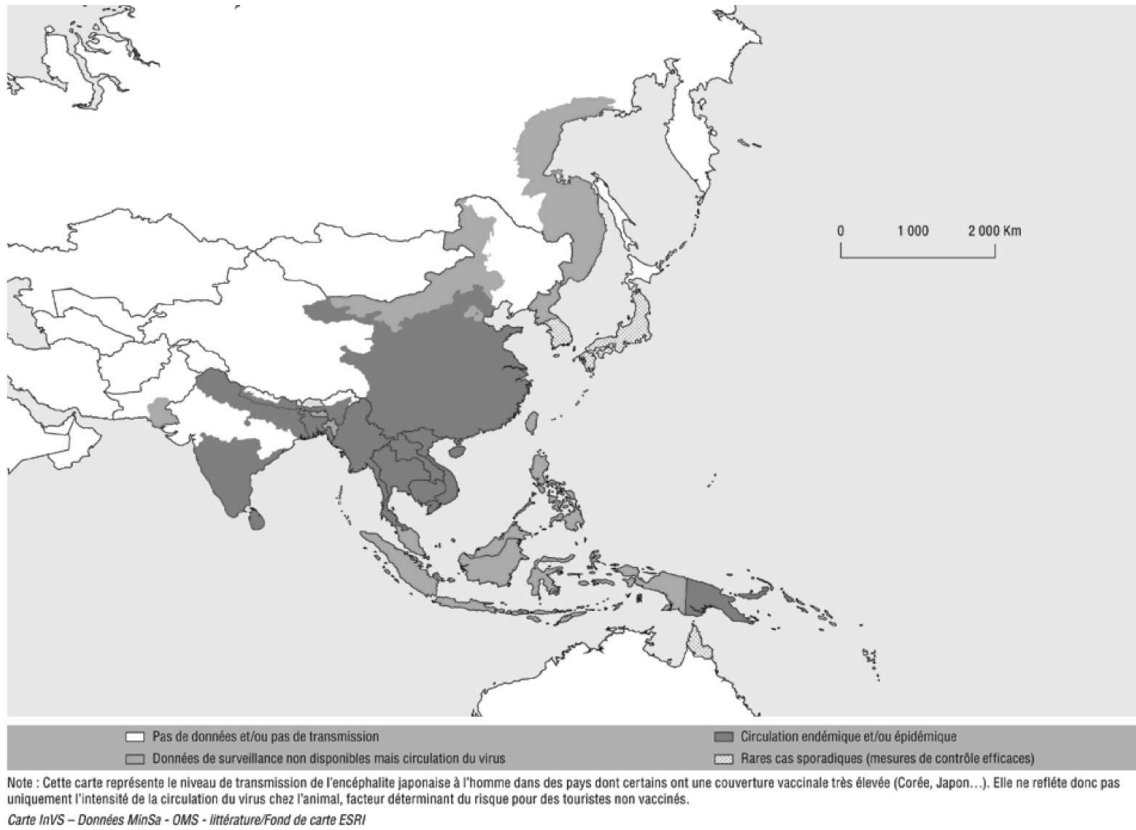


* La vaccination antiamarile n'est généralement pas recommandée dans les zones où l'exposition au virus est peu probable. La vaccination peut toutefois être envisagée pour une petite catégorie de voyageurs à destination de ces zones qui risquent d'être exposés au virus amaril (par ex. séjour prolongé, forte exposition aux moustiques, impossibilité d'éviter les piqûres des moustiques). Quand ils envisagent de se faire vacciner, les voyageurs doivent tenir compte du risque de contracter le virus amaril, des conditions exigées par les pays à l'entrée sur leur territoire ainsi que des facteurs individuels prédisposant à des manifestations postvaccinales indésirables graves (par ex. âge, état immunitaire).

Carte InVS – Données MinSa - OMS - littérature / Fond de carte ESRI. Source : © OMS 2012. Tous droits réservés.

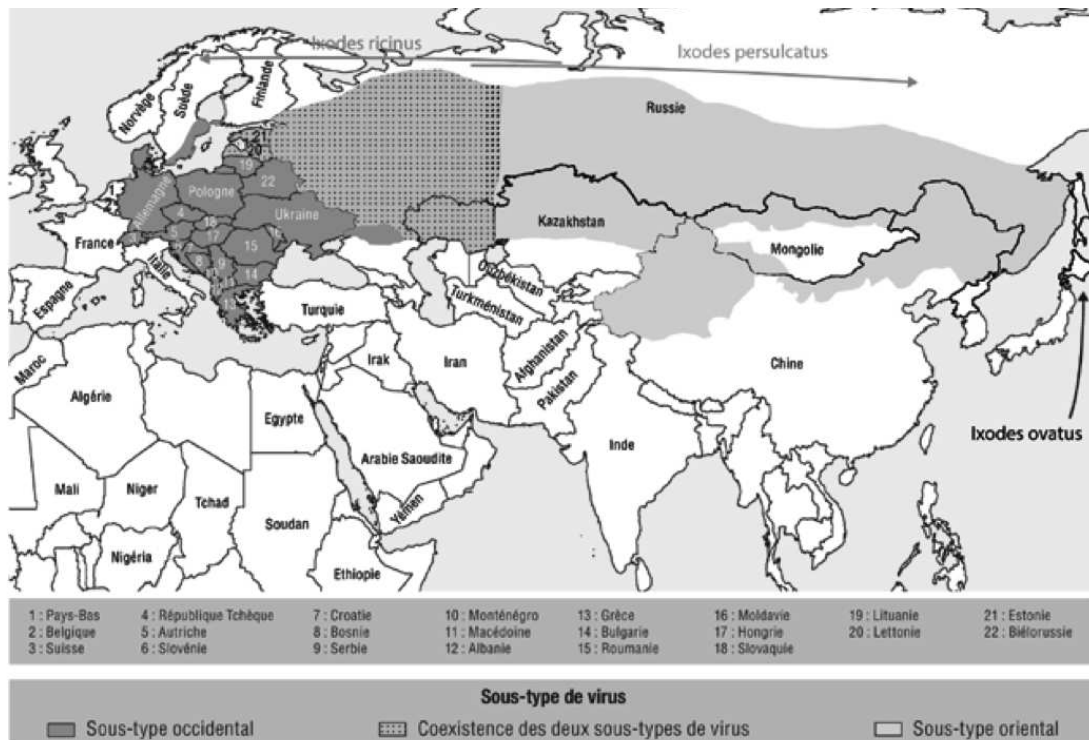
Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 4 : Pays et zones endémiques du virus de l'encéphalite japonaise (données établies le 1^{er} avril 2013, valables au 1^{er} juin 2015).



Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 5 : Zone de circulation du virus de l'encéphalite à tiques et des tiques vectrices (données valables au 1^{er} juin 2015).

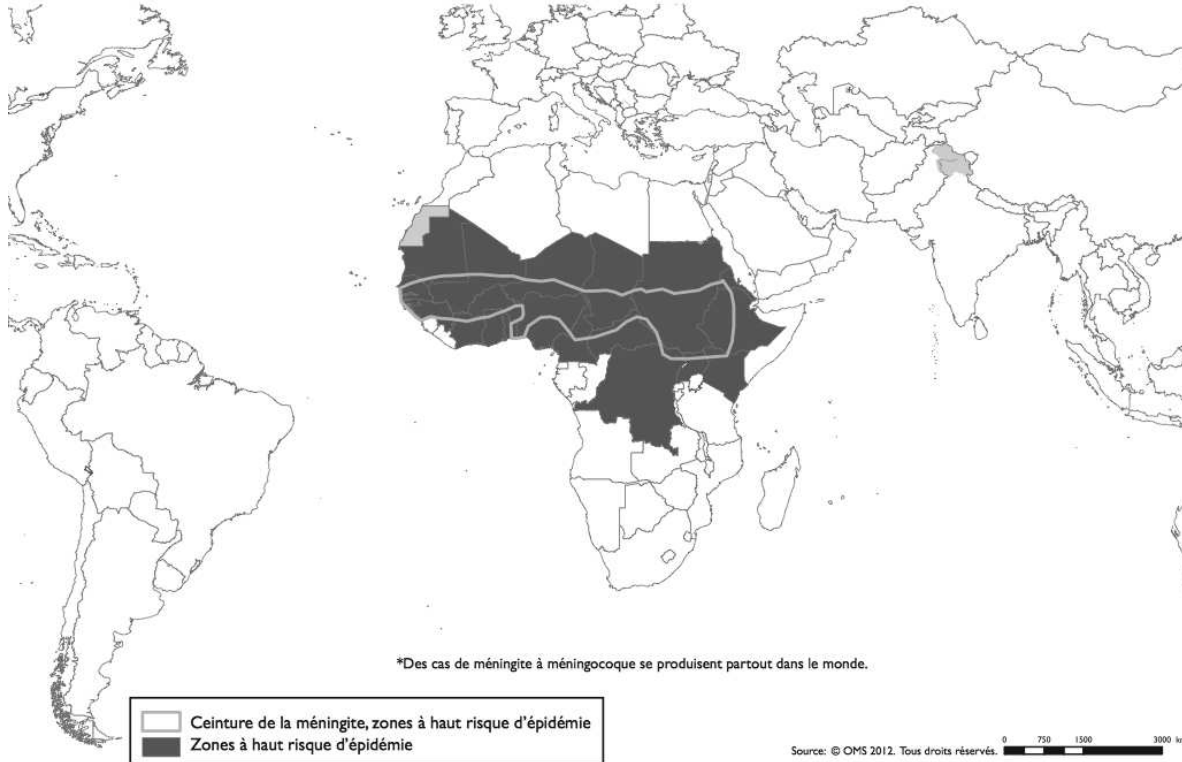


Source : TBE Europe : <http://www.tbe-europe.com> ; Fond de carte ESRI, 2000 ; InVS, 2013

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

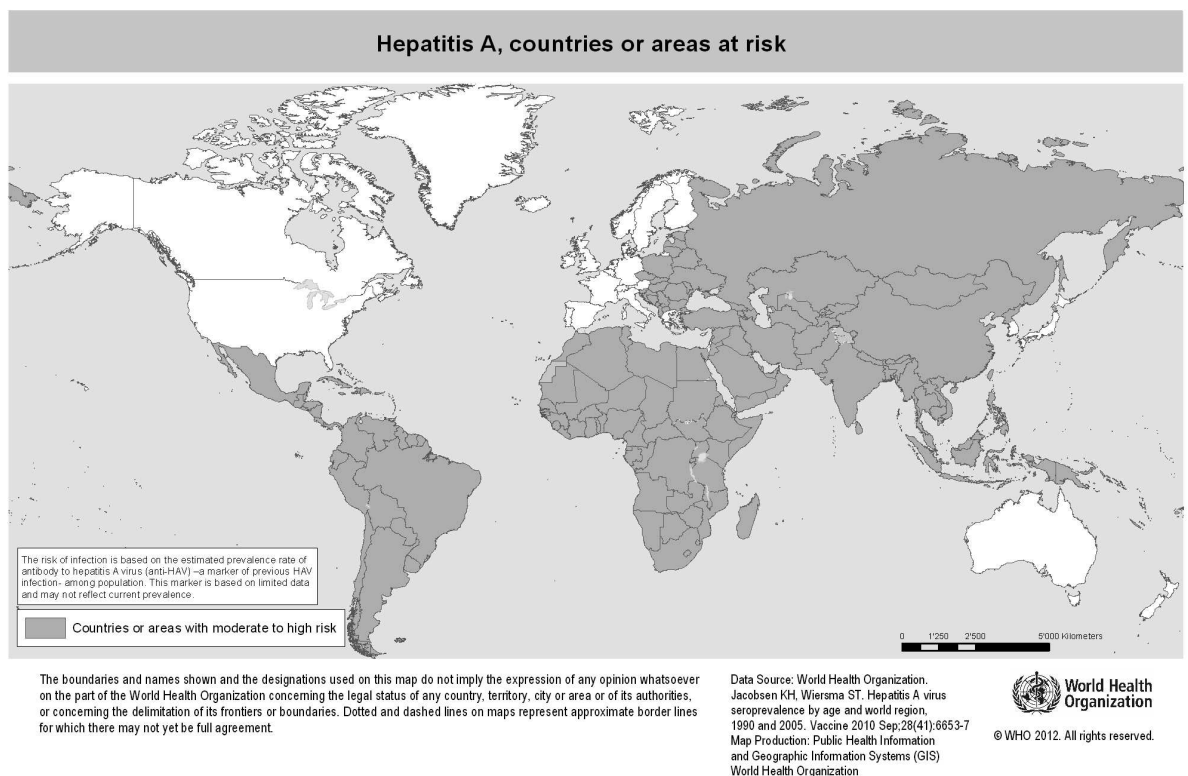
Annexe 6 : Zones et pays à haut risque de méningite à méningocoques en 2011.

Méningite à méningocoque,* pays ou territoires à haut risque, 2011



Source : http://www.who.int/ith/maps/ITH-meningitis09_FR.pdf

Annexe 7 : Pays et zones endémiques du virus de l'hépatite A en 2010.



source : http://gamapservet.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Hep_A_ITHRiskMap.png via <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/maladies/hepatite-a>

Annexe 8 : Zone d'endémie de la fièvre typhoïde en 2004.



Source : Crump JA, Luby SP, Mintz ED. The global burden of typhoid fever. Bull World Health Organ. 2004 May;82(5):346-53.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 9 : Pays et zones à risque de rage.



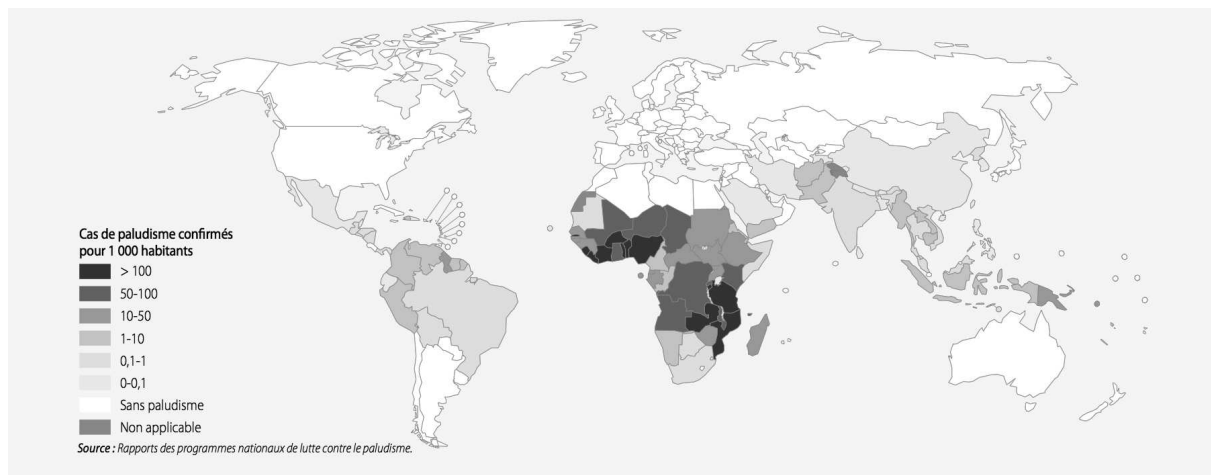
Source : OMS via <http://www.vaccinations-airfrance.fr/gvs/guide-pays/info-sante-voyage-chine-pek--vaccin/CN-PEK>

Annexes 10 : Adresses des CVI dans la région Haute-Normandie.

76 - SEINE-MARITIME		
CHU-Hôpitaux de Rouen	1, rue de Germont 76031 ROUEN Cedex 1	02 32 88 84 48
Groupe hospitalier du Havre	55bis, rue Gustave Flaubert BP 24 76083 LE HAVRE Cedex	02 32 73 33 60
Centre médical international des marins	1, rue Voltaire 76600 LE HAVRE	02 35 22 42 75
27 – EURE		
CHI Eure-Seine	Rue Léon Schwartzberg 27015 EVREUX Cedex	02 32 33 84 04

Source : <http://www.sante.gouv.fr/liste-des-centres-de-vaccination-habilites-a-effectuer-la-vaccination-contre-la-fievre-jaune-anti-amarile.html>

Annexe 11 : Pays où la transmission du paludisme est active, en 2013.



Source : Rapport sur le paludisme dans le monde en 2014, OMS

Annexe 12 : Médicaments utilisables pour la chimioprophylaxie antipaludique chez l'enfant et l'adulte.

Molécule	Présentations	Posologies enfant et adulte	Durée, indications, précautions d'emploi, contre-indications
Atovaquone-Proguanil	Cp* pédiatrique (cpP) à 62,5 mg/25 mg Cp adulte (cpA) à 250 mg/100 mg	Enfant : 5-<7 kg : ½ cpP/j (hors AMM) 7-<11 kg : ¾ cpP/j (hors AMM) 11-<21 kg : 1 cpP/j 21-<31 kg : 2 cpP/j 31-≤40 kg : 3 cpP/j >40 kg: 1cpA/j Adulte : 1 cpA/j	À prendre au cours d'un repas ou avec une boisson lactée. Début du traitement : 24 ou 48 h avant le jour d'arrivée. À prendre pendant le séjour et 1 semaine après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Prescription limitée à 3 mois Peut-être envisagé, si nécessaire, chez la femme enceinte.
Chloroquine	Sirop à 25 mg= 5ml Cp sécable à 100mg	Enfant : 1,5 mg/kg/j <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 >45 kg : 1 cp/j Adulte : 1 cp/j	À prendre pendant le séjour et 4 semaines après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Peut être administré à la femme enceinte. Attention aux intoxications accidentelles.
Chloroquine-Proguanil	Cp à 100 mg/200 mg	Enfant : à partir de 15 ans et >50 kg : 1 cp/j Adulte : 1 cp/j	À prendre en fin de repas, au moins 24 h avant le départ, pendant le séjour et 4 semaines après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Réservé aux adultes et adolescents de 15 ans et plus et pesant au moins 50 kg. Peut être administré à la femme enceinte.
Doxycycline	Cp à 50 mg Cp à 100 mg Cp sécable à 100 mg	Enfant : ≥8 ans et < 40 kg : 50 mg/j ≥ 8 ans et ≥ 40 kg : 100 mg/j Adulte : 100 mg/j	À prendre pendant le repas du soir au moins 1 heure avant le coucher, la veille du départ, pendant le séjour et 4 semaines après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Contre-indications : femme enceinte, enfant âgé de moins de 8 ans. Effets indésirables : notamment photosensibilisation.
Méfloquine	Cp sécable à 250 mg	Enfant : 5 mg/kg/semaine 15-19 kg : ¼ cp/sem >19-30 kg : ½ cp/sem >30-45 kg : ¾ cp/sem >45 kg : 1 cp/sem Adulte : 1 cp/sem	À commencer 10 jours avant le départ jusqu'à 3 semaines après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Contre-indications : convulsions, troubles neuro-psychiques. Déconseillé en cas de pratique de la plongée. Peut-être administré à la femme enceinte.
Proguanil	Cp sécable à 100 mg	Enfant âgé de 1 à 12 ans : 3 mg/kg/j 9-16,5 kg : ½ cp/jr 17-33 kg : 1cp/jr 33,5-45 kg : 1cp ½ /jr Adulte et enfant âgé de plus 12 ans : 200 mg/j	Uniquement en association avec la chloroquine. À prendre pendant le séjour et 4 semaines après avoir quitté la zone de risque de transmission du paludisme. Peut être administré à la femme enceinte.

*Cp : comprimé. Avant l'âge de 6 ans pour des raisons pratiques, il peut être nécessaire d'écraser les comprimés.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015.

Annexe 13 : Caractéristiques des principaux moustiques vecteurs de pathologies infectieuses.

Points communs	<i>Anopheles</i>	<i>Aedes</i>	<i>Culex</i>
Hématophagie	Seule la femelle adulte est hématophage		
Nombre de repas de sang	Chaque femelle prend ordinairement plusieurs repas sanguins au cours de sa vie qui peut durer plusieurs mois		
Ponte des œufs	Après la digestion d'un repas de sang, la femelle pond des œufs dans des collections d'eau		

Différences	<i>Anopheles</i>	<i>Aedes</i>	<i>Culex</i>
Habitat préférentiel	Préférentiellement rural mais également périurbain ou urbain surtout en Afrique	Variable selon les espèces, mais parfois strictement urbain	
Horaire des piqûres	Nocturne (mais des espèces crépusculaires en Amérique du Sud)	Diurne	Nocturne
Mode de piqûre	En une fois	Harcèle son hôte jusqu'à avoir pris un repas complet	Ordinairement, en une fois
Type de vol	Silencieux	Bruyant	
Aspect de la piqûre	Non douloureuse, peu de signes inflammatoires	Sensible avec signes inflammatoires plus ou moins importants	

Source : <http://www.medecine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>

Annexe 14 : Tableaux décisionnels pour l'orientation du choix des méthodes de PPAV.

Transmission nocturne (paludisme, encéphalite japonaise, infection à virus du Nil occidental, leishmanioses, maladie de Chagas) :

Séjour court ou itinérant			Séjour long et fixe (résident, expatrié)	
Moustiquaire imprégnée* (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	OU moustiquaires de fenêtres et de portes (++) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	Moustiquaire imprégnée* (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)
Vêtements longs idéalement imprégnés (++)			Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides rémanents (+++)	
Répulsifs cutanés en zone exposée (++)			Moustiquaires de fenêtres et de portes (++)	
Serpentins fumigènes [§] à l'extérieur (+)			Vêtements imprégnés (++)	
			Répulsifs cutanés à l'extérieur (++)	
			Serpentins fumigènes [§] à l'extérieur (+)	

++++ : essentiel +++ : très important ++ : important + : complémentaire

* En cas d'absence de moustiquaire imprégnée, utiliser une moustiquaire non imprégnée.

‡ À privilégier pour les maladies transmises par les tiques

§ En dehors d'un contexte épidémique de lutte contre des moustiques vecteurs de maladies, le recours à des moyens de protection autres que les serpentins fumigènes doit être préféré, notamment chez les enfants, les personnes âgées, les asthmatiques et autres personnes souffrant de troubles respiratoires chez qui l'utilisation de serpentins fumigènes est déconseillée.

Source : <http://www.medicine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>

Transmission diurne (dengue, fièvre jaune, chikungunya, maladie du sommeil) :

Séjour court ou itinérant		Séjour long et fixe (résidant, expatrié)	
Moustiquaire* de berceau, de poussette,... pour un enfant avant l'âge de la marche (++++)		Moustiquaire* de berceau, de poussette,... pour un enfant avant l'âge de la marche (++++)	
Vêtements longs imprégnés [‡] (++)		Moustiquaires de fenêtres et de portes (+++)	
Répulsifs cutanés [‡] (+++)		Diffuseur électrique d'insecticide (intérieur) (++)	
Diffuseur électrique d'insecticide (intérieur) (++)		Lutte péri-domiciliaire contre les gîtes larvaires (++)	
Moustiquaires de fenêtres et de portes (++)		Vêtements imprégnés (++)	
Climatisation (+)	OU moustiquaire imprégnée* (+) notamment en situation épidémique (++)	Moustiquaire imprégnée* (+)	Ventilation/ Climatisation (+)
		Répulsifs cutanés (+++)	
Serpentins fumigènes [§] à l'extérieur (+)		Serpentins fumigènes [§] à l'extérieur (+)	

++++ : essentiel +++ : très important ++ : important + : complémentaire

* En cas d'absence de moustiquaire imprégnée, utiliser une moustiquaire non imprégnée.

[‡] À privilégier pour les maladies transmises par les tiques

[§] En dehors d'un contexte épidémique de lutte contre des moustiques vecteurs de maladies, le recours à des moyens de protection autres que les serpentins fumigènes doit être préféré, notamment chez les enfants, les personnes âgées, les asthmatiques et autres personnes souffrant de troubles respiratoires chez qui l'utilisation de serpentins fumigènes est déconseillée.

Source : <http://www.medicine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf>

Annexe 15 : Liste des médicaments susceptibles d'aggraver le syndrome d'épuisement-déshydratation et le coup de chaleur.

♦ MEDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'AGGRAVER LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT-DESHYDRATATION ET LE COUP DE CHALEUR		
Médicaments provoquant des troubles de l'hydratation et/ou des troubles électrolytiques	Diurétiques, en particulier les diurétiques de l'anse (furosémide) et diurétiques thiazidiques et distaux au long cours	
Médicaments susceptibles d'altérer la fonction rénale	AINS (comprenant les salicylés > 500 mg/j, les AINS classiques et les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) Sulfamides Indinavir Aiskirène Gliptines et agonistes des récepteurs GLP-1 En règle générale tous les médicaments connus pour leur néphrotoxicité (par exemple les aminosides, la ciclosporine, le tacrolimus, les produits de contraste iodé...)	
Médicaments ayant un profil cinétique pouvant être affecté par la déshydratation	Seils de lithium Anti-arythmiques Digoxine Anti-épileptiques Biguanides et sulfamides hypoglycémiantes Statines et fibrates	
Médicaments pouvant empêcher la perte calorique	Au niveau central	Neuroleptiques Médicaments sérotoninergiques (antidépresseurs imipraminiques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), triptans, certains opiacés (dextrométhorphan, tramadol))
	Au niveau périphérique	Médicaments à propriétés atropiniques <ul style="list-style-type: none"> - antidépresseurs imipraminiques - antihistaminiques de première génération - antiparkinsoniens atropiniques - certains antispasmodiques (en particulier ceux de la sphère urinaire) - neuroleptiques - disopyramide - pizotifène - certains bronchodilatateurs (tiotropium, ...) - atropine – collyres atropiniques - néfopam - mémantine -scopolamine
		Vasoconstricteurs <ul style="list-style-type: none"> - agonistes et amines sympathomimétiques - certains antimigraineux (dérivés de l'ergot de seigle, triptans)
		Médicaments limitant l'augmentation du débit cardiaque <ul style="list-style-type: none"> - bêta-bloquants - diurétiques
	Par modification du métabolisme basal	Hormones thyroïdiennes
♦ MEDICAMENTS POUVANT INDUIRE UNE HYPERTHERMIE (dans des conditions normales de température ou en cas de vague de chaleur)		
	Neuroleptiques Agonistes sérotoninergiques	
♦ MEDICAMENTS POUVANT AGGRAVER LES EFFETS DE LA CHALEUR		
Médicaments pouvant abaisser la pression artérielle	Antihypertenseurs et anti-angoreux	
Médicaments altérant la vigilance		

Source : http://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/739820acb36e9e09f3c85422c815a202.pdf

Annexe 16 : Liste des médicaments photosensibilisants.

Photosensibilisants de contact

Cette liste n'est pas exhaustive, et est susceptible de connaître ultérieurement des mises à jour.

ANTISEPTIQUES TOPIQUES Salicylanilides Hexachlorophène Bithionol Chlorhexidine Triclosan Clioquinol	GOUDRONS MÉTAUX (CR, CO, NI) PLATINE ? SIGNALÉS DANS CSST (5) Acrylates Acrylonitrile Aldéhyde cinnamique Anhydride phtalique Aniline : Bois exotique Bisphénol A Carène (delta 3) Chloroacétamide Chlorocrésol (p-) Disulfirame Éthylènediamine Formaldéhyde Frullania Fumarate (diméthyl) Glutaraldéhyde Glyoxal Hydralazine Hydroquinone Isocyanates Latex Manébe Mercaptobenzothiazoles Persulfate d'ammonium Phtalates Phénylènediamine (p-) Thiourées Thiurams Trinitrine Trinitrotoluène Zinèbe Chrome, cobalt, platine, nickel, palladium Constituants des parfums (ex : isoeugénol) Térébenthine Thioglycolates (ammonium, glycéryle)	COSMÉTIQUES Musk ambret Psoralènes Baume du Pérou 6-méthyl-coumarine FILTRES SOLAIRES Benzophénonés .oxybenzone .mexenone .sulisobenzone Cinnamates Para-aminobenzoïque (acide) = PABA Dérivés du camphre Octyl triazone Octocrylène
--	---	--



Photosensibilisants systémiques

Cette liste n'est pas exhaustive, et est susceptible de connaître ultérieurement des mises à jour.

ANTI-PSYCHOTIQUES	Ténoxican Diclofénac Acide méfénamique Nabumétone Sulindac Phénylbutazone Indométhacine Ibuprofène Célécoxib Valdécoxib	Pravastatine Atorvastatine Fluvastatine Simvastatine	AUTRES Mésalazine (5ASA) Azathioprine Efavirenz Hématoporphyrine Pyridoxine (vitamine B6) Interféron alfa Ribavirine Sels d'or Saqinavir Tiotropium Herbe de St Jean (<i>Hypericum perforatum</i>)
Chlorpromazine Cyamémazine Fluphénazine Halopéridol Perphénazine Prochlorpérazine Promazine Prométhazine Thioridazine Thiothixène Trifluopérazine Trifluopromazine	ANTIBIOTIQUES Déméclocycline Acide nalidixique Acide pipéridique Sulfaméthoxazole Sulfasalazine Ciprofloxacine Énoxacine Loméfloxacine Ofloxacine Norfloxacine Oxytétracycline Tétracycline Doxycycline Méthacycline Minocycline Triméthoprime Isoniazide Sulfaméthazol Gentamicine Clofazimine Griséofulvine Nitrofurantoïne Ceftazidime Sparfloxacine Péfloxacine Fluméquine Rosoxacine	HYPOGLYCÉMIANTS Glibenclamide Tolbutamine Glipizide Chlorpropamide Glimépride	
ANXIOLYTIQUES Alprazolam Chlordiazépoxide Clorazépate dipotassique		ANTIHISTAMINIQUES Cyproheptadine Diphenhydramine Bromphéniramine Triprolidine	
ANTIDÉPRESSEURS Amitriptyline Amoxapine Citalopram Clomipramine Désipramine Dosulépine Doxépine Fluoxétine Fluoxamine Imipramine Nortriptyline Paroxétine Protriptyline Sertraline Trimipramine		INHIBITEURS CALCIQUES Diltiazem Amlodipine Nifédipine	
ANTI-ÉPILEPTIQUES Carbamazépine Lamotrigine Oxcarbamazépine Phénobarbital Clobazam		BÉTABLOQUANTS Aténolol Propranolol	
DIURÉTIQUES Hydrochlorothiazide Furosémide Chlorothiazide Indapamide Bumétanide Bendrofluméthiazide Benzthiazide Cyclothiazide Hydrofluméthiazide Méthyclothiazide Trichlorméthiazide Amloride Acide étacrynique Triamtérène Spironolactone Acétazolamide Métolazone Quinéthazone Chlorthalidone	ANTIFONGIQUES Kétoconazole Itraconazole Voriconazole	INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION Fosinopril Énalapril Captopril Quinalapril Ramipril	
AINS ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS Naproxène Kétoprofène Acide tiaprofénique Piroxicam Diflunisal Méloxicam	ANTIPALUDÉENS Chloroquine Hydroxychloroquine Quinine Pyriméthamine Méfloquine	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II (Sartans) Valsartan	
	ANTICANCÉREUX Fluorouracile (5Fu) Vinblastine Bléomycine Actinomycine Dacarbazine Procabazine Flutamide Doxorubicine Méthotrexate Taxanes Cétuximab Erlotinib Imatinib	ANTI-HYPERTENSEURS CENTRAUX ET VASODILATEURS Méthildopa Riméidine Dihydralazine	
	HYPOLIPÉMIANTS Gemfibrozil Clofibrate Bézaflibrate Fénofibrate	ANTI-ARYTHMIQUES Amiodarone Hydroquinidine Disopyramide	
		ANTI-ULCÉREUX INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP) Oméprazole Ésoméprazole Pantoprazole Lanzoprazole Rabéprazole	
		ANTI-ULCÉREUX ANTISÉCRÉTOIRES GASTRIQUES (ANTH2) Raniditine	
		CONTRACEPTIFS ORAUX ET TRANSDERMIQUES	
		MÉDICAMENTS À USAGE DERMATOLOGIQUE Isotrétinoïne Méthoxyysoralènes (mop)	

Source : Société Française de Dermatologie via
<http://fr.scribd.com/doc/59607843/SFD-Photosensibilisations-liste-originale-des-photosensibilisants>

Annexe 17 : Animaux aquatiques.

Méduse à crinière de lion :



Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Cyanea_capillata

Crédit photo : Dan Herschman

Poisson-pierre :



Source : <http://www.astrium.com/espace-medecins/risques-et-situations/poisson-pierre-envenimation.html>

Annexe 18 : Quantités de végétaux et produits végétaux autorisés à l'importation dans les bagages des voyageurs.

		TOUS PAYS TIERS	ANDORRE ET SUISSE
a.	<ul style="list-style-type: none"> • Terre et milieux de culture, tous les végétaux et parties de végétaux avec terre adhérente • Plantes vivantes (boutures, plantes racines nues, plantes en pot, racines et rhizomes non comestibles...) • Feuillages, feuilles, rameaux (à l'exception de ceux visés au point c.) • Semences, graines • Pommes de terre • Fruits frais d'agrumes et leur écorce (à l'exception des fruits et écorces secs, séchés, congelés, broyés ou cuits) • Fourrages • Bois et écorces, maisons préfabriquées en bois, crèches en bois (à l'exception des autres objets en bois travaillés et à l'exception des écorces visées au point b.) • Légumes, feuilles et plantes aromatiques (à l'exception des végétaux secs, séchés, congelés, broyés ou cuits et à l'exception des feuillages frais visés au point c.) 	0 kg ou 0 unité	<u>Aucun seuil de quantité ou de poids</u>
b.	<ul style="list-style-type: none"> • Fruits et légumes frais (toutes espèces sauf agrumes) • Racines et rhizomes comestibles dépourvus de terre • Écorces destinées à un usage culinaire ou médicinal (toutes espèces sauf agrumes) 	5 kg ou 5 unités* (unité = 1 fruit, 1 légume, 1 racine ou 1 rhizome)	
c.	<ul style="list-style-type: none"> • Fleurs coupées fraîches avec ou sans feuilles • Légumes feuilles frais (uniquement le céleri) • Feuillages frais de plantes aromatiques (menthe, basilic, thym, cerfeuil, estragon, ciboulette, sauge, coriandre...) 	15 tiges	

*Limite la plus favorable autorisée

N.B : Les fruits, légumes et racines visés au point b. ainsi que les fleurs coupées, légumes feuilles et plantes aromatiques visées au point c. peuvent faire l'objet d'un assortiment dans la limite la plus favorable des quantités autorisées.

Les tolérances ne sont pas applicables en cas de mesures d'urgence prévoyant des interdictions spécifiques.

Les importations dans les bagages des voyageurs de végétaux qui ne sont pas repris dans ce tableau sont autorisées sans contrôles phytosanitaires en point d'entrée communautaire.

Source : <http://www.douane.gouv.fr/Portals/0/fichiers/tableau-tolerances-phytosanitaires.pdf>

Annexe 19 : Contre-indications aux voyages aériens selon les recommandations de l'OMS en 2012.

Contre-indications aux voyages aériens

(Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé)¹⁸.

Les voyages aériens sont normalement contre-indiqués dans les cas suivants :

- nouveau-nés âgés de moins de 48 heures ;
- femmes enceintes après la 36^e semaine de grossesse (après la 32^e semaine en cas de grossesse multiple) ;
- personnes souffrant d'une des maladies suivantes, sur avis médical :
 - 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 accident vasculaire cérébral récent (le délai à respecter dépendra de la gravité de la pathologie et de la durée du voyage) ;
- intervention chirurgicale récente ou traumatisme récent comportant un risque de flatulence (en particulier traumatisme abdominal ou intervention gastro-intestinale) ;
- traumatisme cranio-facial ou oculaire, opération du cerveau ou opération de l'œil 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.

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive et l'aptitude à voyager doit être décidée au cas par cas. Un avis médical est indispensable.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 20 : Tire-tique.



Source : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Tire-tique>

Annexe 21 : Vaccinations chez les enfants.

Vaccins	Recommandations générales	Âge minimum d'utilisation	Schéma vaccinal	Présentation ou dosage pédiatrique	Particularités liées au voyage	Recommandations selon le type de séjour
Encéphalite japonaise		2 mois	≤3 ans : 2 injections de 0,25 ml à J0 et J28 (Ixiaro®) À partir de 3 ans : 2 injections de 0,50 ml à J0 et J28 (Ixiaro®)	Non		Séjour avec exposition en milieu extérieur en zone de transmission
Encéphalite à tiques		- 1 an (Ticovac enfant®) - 12 ans (Encepur®)	3 injections à : M0, M1 à M3, M5 à M12 (Ticovac enfant®) ou M9 à M12 (Encepur®) 1 ^{er} rappel : 3 ans après la primo-vaccination	Oui		Séjour en zone rurale ou boisée en région d'endémie de mars à novembre.
Fèvre jaune	Exigible dans le cadre du RSI* à partir de l'âge de 1 an. Mais recommandé dès l'âge de 9 mois	6 mois	1 injection au minimum 10 jours avant le départ. Durée de validité administrative (RSI) : 10 ans (susceptible d'évoluer)	Non	Possible dès l'âge de 6 mois en cas d'épidémie, ou de séjour dans une zone rurale ou forestière d'endémie.	Tout séjour en zone d'endémie.
Fèvre typhoïde		2 ans	1 injection 15 j avant le départ Durée de protection : 3 ans	Non	La protection conférée par la vaccination n'est que de 50 à 80 %. Elle ne se substitue pas aux mesures d'hygiène universelles.	Séjour dans des conditions d'hygiène précaires. Ne dispense pas des mesures de précaution vis-à-vis de l'eau, des aliments, ni du lavage des mains.
Grippe saisonnière	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque	6 mois (vaccins injectables)	Vaccins injectables : De 6 à 35 mois : - 2 injections de 0,25 ml à un mois d'intervalle en primo-vaccination - 1 injection de 0,25 ml en rappel annuel De 3 à 8 ans : - 2 injections de 0,5 ml à un mois d'intervalle en primo-vaccination - 1 injection de 0,5 ml en rappel annuel ≥9 ans : - 1 injection annuelle de 0,5 ml		Débuter la vaccination au début de la saison grippale Le vaccin adapté à l'hémisphère Sud n'est disponible que sur ATU nominative	Tout séjour.
Hépatite A	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque	1 an	1 ^{ère} injection 15 j avant le départ. 2 ^{ème} injection : 6-12 mois plus tard et jusqu'à 3 ou 5 ans, selon la spécialité.	Oui		Recommandé pour les séjours dans un pays où l'hygiène est précaire, quelles que soient les modalités et la durée du voyage

Vaccins	Recommandations générales	Âge minimum d'utilisation	Schéma vaccinal	Présentation ou dosage pédiatrique	Particularités liées au voyage	Recommandations selon le type de séjour
Hépatite B	Recommandations du calendrier vaccinal	Naissance En cas de séjour prévu dans un pays de forte ou de moyenne endémie	Enfants non vaccinés antérieurement : Schéma de 3 injections : M0-M1 et rappel 6 à 12 mois plus tard	Oui	Le schéma 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.	Tout séjour Particulièrement en cas de séjour prolongé dans zone d'endémie avec contact étroit avec la population locale
Vaccins conjugués contre les IIM A+C	Recommandations du calendrier vaccinal	2 mois	Nourrisson âgé de moins de 1 an : 2 injections à M0-M2. Rappel dans la deuxième année de vie Enfant âgé de 1 an et plus : une injection	Non		En cas de séjour : - en zone d'endémie au moment de la saison sèche (décembre-juin), dans des conditions de contact étroit avec la population locale - dans une zone où sévit une épidémie
Vaccin polysaccharidique contre les IIM A+C		Entre 6 et 12 mois (pour une protection contre le sérotype A).	1 injection au minimum 10 jours avant le départ. Durée de protection : 3 ans.	Non	Pour une protection contre les IIM de sérotype C, chez l'enfant âgé de moins de 2 ans, il est préférable d'utiliser un vaccin méningococcique C conjugué. En raison du phénomène d'hyporéponse lors d'une vaccination ultérieure, il est préférable de privilégier la vaccination à l'âge de 1 an, par le vaccin tétravalent conjugué Nimenrix®.	
Vaccins contre les IIM A,C,Y,W135		Vaccins conjugués A,C,Y,W135 : Âge 1 ou 2 ans selon AMM du vaccin	1 injection Durée de protection : indéterminée.			Obligatoire pour les pèlerinages en Arabie saoudite.
Rage	Dès que l'enfant marche.	Pas de limite d'âge en post-exposition.	3 injections à J0-J7-J21 à 28	Non	Risque important en zone d'endémie pour les jeunes enfants, particulièrement exposés aux risques de morsures et de contacts mineurs passés inaperçus.	Séjour en situation isolée dans un pays à haut risque.
Rougeole Rubéole Oreillons (RRO)	Recommandations du calendrier vaccinal en vigueur : - 1 ^{ère} dose à l'âge de 12 mois - 2 ^e dose entre 16 et 18 mois.	6 mois (rougeole)	De 6 à 11 mois : - 1 injection de vaccin rougeoleux monovalent, - 2 injections de RRO à partir de l'âge de 12 mois (espacées d'au moins 1 mois et avant 24 mois) De 12 mois à 24 mois : - 1 injection de RRO à 12 mois - 1 injection entre 13 et 24 mois	Non	Il est recommandé de vacciner contre la rougeole dès l'âge de 6 mois tous les enfants qui doivent voyager dans les pays à circulation virale intense. Pour les adolescents n'ayant reçu qu'une dose de vaccin RRO, une deuxième dose de RRO est recommandée.	

Vaccins	Recommandations générales	Âge minimum d'utilisation	Schéma vaccinal	Présentation ou dosage pédiatrique	Particularités liées au voyage	Recommandations selon le type de séjour
Tuberculose	Recommandations du calendrier vaccinal : Groupes à risque	Naissance	De la naissance à 2 mois : 0,05 ml de BCG ID sans IDR préalable De 3 à 12 mois : 0,05 ml de BCG ID après IDR négative De 12 mois à 15 ans : 0,1 ml de BCG ID après IDR négative 1 injection 6-8 semaines avant le départ	Oui		Séjour de plus d'un mois dans un pays de forte incidence tuberculeuse.
VACCINS COMBINÉS DU VOYAGE						
Typhoïde- Hépatite A		16 ans	- 1 injection - 1 injection de vaccin Hépatite A : 6 à 12 mois (jusqu'à 3 ans) plus tard	Non		Séjour dans conditions d'hygiène précaires en zone d'endémie Ne dispense pas des mesures de précaution vis-à-vis de l'eau, des aliments, ni au lavage des mains.
Hépatite A -Hépatite B		1 an	Deux doses espacées d'un mois et Rappel à 6 mois	Oui	Ne convient pas en cas de départ imminent.	Séjour dans un pays où l'hygiène est précaire, si l'enfant n'a pas encore été vacciné contre l'hépatite B.

* RSI : Règlement sanitaire international.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 22 : Recommandations pour la vaccination contre la fièvre jaune chez les personnes immunodéprimées ou aspléniques.

Type d'immunodépression	Vaccination fièvre jaune
Personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée si CD4 < 25% (enfants âgés de moins de 12 mois) CD4 < 20% (enfants entre 12 et 35 mois) CD4 < 15% (enfants entre 36 et 59 mois) ou CD4 < 200/mm³ (enfants âgés de plus de 5 ans et adultes).
Personnes transplantées d'organe solide	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment du bilan pré-greffe Uniquement pour les patients sans immunosuppresseur La vaccination peut être effectuée avant la transplantation, en particulier chez les sujets originaires de zone d'endémie qui pourraient être amenés à voyager dans leur pays d'origine après la greffe. Schéma : 1 injection au moins 10 jours avant le départ avec contrôle de la réponse anticorps. • Contre-indiquée en post-greffe
Personnes greffées de cellules souches hématopoïétiques (CSH)	Pour les patients habitant dans une zone d'endémie de la fièvre jaune, la vaccination contre la fièvre jaune peut être pratiquée après évaluation du rapport bénéfice/risque individuel et au plus tôt 24 mois après la greffe de CSH, en l'absence de traitement immunosuppresseur depuis au moins trois mois et en l'absence de GVH.
Personnes sous chimiothérapie pour tumeur solide ou hémopathie maligne	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée pendant toute la durée du traitement et dans les 6 mois qui suivent. • Pourra être réalisée après un délai minimal de 6 mois après l'arrêt de la chimiothérapie.
Personnes traitées par immunosuppresseurs, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique*	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée Vaccination à réaliser si possible avant la mise en route du traitement. • Après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur, d'une biothérapie ou d'une corticothérapie à dose immunosuppressive, le délai à respecter pour l'administration d'un vaccin vivant est variable. Il est au minimum de 3 mois (6 mois après un traitement par rituximab).
Personnes aspléniques ou hypospléniques	Pas de contre-indication ni de précaution d'emploi particulières des vaccins vivants atténués chez les patients aspléniques sauf en cas de déficit immunitaire associé qui contre-indique l'administration de vaccins vivants.
Personnes présentant des déficits immunitaires héréditaires	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiquée si <ul style="list-style-type: none"> – Déficit immunitaire commun variable (DICV) – Maladie de Bruton – Déficit en sous-classe d'IgG – Déficit immunitaire combiné sévère – Déficit immunitaire combiné partiel (Syndromes de Job-Buckley, de Wiskott-Aldrich, de di George, ataxie télangiectasie)

* Pour la corticothérapie, la dose et la durée au-delà desquelles l'administration d'un vaccin vivant est contre-indiquée sont les suivantes :

- Chez l'adulte : 10 mg d'équivalent-prednisone par jour, depuis plus de 2 semaines.
- Chez l'enfant : 2 mg/kg d'équivalent-prednisone par jour – et au-delà de 20 mg par jour chez les enfants de plus de 10 kg –, depuis plus de 2 semaines.
- Les « bolus » de corticoïdes contre-indiquent l'administration d'un vaccin vivant durant les 3 mois qui suivent.

Source : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°21-22, juin 2015

Annexe 23 : Affiche de prévention sur l'infection au nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, MERS-CoV (anciennement NCoV) à destination des voyageurs.

NOUVEAU CORONAVIRUS (NCoV)

Conseils aux voyageurs
Séjour au Proche ou au Moyen-Orient

À votre arrivée dans cette région

Dans tous les cas, conformez-vous aux recommandations des autorités locales et :

- **lavez-vous régulièrement les mains à l'eau et au savon** ou utilisez une solution hydroalcoolique ;
- **évittez tout contact direct avec les animaux ;**
- **prenez contact avec un médecin** si vous présentez les symptômes suivants : **fièvre supérieure à 38° C et toux (ou difficultés à respirer).**

Pour toute aide, contactez votre ambassade ou votre consulat.

À votre retour en France

Si, dans les jours qui suivent votre retour, vous présentez les symptômes suivants :

fièvre supérieure à 38° C et toux (ou difficultés à respirer),

→ **appelez votre médecin ou le 15 en évoquant votre voyage.**

Pour toute information

- **Numéro vert d'information grand public**
0 800 13 00 00
du lundi au samedi de 9 h à 19 h, appel gratuit
- **Ministère des Affaires sociales et de la Santé**
www.sante.gouv.fr
- **Conseils aux voyageurs**
www.diplomatie.gouv.fr



Liberté • Égalité • Fraternité
REPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Source : http://www.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/Affiche_Coronavirus_-_Conseils_aux_voyageurs.pdf

Annexe 24 : Guide d'entretien semi-dirigé.

1^{ère} partie : Présentation

- Présentation : Hélène JÉSUS, interne en cinquième semestre de médecine générale.
- Remerciements pour leur participation.
- Objectif de l'étude : analyse qualitative sur la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes de Haute-Normandie.
- Autorisation d'enregistrer l'entretien.
- Information sur le déroulement de l'entretien.

2^{ème} partie : Profil du médecin généraliste

1. Quel âge avez-vous ?
2. Avez-vous des enfants
 - *si oui, quel âge ont-ils ?*
3. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse de doctorat en médecine générale ? Dans quelle faculté ?
4. Êtes-vous installé ?
 - *Si oui, en quelle année ?*
5. Quel est votre mode d'exercice
 - *Seul ? en groupe ? ...*
6. Êtes-vous maître de stage universitaire ?
 - *Après des externes ou des internes ?*
7. Participez-vous à l'enseignement universitaire ?
8. Avez-vous une formation particulière ?
 - *DU ? DIU ? Médecine des voyages ?*
9. Combien de jours consultez-vous dans la semaine ?
10. Quel est votre nombre de consultations par jour ?
11. Quelle est la durée moyenne de votre consultation ?

12. Comment définiriez-vous votre patientèle selon l'âge et le statut socio-économique ?
13. Avez-vous dans votre patientèle une population de migrants ?
 - *Si oui, originaire de quel pays ?*
14. Quelle est la structure hospitalière la plus proche de votre cabinet et à combien de temps se situe-t-elle ?
15. Avez-vous une ou des pharmacie(s) proche(s) de votre cabinet médical ?
16. Avez-vous internet au cabinet médical ?
17. Êtes-vous informatisé au cabinet médical ?
 - *Si oui, quel logiciel utilisez-vous ?*
18. Vos ordonnances sont-elles informatisées ?
19. Avez-vous personnellement fait des voyages à l'étranger ?
 - *Si oui où ?*
 - *Pour quel motif ?*

3^{ème} partie : La consultation de préparation au départ à l'étranger

1. Vos patients vous informent-ils de leur voyage à l'étranger avant le départ ?
 - *Si oui, combien de temps avant ?*
 - *Si non, vous en expliquent-ils les raisons ?*
 - *Et pour les voyages en Europe ? Si non, pour quelle raison selon vous ?*
2. Vos patients vous informent-ils du motif de leur voyage ?
3. Dédiez-vous une consultation pour la médecine des voyages ?
 - *Si oui, comment l'abordez-vous ?*
 - *La préparez-vous en amont ?*
 - *Comment ?*
4. Comment définiriez-vous le ou le(s) voyageur(s) à risque ?
5. Comment définiriez-vous le ou le(s) voyage(s) à l'étranger à risque ?
6. Quels sont selon vous les risques encourus lors d'un voyage à l'étranger ?
7. Organisez-vous votre consultation de pré-voyage différemment pour vos patients souffrant de pathologies chroniques ?
 - *Si oui comment ?*
 - *Si non pour quelle(s) raison(s) ?*

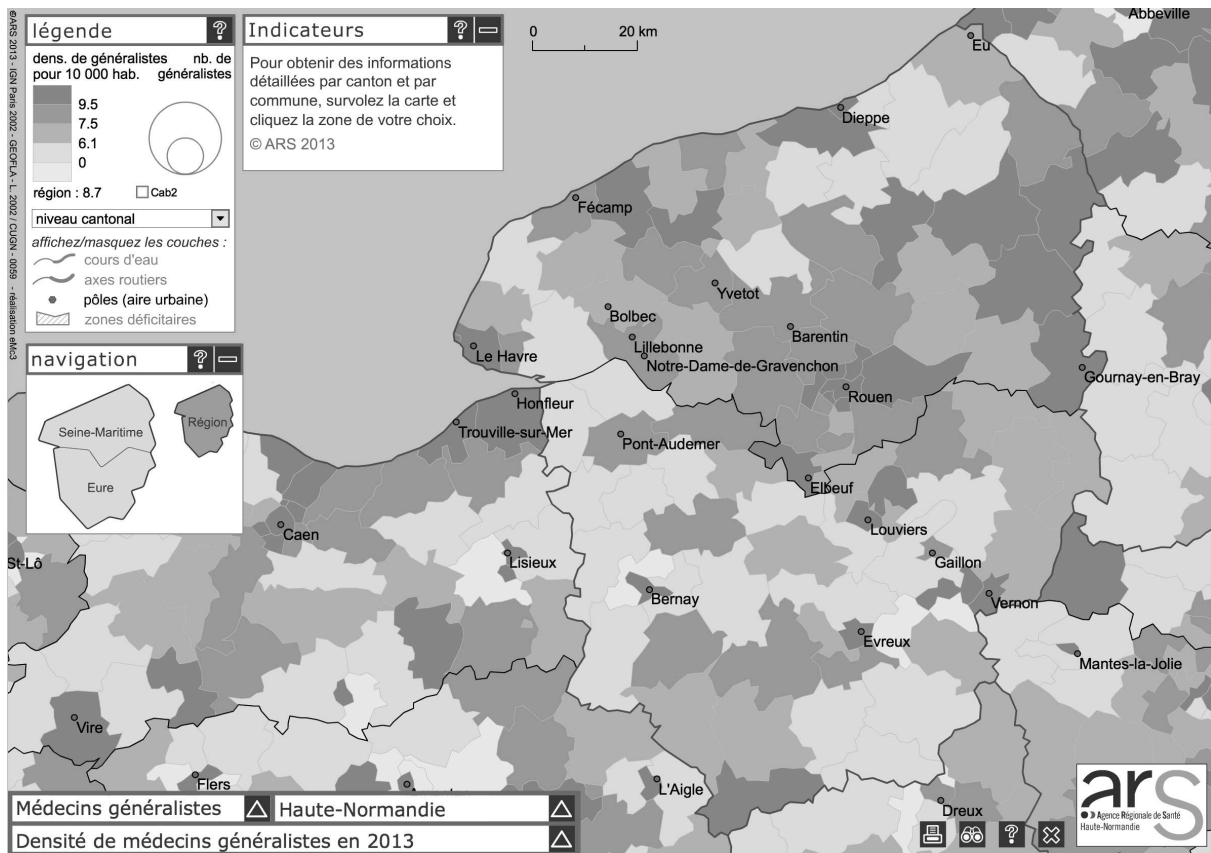
8. Quelles informations recherchent vos patients lors de cette consultation ?
9. Quelles vaccinations proposez-vous avant un départ à l'étranger ?
10. Quelles sont les vaccinations réalisables au cabinet médical ?
11. Quelles sont les contre-indications aux vaccinations ?
12. Prêtez-vous une attention particulière aux règles d'association et de coadministration vaccinales ?
13. Quelle est votre prise en charge d'un (ou des) effet(s) secondaire(s) post-vaccination ?
14. Profitez-vous de ce temps de consultation pour vérifier et mettre à jour le carnet vaccinal de votre patient ? Vous informer sur les récentes recommandations ?
15. Quelles zones touchées par la fièvre jaune connaissez-vous ? Quelles zones impaludées connaissez-vous ?
16. Quelles zones impaludées connaissez-vous ?
17. Quelle(s) chimioprophylaxie(s) antipaludique(s) connaissez-vous et comment la(les) prescrivez-vous ?
18. Quel(s) conseil(s) donneriez-vous à un patient souhaitant voyager dans une zone impaludée ?
19. Que contient la trousse à pharmacie que vous prescrivez pour un voyage à l'étranger ?
20. Quelles règles hygiéno-diététiques conseilleriez-vous à vos patients voyageurs ?
21. Abordez-vous le sujet des transports lors de cette consultation ? et si oui, comment ?
 - *Si oui, comment ?*
 - *Si non, pourquoi ?*
22. Abordez-vous le sujet des assurances et des assistances rapatriement ?
 - *Si oui, comment ?*
 - *Si non, pourquoi ?*
23. Avez-vous déjà contre-indiqué un voyage à l'étranger ?
 - *Si oui pour quelle(s) raison(s)*
24. Quels sont selon vous, les principaux motifs de rapatriement sanitaire ?
25. Si vous n'aviez que trois conseils à faire passer lors de la consultation, à un patient en bonne santé, quels seraient-ils ?

26. Quels seraient-ils pour un patient souffrant d'une pathologie chronique ?
27. Comment rédigez-vous les ordonnances pour les voyageurs à l'étranger ?
28. Quels outils avez-vous à votre disposition lors d'une consultation de médecine des voyages ?
 - *Si livre ou atlas : quelles sont les références ? L'édition ?*

4^{ème} partie : Relation du médecin généraliste avec la médecine des voyages

1. Comment organisez-vous vos voyages personnels à l'étranger (sur les plans généraux et médicaux) ?
2. Comment qualifieriez-vous votre formation sur la médecine des voyages ?
3. Quelles sont les problématiques rencontrées au cours de cette consultation ?
4. Quelle(s) amélioration(s) souhaiteriez-vous dans le domaine de la médecine des voyages en médecine générale ?

Annexe 25 : Densité de médecins généralistes dans la région Haute-Normandie en 2013.



Source :

<http://carto.ars.sante.fr/cartosante/cartoprof.php?prof=gene&geo=23d23&theme=3>

IX. CLÉ USB

Cette clé USB comporte les retranscriptions des quinze entretiens ainsi que leurs analyses.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. United Nations World Tourism Organization. Annual report 2014. Disponible sur : <http://www2.unwto.org/annualreport2014> (consulté le 13 septembre 2015).
2. Berger M. Veille info tourisme - Mémento du Tourisme - Edition 2014. Disponible sur : <http://www.veilleinfotourisme.fr/memento-du-tourisme-edition-2014-135935.kjsp> (consulté le 13 septembre 2015).
3. Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;23(101):65–71.
4. Collège National des Généralistes Enseignants. Concept et principes pédagogiques. Disponible sur : http://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/ (consulté le 13 septembre 2015).
5. Aubry C, Gaudart J, Gaillard C, Delmont J, Parola P, Brouqui P, et al. Demographics, health and travel characteristics of international travellers at a pre-travel clinic in Marseille, France. *Travel Med Infect Dis*. 2012;10(5-6):247–56.
6. Caumes E, Legros F, Duhot D, Cohen J-M, Arnould P, Mosnier A. Health Problems in Returning Travelers Consulting General Practitioners. *J Travel Med*. 2008;15(6):457–9.
7. Rovira C, Buffel du Vaure C, Partouche H. Are French general practitioners consulted before travel to developing countries? A cross-sectional study conducted in a French airport. *Rev Epidem Santé Publ*. 2015;63(4):253–8.
8. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la vaccination de rappel contre la poliomyélite pour certains voyageurs dans le contexte actuel d'urgence sanitaire décrétée par l'Organisation mondiale de la Santé. 2014. Disponible sur : https://www.mesvaccins.net/textes/hcspa20140627_vaccpoliorecovoyageurs.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
9. Haut Conseil de la santé publique. Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(21-22):361–421.
10. Organisation mondiale de la Santé. Le rappel de vaccination contre la fièvre jaune n'est pas nécessaire. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/yellow_fever_20130517/fr/ (consulté le 13 septembre 2015).
11. Wyplosz B, Leroy J-P, Derradji O, Consigny P-H. No Booster Dose for Yellow Fever Vaccination: What Are the Consequences for the Activity of Vaccination in Travel Clinics? *J Travel Med*. 2015;22(2):140–1.
12. MesVaccins.net. Encéphalite japonaise .Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/diseases/28-encephalite-japonaise> (consulté le 13 septembre 2015).
13. Organisation mondiale de la Santé. Hépatite B. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
14. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Rage Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/rage.html> (consulté le 13 septembre 2015).
15. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. INSTRUCTION N° DGS/RI1/2013/209 du 17 juin 2013 relative aux centres de vaccination anti-amarille (contre la fièvre jaune). Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/INSTRUCTION_No_DGS_RI12013-

209_du_17_juin_2013.pdf (consulté le 13 septembre 2015).

16. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé. 2012;298 p.

17. Organisation mondiale de la Santé. Paludisme. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).

18. Institut Pasteur. Paludisme. Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/paludisme> (consulté le 13 septembre 2015).

19. Collège des Enseignants de Médecine Infectieuse et Tropicale. Item n°99 : Paludisme. Disponible sur : http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/ECN/ECN.PILLY2014_item99web.pdf (consulté le 13 septembre 2015).

20. Société de Médecine des Voyages, Société Française de Parasitologie. Recommandations de Bonne Pratique : protection personnelle antivectorielle ou protection contre les insectes piqueurs et les tiques (texte court). 2010. Disponible sur : <http://www.medecine-voyages.fr/publications/ppavtextecourt.pdf> (consulté le 13 septembre 2015).

21. Cheng AC, Thielman NM. Update on traveler's diarrhea. *Curr Infect Dis Rep.* 2002;4(1):70–7.

22. Jauréguiberry S, Caumes E. Conseils médicaux aux voyageurs. *EMC : maladies infectieuses.* 2013 mai;10(2).

23. Connor BA. Travelers' diarrhea. Dans: *Health information for international travel - The Yellow Book 2014.* Oxford; 2014. p. 57–64.

24. Ansdell VE. Food poisoning from marine toxins. Dans : *Health information for international travel - The Yellow Book 2014.* Oxford; 2014. p. 91–4.

25. Organisation mondiale de la Santé. Méningite à méningocoques Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).

26. Malilay J, Batts D, Ansari A, Miller CW, Brown CM. Natural disasters and environmental hazards. Dans: *Health information for international travel.* 2014. p. 121–3.

27. Gouvernement Canada, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada. Sécurité nautique. Disponible sur : <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/securite-nautique> (consulté le 13 septembre 2015).

28. Organisation mondiale de la Santé. Rage Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).

29. Legifrance. Arrêté du 21 janvier 2015 fixant les quantités de végétaux, produits végétaux et autres objets autorisés à l'importation dans les bagages des voyageurs. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030171213&categorieLien=id> (consulté le 13 septembre 2015).

30. Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Législation locale. Disponible sur : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/infos-pratiques/legislation/legislation-locale/> (consulté le 13 septembre 2015).

31. Organisation mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).

32. Meites E. Perspectives : sex and tourism. Dans : *Health information for international travel - The Yellow Book 2014.* Oxford; 2014. p. 294–7.

33. End child prostitution, child pornography and trafficking of children for sexual

- purposes France. Exploitation sexuelle des enfants dans les voyages et le tourisme. Disponible sur : <http://ecpat-france.fr/exploitation-sexuelle-enfants/definitions/tourisme-sexuel-impliquant-des-enfants/> (consulté le 13 septembre 2015).
34. Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Actes pédophiles. Disponible sur : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/infos-pratiques/legislation/actes-pedophiles-20983/> (consulté le 13 septembre 2015).
35. Lee VC, Balaban V. Medical tourism. Dans : Health information for international travel - The Yellow Book 2014. Oxford; 2014. p. 127–31.
36. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Risque d'allergies graves avec les tatouages au henné noir. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/risque-d-allergies-graves-avec-les-tatouages-au-henne-noir> (consulté le 13 septembre 2015).
37. Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Sécurité Indonésie. Disponible sur : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/indonesie-12260/article/securite-24974> (consulté le 13 septembre 2015).
38. Gouvernement Canada, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada. Alcool, médicaments, drogues et voyages. Disponible sur : <http://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/drogues> (consulté le 13 septembre 2015).
39. Organisation mondiale de la Santé. Vieillesse et qualité de la vie. Disponible sur : <http://www.who.int/ageing/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
40. Organisation mondiale de la Santé. Vaccin anti-amaril et allaitement. Disponible sur : http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/yellow_fever/Jun_2010/fr/ (consulté le 13 septembre 2015).
41. Kuhn S, Twele-Montecinos L, MacDonald J, Webster P, Law B. Case report: probable transmission of vaccine strain of yellow fever virus to an infant via breast milk. *Can Med Assoc J.* 2011;183(4):E243–5.
42. Gouvernement Canada, Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada. Voyager au féminin: la sécurité avant tout. Disponible sur : http://voyage.gc.ca/docs/publications/her_own_way-fr.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
43. Geoffroy-Delanghe L. Guide pratique à l'attention des médecins généralistes : conseils et recommandations aux patients cardiaque, diabétique et dépressif désirant voyager en zone tropicale ou inter-tropicale. Université d'Aix-Marseille; 2013. 15 p.
44. UNAIDS. Welcome (not): before and after. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20150227_evolution_travel_restrictions (consulté le 13 septembre 2015).
45. Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Pèlerinage à La Mecque. Disponible sur: <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/arabie-saoudite/la-france-et-l-arabie-saoudite/pelerinage-a-la-mecque/> (consulté le 13 septembre 2015).
46. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS à l'issue de la neuvième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant le MERS-CoV. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ec-mers/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
47. Institut de veille sanitaire. Bulletin hebdomadaire international du 2 au 9

- septembre 2015 N°520. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-hebdomadaire-international/Tous-les-numeros/2015/Bulletin-hebdomadaire-international-du-2-au-9-septembre-2015.-N-520> (consulté le 13 septembre 2015).
48. Barnett ED, Weld LH, McCarthy AE, So H, Walker PF, Stauffer W, et al. Spectrum of Illness in International Migrants Seen at GeoSentinel Clinics in 1997–2009, Part 1: US-Bound Migrants Evaluated by Comprehensive Protocol-Based Health Assessment. *Clin Infect Dis*. 2013;56(7):913–24.
 49. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. *Actualité et dossier en santé publique*. 2011 Sep;(76):43–5.
 50. Site officiel de l'administration française. Voyager en Europe. Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13605.xhtml> (consulté le 13 septembre 2015).
 51. Site officiel de l'administration française. Voyager hors Europe. Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F32833.xhtml> (consulté le 13 septembre 2015).
 52. Assurance Maladie. Carte européenne d'assurance maladie. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-vosges/en-ce-moment/carte-europeenne-d-assurance-maladie_vosges.php (consulté le 13 septembre 2015).
 53. Europ Assistance. Tout savoir sur le rapatriement sanitaire. Disponible sur : <http://www.europ-assistance.fr/fr/preparer-son-voyage/tout-savoir-sur-le-rapatriement-sanitaire> (consulté le 13 septembre 2015).
 54. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliant L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142–5.
 55. Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques en 2014. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2014/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
 56. Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques en 2015. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2015/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
 57. Drihlé V, Delmont J, Soulas G. Conseils sanitaires aux voyageurs en médecine générale. Étude des connaissances et des pratiques sur un échantillon de 100 médecins généralistes marseillais. *Éditions universitaires européennes*. 2007:77 p.
 58. Bussmann A. Conseils aux voyageurs, la pratique du recours aux sources de médecins généralistes en Lot-et-Garonne. Université de Bordeaux; 2014. 62 p.
 59. Aubry Octruc E. L'accès à l'information du médecin généraliste en consultation. Pierre et Marie Curie, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI; 2008. 112 p.
 60. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
 61. Organisation mondiale de la Santé. L'Assemblée mondiale de la Santé parvient à un accord sur la poliomyélite, le Règlement sanitaire international et le développement des soins chirurgicaux. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/wha-22-may-2015/fr/> (consulté le 13 septembre 2015).
 62. Angelin M, Evengård B, Palmgren H. Travel health advice: Benefits, compliance, and outcome. *Scand J Infect Dis*. 2014;46(6):447–53.

63. Crougns M, Remmen R, Van den Ende J. The Effect of Pre-Travel Advice on Sexual Risk Behavior Abroad: A Systematic Review. *J Travel Med.* 2014 Jan 1;21(1):45–51.
64. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Base de données publique des médicaments : MALARONE 250 mg/100 mg, comprimé pelliculé. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61638010> (consulté le 13 septembre 2015).
65. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Base de données publique des médicaments : ATOVAQUONE/PROGUANIL SANDOZ 250 mg/100 mg, comprimé pelliculé. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=61468832> (consulté le 13 septembre 2015).
66. Wieten RW, Leenstra T, Goorhuis A, van Vugt M, Grobusch MP. Health Risks of Travelers With Medical Conditions—A Retrospective Analysis. *J Travel Med.* 2012;19(2):104–10.
67. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Bon usage des médicaments antivitaminé K. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
68. Santé voyages. Voyage et AVK. Disponible sur : <http://www.astrium.com/espace-medecins/risques-et-situations/avk-et-voyages.html> (consulté le 13 septembre 2015).
69. Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'autosurveillance de l'INR chez les patients adultes traités par antivitaminés K. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-02/rapport_inr_2009-02-09_17-42-19_375.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
70. Ward A, Tompson A, Fitzmaurice D, Sutton S, Perera R, Heneghan C. Cohort study of Anticoagulation Self-Monitoring (CASM): a prospective study of its effectiveness in the community. *Br J Gen Pract.* 2015;65(636):e428–37.
71. Société Française d'Angéologie. Prévention de la TVP. Disponible sur : http://www.angiologie.fr/wp/?page_id=330 (consulté le 13 septembre 2015).
72. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA, et al. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients. *Chest.* 2012;141(2 Suppl):e195S – e226S.
73. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf> (consulté le 13 septembre 2015).
74. Ringqvist Å, Bech P, Glenthøj B, Petersen E. Acute and long-term psychiatric side effects of mefloquine: a follow-up on Danish adverse event reports. *Travel Med Infect Dis.* 2015;13(1):80–8.
75. Jacomet C, Cormerais L, Peyrol F, Guiguet M, Simon A, Berland P, et al. Parcours de soins des personnes vivant avec le VIH et suivies à l'hôpital en 2012. 2014;(24-25):422–8.
76. Bühler S, Eperon G, Ribic C, Kyburz D, van Gompel F, Visser LG, et al. Vaccination recommendations for adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14159.
77. Rat A-C, Henegariu V, Boissier M-C. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum.* (71):350–8.
78. McCarthy AE, Weld LH, Barnett ED, So H, Coyle C, Greenaway C, et al. Spectrum of Illness in International Migrants Seen at GeoSentinel Clinics in 1997–

- 2009, Part 2: Migrants Resettled Internationally and Evaluated for Specific Health Concerns. *Clin Infect Dis*. 2013;56(7):925–33.
79. Heywood AE, Forssman BL, Seale H, MacIntyre CR, Zwar N. General Practitioners' Perception of Risk for Travelers Visiting Friends and Relatives. *J Travel Med*. 2015.
80. Semenza JC. Prototype Early Warning Systems for Vector-Borne Diseases in Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):6333–51.
81. Santé voyages. Voyages aériens : contre-indications. Disponible sur : <http://www.astrium.com/espace-medecins/risques-et-situations/voyages-aeriens-contre-indications.html> (consulté le 13 septembre 2015).
82. Académie nationale de médecine. Santé des voyageurs sur des vols aériens de longue durée. Rôle du médecin traitant. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/publication100036186/> (consulté le 13 septembre 2015).
83. Kantele A, Lääveri T, Mero S, Vilkkumäki K, Pakkanen SH, Ollgren J, et al. Antimicrobials Increase Travelers' Risk of Colonization by Extended-Spectrum Betalactamase-Producing Enterobacteriaceae. *Clin Infect Dis*. 2015;60(6):837–46.
84. Martinez-Sandoval F, Ericsson CD, Jiang Z-D, Okhuysen PC, Romero JHMM, Hernandez N, et al. Prevention of travelers' diarrhea with rifaximin in US travelers to Mexico. *J Travel Med*. 2010;17(2):111–7.
85. Cailhol J, Bouchaud O. Turista: travelers' diarrhea. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2007;36(4 Pt 2):717–22.
86. Baldi F, Bianco MA, Nardone G, Pilotto A, Zamparo E. Focus on acute diarrhoeal disease. *World J Gastroenterol WJG*. 2009;15(27):3341–8.
87. Piotte E, Bellanger A-P, Piton G, Millon L, Marguet P. Pre-travel Consultation: Evaluation of Primary Care Physician Practice in the Franche-Comté Region. *J Travel Med*. 2013;20(4):221–7.
88. Huneau K. Conseil aux voyageurs : étude des représentations et du vécu des médecins généralistes de Loire-Atlantique par la méthode du focus group. Université de Nantes; 2008. 150 p.
89. Piccoli S. Attitudes et connaissances des médecins généralistes sur le paludisme en France. *Médecine Mal Infect*. 1999;29, Supplement 3:S282–5.
90. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les emplois du temps des médecins généralistes. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf> (consulté le 13 septembre 2015).
91. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Adapter la consultation aux besoins actuels : durée ou style ? Disponible sur : http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/582_Duree_de_la_consultation.pdf (consulté le 13 septembre 2015).
92. Popelier A, Duhot D, Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? *Exercer*. 2008;(80):56–7.
93. Sustersic M, Meneau A. Élaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Université de Grenoble; 2007. 235 p.
94. Morin E. Évaluation des besoins de formation des médecins généralistes en médecine des voyages. proposition d'un module de formation spécifique. Université de Nantes; 2011. 57 p

Auteur : Hélène JESUS.

Titre : Analyse qualitative de la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes de Haute-Normandie.

Résumé :

Introduction : En 2014, environ 1,1 milliard d'individus a voyagé dans le monde entier. Devant l'augmentation du nombre de voyageurs et de voyages, une discipline est en pleine émergence : la médecine des voyages. Le médecin généraliste a toute sa place dans cette nouvelle spécialité. Son rôle de coordinateur des soins et sa mission de prévention en font un intervenant privilégié. L'objectif de ce travail est d'étudier la prise en charge des patients voyageurs avant leur départ à l'étranger par les médecins généralistes de Haute-Normandie.

Méthode : Cette étude qualitative était basée sur des entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de quinze médecins généralistes de Haute-Normandie entre mars 2015 et avril 2015. Les caractéristiques des médecins interrogés étaient recueillies dans la première partie des entretiens. La deuxième partie s'intéressait à la consultation avant le départ. Enfin la dernière partie était consacrée au rapport qu'avaient les médecins généralistes avec la médecine des voyages.

Résultats et discussion : Les principaux risques et les principales règles de prévention et de vaccination étaient connues par les médecins généralistes interrogés. Cependant une sous-estimation de certains risques évitables était constatée. Les médecins généralistes portaient une attention particulière sur les voyageurs souffrant de pathologie chronique. Des outils tels que des supports numériques étaient utilisés par les médecins au cours de ces consultations. Le recours à un avis spécialisé auprès des CVI était aussi mentionné. La plupart des médecins soulevaient une problématique majeure : la rareté de ces consultations pré-voyage. La formation en médecine des voyages était considérée comme insuffisante voire inexistante par les médecins généralistes interrogés.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence la complexité des consultations pré-voyage, le rôle central des médecins généralistes dans la préparation d'un départ à l'étranger mais également le manque de formation dans ce domaine.

Mots Clés : Médecins généralistes, médecine des voyages, conseils, prévention, prise en charge, centre de vaccinations internationales, risques.

Thèse : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2015

Adresse U.F.R : Faculté de médecine et de pharmacie - 22 Bd Gambetta – 76000 ROUEN