



**HAL**  
open science

# La consultation du voyageur en médecine générale : vécu et pratiques de prévention des médecins généralistes isariens

Mathilde Tonnelier

## ► To cite this version:

Mathilde Tonnelier. La consultation du voyageur en médecine générale : vécu et pratiques de prévention des médecins généralistes isariens. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01768834

**HAL Id: dumas-01768834**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01768834>**

Submitted on 17 Apr 2018

**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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2017

N° 2017-17

**LA CONSULTATION DU VOYAGEUR EN MEDECINE GENERALE :  
vécu et pratiques de prévention des médecins généralistes Isariens.**

**THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
LE 22 MARS 2017**

PAR

**Mathilde TONNELIER**

**PRESIDENT DU JURY :** Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

**JUGES :** Madame le Professeur Anne TOTET  
Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN  
Monsieur le Professeur Johann PELTIER

**DIRECTRICE DE THESE :** Madame le Docteur Flore ISARD



*A mon président du jury,*

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Merci d'avoir accepté de présider cette thèse, vous me faites l'immense honneur de juger mon travail.*

*Un merci tout particulier pour le soutien que vous m'avez apporté pour mener à bien mon projet professionnel. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma considération.*



*A ma juge,*

Madame le Professeur Anne TOTET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Parasitologie et mycologie)

Chef de service du laboratoire de Parasitologie et Mycologie médicales

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Merci d'avoir accepté de juger mon travail, soyez assurée de mon profond respect.*

*Je vous remercie pour votre soutien dans mes projets futurs. Vous avez toute ma reconnaissance.*



*A ma juge,*

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations

*Recevez mes remerciements sincères pour avoir accepté de juger ma thèse et pour votre soutien dans le domaine professionnel.*

*Soyez assurée de toute ma reconnaissance.*



*A mon juge,*

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

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

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



*A ma directrice de thèse,*

Madame le Docteur Flore ISARD

Praticien hospitalier contractuel

(Médecine générale)

Service maladies infectieuses et tropicales

*Merci de t'être spontanément proposée pour diriger ma thèse.*

*Tes conseils, ta disponibilité et ta rigueur m'ont permis d'aboutir ce travail comme il se doit.*

*Tu m'as guidée avec professionnalisme et patience, et je te remercie sincèrement pour cela.*

## REMERCIEMENTS

A mes parents, aucun mot ne pourra décrire l'amour inconditionnel que je vous porte. Vous m'avez permis de me construire et m'avez soutenue (dans tous les domaines !) pendant mes très longues années d'études. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Personne ne peut espérer meilleurs parents que vous.

A ma sœur et mon frère, que j'aime infiniment. Les moments que l'on partage ensemble sont trop rares... Et à Adèle, ma nièce préférée !

A ma grande famille et tout particulièrement à mes tantes Régine et Hélène, et à mes cousines Alice et Marjolaine, qui comptent énormément pour moi et qui me sont très chères.

A ma grand-mère Denise, qui j'espère se souviendra de ce moment important... Tu restes une Mémé formidable.

A Ghizlane (prononcez Rizlaine, merci pour elle) alias « Biche »: tu es comme une sœur pour moi. Tu m'as apporté tellement de choses... Je bénis ce jour où tu as accepté de carrer ta P1 avec moi ! A tous nos moments inoubliables en stage, à la BU (surtout les mémorables pauses café), au CROUS, et partout ailleurs... Tu es mon Hardy !

Et à Nadir bien évidemment. Merci de me supporter quasi quotidiennement depuis tant d'années. A tes plans ABOUB et à ta gentillesse.

A Inès, Tata te kiffe !

A Fatima et Lakbir, mes parents adoptifs. J'espère vous rendre fiers ! Merci pour votre bienveillance et votre sympathie.

A Poulpy, merci de m'avoir soutenue (presque sans broncher) pendant l'ECN, la thèse, et mon parcours un peu chaotique (ça t'a rendu plus fort je le sais ^^). A cette fameuse soirée où je t'ai rencontré, et à tout ce qui nous attend ! Sache que je t'aime, malgré tes chinoiseries.

A Héloïse: God save the Queen (of Zotero) !



Aux BFF, partis trop loin à cause de l'ECN :

A Déborah, mon gros TDB love, qui j'espère reviendra vite dans la région. Tu me manques énormément (et ton rire aussi !!). Les beaux blacks ne sont pas à Strasbourg !

A Sabby, pour nos débats sur la vie, l'amour, la médecine, la politique et la dernière collection Sandro. J'aime ta folie.

A ma crêpe Elodie, à cette complicité qui nous unit et à ton petit cœur d'artichaut. Viens vite à Creil !

A Agathe, à tous nos moments de folie passés et futurs, j'espère que la distance ne détruira jamais notre relation.

A Ilyass et Zulaid, les amis comme vous sont rares et précieux. J'espère que les moments partagés ensemble seront plus nombreux à l'avenir.

A Lucile et Batou, aux sous-colles de D4, à nos voyages passés et futurs, j'espère vous revoir vite, et visiter Rennes pour une fois.

A Bruno, pour l'ami sincère et fidèle que tu es (bon ok, tu n'es pas parti loin, mais tu as choisi Santé Publique, c'est un monde à part !). A tes siestes à la BU et aux bons moments passés ensemble. Love.

A Sarah (et Romane), mon amie la plus fidèle. Je suis heureuse de te voir comblée.

A Marine, pour ton soutien indéfectible, ton intégrité et ta manière de tout résoudre avec une bonne bouteille de vin.

A mes amies pharmaciennes, Alix et Marion, la même galère vous guette !! Vivement le Zazou pour fêter ça !

A Jilal et à toutes les crêpes que tu m'as obligé à te préparer, pendant mon externat et mon internat, j'attends mon tour !

A Ramatou, best gynéco ever. Félicitations pour ton mariage ! Au boulot maintenant !

A Abdelkarim, on te voit plus aux soirées ! ☺

A Claire et Cédric. Un immense merci pour m'avoir permis d'en arriver là où j'en suis aujourd'hui. Merci de m'avoir épaulée, conseillée et consolée. Je suis très reconnaissante de



la bienveillance, de la gentillesse et de la disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard. J'accepte de garder Izi, et de vous approvisionner en chocolat pour les quinze prochaines années en compensation.

Aux coexternes et cointernes qui ont croisé ma route, et qui ont rendu les jours moins longs. Mention spéciale à Vandorpe, ne change pas ma poule! Mais aussi à Dubdub, Much, Aline, Leturque (Antoine de son prénom) et à Baptiste et Amaury, les FFI de l'extrême.

A Yves, pour ton sympathique et précieux apprentissage au cours de mon semestre à Compiègne, qui m'a confortée dans mon envie de faire de l'infectiologie. Merci énormément de ton soutien dans mon projet professionnel, sans lequel rien n'aurait été possible.

A Carlo, merci pour ta formation et tes digressions improbables lors des visites. Ça va me manquer...

A Céline et Sabrina, ainsi qu'à Corina, j'ai vraiment apprécié les moments passés avec vous.

A toute l'équipe paramédicale du service de pneumo-infectio du CH de Beauvais.

A Pelin, Aurélie, Henri, Patrick et Joseph, ainsi qu'à Brigitte et toute l'équipe infirmière, aide-soignante et ASH du service endoc-néphro du CH de Beauvais. Malgré ce semestre chaotique vous avez fait preuve d'une grande compréhension et d'une grande attention à mon égard, et je vous remercie pour ça.

A Laetitia, pour ta gentillesse, ton humanité et tes câlins pendant les abominables gardes aux urgences.

A Annie et à Luc, qui m'ont réconciliée avec la médecine libérale. Merci pour vos conseils, votre encadrement et votre disponibilité. Travailler à vos côtés a été un réel plaisir.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à mon travail de thèse avec enthousiasme.

A Marie-Claire et à Marcel qui me manquent.



## LISTE DES ABREVIATIONS

- BAR** : Bureau d'Aide à la Recherche
- BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- CVI** : Centre de Vaccinations Internationales
- DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DU** : Diplôme Universitaire
- EPU** : Enseignement Post Universitaire
- FMC** : Formation Médicale Continue
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- INPES**: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- MG** : Médecin Généraliste
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- OMT** : Organisation Mondiale du Tourisme
- SPILF** : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VFR** : Visiting Friends and Relatives

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>23</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>26</b>
A) <u>Choix de la méthode</u>	26
B) <u>Population étudiée et constitution de l'échantillon</u>	26
C) <u>Méthode de recrutement</u>	26
D) <u>Elaboration du guide d'entretien</u>	27
E) <u>Déroulement des entretiens</u>	27
F) <u>Analyse des données</u>	27
G) <u>Bibliographie</u>	28
<b>RESULTATS</b>	<b>29</b>
A) <u>Caractéristiques de la population étudiée</u>	29
<b>1- Données générales</b>	29
<b>2- Date d'installation</b>	29
<b>3- Répartition géographique</b>	29
<b>4- Formation et participation à l'enseignement</b>	29
B) <u>Les entretiens</u>	30
C) <u>Contenu des entretiens</u>	30
<b>1- Place de la consultation du voyage en médecine générale</b>	30
a) Nombre de consultations	30
b) Evolution de ce type de consultation	30
c) Consultation dédiée	31
d) Le délai de consultation	32
<b>2- Caractéristiques des voyageurs</b>	32
a) Catégories de voyageurs	32
b) Type de voyages	33
<b>3- Les attentes exprimées des patients</b>	34
a) Les conseils	34
b) Les médicaments	35
<b>4- Evaluation des risques par le médecin généraliste</b>	36
a) En fonction de la destination	36

b)	En fonction de la durée du séjour	37
c)	En fonction du type de séjour	37
d)	En fonction du patient lui-même	37
<b>5-</b>	<b>L'information médicale</b>	<b>38</b>
a)	Lutte anti vectorielle	38
b)	Infections sexuellement transmissibles	39
c)	Autres infections bactériennes et parasitaires	39
d)	Epidémies et endémies en cours	40
e)	Mesures hygiéno-diététiques et conseils généraux	40
f)	Vaccination	41
g)	Conduite à tenir en cas de maladie sur place	41
-	Automédication « dirigée »	41
-	Consignes de consultation	42
h)	Populations particulières	43
-	Les patients avec une pathologie chronique	43
-	Les enfants	44
<b>6-</b>	<b>L'information non médicale</b>	<b>44</b>
a)	Formalités administratives	44
b)	Us et coutumes	44
c)	Sécurité	44
d)	Responsabilité	45
e)	Conditions sanitaires sur place	45
f)	Divers	45
<b>7-</b>	<b>Elaboration du contenu de l'information médicale</b>	<b>45</b>
a)	Les sources d'informations utilisées par les MG	45
b)	Motifs de recours aux informations	46
c)	Restitution des informations aux patients	48
<b>8-</b>	<b>Prescriptions</b>	<b>48</b>
a)	Prophylaxie palustre	48
b)	Pour la trousse de secours	49
c)	Vaccins	50
d)	Sérologies	50
e)	Autres	50

<b>9- La formation du MG</b>	51
a) La formation initiale	51
b) La formation continue	51
<b>10- Les MG et la médecine du voyage</b>	52
a) Vécu de la consultation du voyageur par le MG	52
- Les difficultés rencontrées	52
- L'aisance des MG	53
b) Motifs d'orientation en consultation spécialisée	54
- Consultation de médecine du voyage	54
- Autres consultations de spécialités	55
<b>11- Propositions d'amélioration</b>	55
<b>DISCUSSION</b>	<b>57</b>
A) <u>La méthode qualitative : intérêts et limites</u>	57
<b>1- Intérêts</b>	57
a) La méthode elle-même	57
b) Justification de l'étude	57
c) L'échantillonnage	57
d) Les entretiens	58
<b>2- Biais et limites</b>	58
a) Liés à la méthode de recrutement des MG	58
b) Liés au script d'entretien	59
c) Liés à l'interviewé	59
d) Liés à l'intervieweur	59
e) Liés au rapport intervieweur-interviewé	60
f) Analyse des données	60
B) <u>Analyse des résultats</u>	61
<b>1- Place de la consultation du voyageur</b>	61
<b>2- Evaluation des risques</b>	62
<b>3- Les informations délivrées aux patients</b>	65
a) L'information médicale	65
- Le paludisme	65
- Mesures d'hygiène	66
- La vaccination	66

- La constitution de la trousse de secours	67
- Les autres informations médicales	68
b) L'information non médicale	68
<b>4- Vécu des MG</b>	<b>69</b>
C) <u>Perspectives d'amélioration</u>	71
<b>1- Améliorer la formation des MG en médecine du voyage</b>	<b>72</b>
a) La formation initiale	72
b) La formation continue	72
<b>2- Améliorer la communication avec le patient pour favoriser l'observance</b>	<b>73</b>
<b>3- Implication du pharmacien dans le conseil aux voyageurs</b>	<b>74</b>
<b>4- Faciliter l'accès à des informations actualisées</b>	<b>75</b>
<b>5- Favoriser le recours aux supports papiers</b>	<b>75</b>
<b>6- Anticiper le voyage</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>84</b>
<u><b>Annexe 1</b></u> : Texte de démarchage téléphonique	84
<u><b>Annexe 2</b></u> : Script d'entretien	85
<u><b>Annexe 3</b></u> : Entretiens auprès des médecins généralistes (Verbatim sur CD)	

## INTRODUCTION

Les voyages sont depuis plusieurs décennies en perpétuelle augmentation, et ce malgré les difficultés économiques et la situation géopolitique dans le monde. Les arrivées de touristes internationaux ont grimpé de 25 millions dans le monde en 1950, à 278 millions en 1980, puis à 674 millions en 2000, pour atteindre 1 milliard 186 millions en 2015.

2015 est pour le tourisme international, la sixième année consécutive de croissance supérieure à la moyenne depuis 2009 (+ 4,6%, soit 52 millions d'arrivées de touristes internationaux de plus que l'année précédente).

L'Organisation Mondiale du Tourisme (OMT) prévoit d'ici 2030, 1 milliard 800 millions de voyageurs par an. Selon ces prévisions, 57% des arrivées de touristes en 2030 concerneront des pays en développement (contre 30% en 1980) [1].

En 2015, l'Europe était la région la plus visitée avec un total de 608 millions d'arrivées de touristes internationaux (soit 51% du total mondial), suivie de l'Asie-Pacifique (279 millions d'arrivées de touristes internationaux, avec une croissance plus importante pour l'Asie du Sud Est et l'Océanie). Les Amériques totalisaient 193 millions d'arrivées pour cette même année, l'Afrique 53,5 millions dont 35,4 millions en Afrique Sub-saharienne et le Moyen-Orient 53 millions d'arrivées de touristes internationaux [1].

Les derniers chiffres communiqués par l'OMT montrent que l'Asie-Pacifique, est la région du monde ayant connu la plus forte hausse des arrivées internationales, au cours de la période allant de janvier à septembre 2016 (+9,3%). L'Afrique enregistre aussi une forte augmentation (+8,4%, principalement dans les destinations Sub-sahariennes), comme les Amériques (+4,4%) notamment l'Amérique du Sud et l'Amérique Centrale [2].

Dans l'Hexagone, 74,8% des Français âgés de 15 ans ou plus, partent en voyage. Cela correspond à 198 millions de voyages, dont 23,8 millions hors France métropolitaine (18.6 millions en Europe, 1.6 million en Afrique, 1.7 million en Amérique et 1.3 million en Asie et Océanie) [3].

Au cours de leurs séjours, les voyageurs s'exposent à différents risques : sanitaires, infectieux, mais aussi à des risques plus cosmopolites. Ainsi le taux de voyageurs malades varie de 15 à

64% selon les études internationales, en fonction du type de voyageurs, des destinations et des conditions de séjour [4,5].

L'enquête Nicolle, réalisée en France par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2006, sur les déplacements à l'étranger et les risques infectieux, a étudié les problèmes de santé les plus fréquents au cours d'un voyage. Il s'agissait des diarrhées (45,3 %), des nausées et vomissements (9,7 %) et des affections respiratoires et oto-rhino-laryngologiques (18,8 %). 9,7% des voyageurs interrogés rapportaient des problèmes de santé au cours du séjour ou au retour. Les jeunes de 18 à 24 ans étaient les plus concernés. Par ailleurs, plus d'une personne sur dix rapportait des problèmes de santé non infectieux (allergie, déprime, stress, blessures, entorses,...) [6].

Même si les maladies typiquement tropicales craintes à la fois par le voyageur [7] et le médecin sont relativement rares, voire très rares, elles doivent cependant être prévenues, connues et reconnues à temps, en raison de leur potentiel de létalité et de leur transmission. Pour mémoire, le risque de paludisme est de 0,5 à 3 % par mois d'exposition en Afrique Subsaharienne et mille fois plus faible en Asie et Amérique tropicale. Celui de la typhoïde est globalement de l'ordre de 1/100 000, et celui de la méningite épidémique, de l'encéphalite japonaise ou du choléra de l'ordre de 1/1 000 000.

De plus, il est intéressant de noter que les premières causes de mortalité et de rapatriement sanitaire ne sont pas d'étiologie infectieuse, mais sont majoritairement liés à la traumatologie (accidents de la circulation et du sport) ou les accidents neuro- ou cardiovasculaires [8].

L'ensemble de ces pathologies peut être prévenu grâce à l'information du voyageur, l'explication de règles hygiéno-diététiques, la vaccination, la prescription d'une chimioprophylaxie adaptée ou encore la constitution d'une trousse médicale de voyage [9,10].

Bien que la médecine du voyage soit une discipline médicale à part entière, les consultations du voyageur sont réalisées en majorité par le médecin traitant qui est le premier recours en soins primaires.

Parmi les voyageurs ayant recherché des conseils avant un départ à l'étranger, le Médecin Généraliste (MG) arrive en tête des sources d'informations, allant de 57,4% à 70,5% selon

les études. Les autres sources d'informations citées par les patients sont les Centres de Vaccinations Internationales (CVI) et les consultations spécialisées, la famille et les amis, internet et les agences de voyages [6,11–13].

La consultation du voyageur est une consultation dense et exhaustive, qui permet de dispenser des conseils de prévention individuelle et collective [14], notamment pour éviter l'importation de pathologies inexistantes dans le pays d'origine, comme cela a déjà pu arriver [15,16]. Son but est donc avant tout préventif.

Selon une étude Française réalisée en 2006, 13 % des touristes partant à l'étranger ont entre 15 et 24 ans, 16 % ont entre 25 et 34 ans, 25 % entre 35 et 49 ans, et 46 % ont plus de 50 ans [17].

Les voyageurs avec des pathologies chroniques, ou les enfants en bas âge représentent une quantité non négligeable de voyageurs. En effet, dans une autre étude réalisée à Marseille en 2012, 11% des voyageurs internationaux étaient atteints d'une pathologie chronique, et 13% de cette population avaient moins de 15 ans [18].

Les conseils aux voyageurs doivent donc être adaptés au profil du patient (personnes âgées, femmes enceintes, migrants,...), au pays visité, conditions (voyage organisé, sac à dos, voyage professionnel, voyage familial) ainsi qu'à la durée du voyage.

Face au nombre sans cesse grandissant de touristes, le MG va donc être amené à être de plus en plus confronté à ce type de consultation et doit donc s'emparer de cet acte de prévention.

Devant le peu d'études récentes présentes dans la littérature, nous avons souhaité connaître le vécu et les pratiques préventives du médecin généraliste à ce sujet. Cela pourrait permettre d'identifier leurs besoins et leurs difficultés et ainsi de proposer des pistes d'amélioration de la formation du médecin généraliste dans ce domaine.

## MATERIEL ET METHODES

### **A) Choix de la méthode**

Il s'agit d'une étude qualitative.

Ce type d'étude est particulièrement adaptée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et difficiles à mesurer objectivement ou non quantifiables [19]. Cette méthode est utilisée depuis plusieurs années dans la recherche en médecine générale, et est particulièrement adaptée à l'étude des phénomènes sociaux et humains. Elle permet d'étudier et de comprendre les sujets dans leur environnement, de considérer le contexte et le ressenti. Elle ne sert pas à mesurer ou à quantifier. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Les retombées peuvent être très concrètes notamment pour les aspects relationnels aux soins.

### **B) Population étudiée et constitution de l'échantillon**

La population ciblée était des médecins généralistes installés dans l'Oise, à l'exclusion des médecins remplaçants.

Le recrutement a été fait sur la totalité du département, en ciblant à la fois les zones urbaines et rurales, ainsi que les zones à faible, moyenne ou forte densité de MG libéraux.

L'échantillon était volontairement hétérogène, afin d'avoir une diversification des données la plus importante possible. En effet, le but de l'échantillonnage théorique est de recruter des participants qui fassent ressortir des divergences qui existent au sein de la population générale [20,21].

Il n'y a pas de règle pour la taille de l'échantillon en recherche qualitative. La sélection des MG doit se poursuivre jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

### **C) Méthode de recrutement**

Le recrutement s'est effectué en deux phases.

Premièrement la sélection des participants s'est faite via l'annuaire des professionnels sur internet (les Pages Jaunes). Chaque page fait apparaître les coordonnées de dix médecins généralistes, avec leur répartition géographique sur une carte attenante.

Les MG ont été sélectionnés de manière à couvrir l'ensemble du département.

Ensuite le démarchage s'est fait par téléphone, selon un script préalablement écrit (cf. Annexe 1). Nous demandions aux MG s'ils étaient disponibles pour un entretien physique, semi-

dirigé, de moins de dix minutes, anonyme, dans le cadre d'un travail de thèse.

Suite à de nombreux refus au début du recrutement il a parfois été nécessaire de donner le thème général du sujet : la consultation du voyageur.

#### **D) Elaboration du guide d'entretien**

Il y a eu plusieurs ébauches du guide d'entretien avant d'obtenir la version finale (Annexe 2).

Les premières questions avaient pour but de caractériser la population interrogée (âge, sexe, milieu d'exercice, date d'installation, participation à des Formations Médicales Continues (FMC), à des congrès ou des Enseignements Post Universitaire (EPU)).

Les sept autres questions suivantes étaient des questions ouvertes qui permettaient de recueillir le ressenti et les pratiques préventives du MG dans le cadre de la consultation du voyageur.

Des relances étaient prévues si nécessaire.

Le guide d'entretien a été testé initialement auprès d'une maître de stage de Médecine Générale, volontaire, sur le temps imparti à un créneau de consultation. Cela a permis de chronométrer la durée de l'entretien, et de s'assurer du bon enchaînement des questions.

La formulation définitive a donc été validée et les entretiens ont pu commencer.

#### **E) Déroulement des entretiens**

Il s'agissait d'entretiens semi dirigés qui ont été enregistrés sur le smartphone de l'enquêteur via l'application Enregistreur de Voix Facile.

Les entretiens se sont déroulés au cabinet du MG interrogé, de manière individuelle, avec l'aide du guide d'entretien préalablement établi, sur un créneau de consultation pour coïncider au mieux à la réalité de leur pratique.

Ils débutaient par une brève présentation de l'étude, en expliquant qu'ils étaient enregistrés, mais que les entretiens restaient anonymes.

L'ordre des questions a toujours été le même au cours des entretiens.

#### **F) Analyse des données**

Les entretiens ont tout d'abord été anonymisés, en attribuant un numéro à chaque MG par ordre chronologique de leurs réalisations.

Puis ils ont été intégralement retranscrits mot à mot sur le logiciel Word 2007, à partir des enregistrements.

Les silences, soupirs, rires ont été matérialisés. La transcription a été la plus fidèle possible en conservant les fautes de syntaxe et les erreurs grammaticales.

Les fichiers Word ont été codés manuellement selon la méthode de la théorisation ancrée [22].

Une première lecture « transversale » des entretiens permettait de se familiariser avec le contenu des interviews. Cela a permis de réaliser une première organisation des données, en annotant, en soulignant les expressions marquantes, et en émettant des hypothèses permettant ainsi la codification. Les entretiens ont été codés phrase par phrase puis réarrangés en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux.

Ensuite, une lecture « interprétative » des résultats a été menée. Elle a permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées en première lecture.

Le travail d'interprétation a consisté à détacher progressivement les hypothèses des entretiens recueillis, en tenant compte chaque fois des résistances, des tactiques et des demi-vérités qui émaillent l'enquête [23].

### **G) Bibliographie**

La bibliographie a été réalisée en partie grâce du Bureau d'Aide à la Recherche (BAR), à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine d'Amiens.

Les sites utilisés étaient PubMed, les ressources en ligne sur « BIB UPJV » (revues en ligne telles que la Revue du Praticien, Exercer, Panorama du Médecin, Elsevier Masson...) et SUDOC, permettant l'accès aux thèses en ligne.

Le logiciel Zotero® a été utilisé pour la présentation et l'organisation de la bibliographie.

## RESULTATS

### **A) Caractéristiques de la population étudiée**

Au total une quarantaine de MG ont été contactés par téléphone.

Vingt-deux ont accepté d'être interviewés.

#### **1- Données générales**

L'échantillon était composé de 14 hommes (63,6%) et 8 femmes (36,4%).

L'âge moyen de l'échantillon était de 49,8 ans. Le plus jeune médecin interrogé avait 31 ans et le plus âgé 66ans.

#### **2- Date d'installation**

En moyenne les MG étaient en activité depuis 19.7 ans, avec des MG installés depuis 1 an à 38 ans.

#### **3- Répartition géographique**

Sept MG ont déclaré exercer dans une zone urbaine, dix dans une zone semi-rurale et cinq dans une zone rurale.

Parmi eux, cinq MG exerçaient dans un bassin de vie de forte densité de médecins généralistes, sept dans un bassin de vie de densité moyenne, et dix dans un bassin de vie de faible densité de médecins généralistes.

#### **4- Formation et participation à l'enseignement**

Un MG interrogé était maître de stage à la faculté de médecine d'Amiens, et accueillait des internes de MG. Un autre MG venait juste d'obtenir l'accréditation pour accueillir des étudiants de médecine de la faculté d'Amiens.

Quinze MG déclaraient participer à des FMC, mais avec une fréquence décroissante pour MG6 et MG9.

Les six autres MG ont déclaré ne pas participer à des FMC ou à des EPU. Les raisons invoquées étaient : le manque de temps (installation récente pour trois d'entre eux), le nombre trop important de kilomètres pour se rendre aux FMC et un départ à la retraite proche.

## **B) Les entretiens**

Vingt-deux entretiens ont été réalisés de septembre à décembre 2016. Vingt entretiens ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données, les deux derniers entretiens ont été réalisés pour honorer les rendez-vous pris avec les praticiens.

La durée moyenne d'un entretien était de 9 minutes et 32 secondes.

Un seul entretien a été réalisé en présence d'une tierce personne (interne), le MG interrogé étant maître de stage à la faculté de médecine d'Amiens.

Un entretien n'a pas été exploitable.

## **C) Contenu des entretiens**

### **1- Place de la consultation du voyage en médecine générale**

#### a) Nombre de consultations

Trois catégories se sont distinguées des entretiens :

- Pour huit MG, la consultation du voyageur, représentait plus de deux consultations par mois : « *Une cinquantaine d'actes par an je pense là-dessus* » MG2 - « *Cinq-six en moyenne* » MG4 - « *Trois-quatre peut-être (...) ici on n'a pas beaucoup de consultations dédiées aux voyages (...), je regrette, parce que je pense qu'il y a beaucoup plus de voyageurs que ça* » MG5.
- Pour cinq MG, ce type de consultation avait lieu entre une et deux fois par mois : « *Une ou deux pas plus* » MG3 - « *J'dirais une vingtaine dans l'année* » MG11 - « *Estimation : une !* » MG16.
- Pour sept MG cela représentait une entité peu fréquente dans leur activité : « *Sur la zone où j'habite là, moins de 5%* » MG7 - « *On est dans une région qui n'est pas excessivement riche et donc (...) ce genre de consultation est relativement peu fréquent* » MG17 - « *Entre une et cinq consultations, dans l'année !* » MG20.
- MG12 n'a pas répondu à cette question.

#### b) Evolution de ce type de consultation

Trois tendances se dégagent. Dix MG ne constataient pas d'évolution pour ce type de consultation : « *J'ai pas l'impression que ce soit plus, ni moins que (...) y'a quelques années* » MG13.

Sept MG notaient une augmentation de ce type de consultation : « *Les gens partent de plus en plus, et dans des pays de plus en plus bizarres j'dirais* » MG2 - « *Y'a de plus en plus de gens* »

*qui partent en vacances » MG15. MG9 constatait aussi cette croissance, notamment « plus pour les enfants ».*

MG10 a noté une diminution de ces consultations: *« probablement que ça diminue parce qu'ils ont accès à des renseignements internet(...) assez fiables, (...) alors qu'on était la référence il y a une trentaine d'années » MG10.*

Deux autres MG (MG1 et MG12) notaient également une tendance à la diminution, mais uniquement pour l'année 2016: *« Y'a quand même beaucoup de gens qui voyagent, mais je trouve que c'est en diminution cette année » MG1.*

MG6 n'a pas répondu à cette question.

### c) Consultation dédiée

Huit MG souhaitaient une consultation dédiée à la médecine du voyage : *« Je fais des consultations dédiées pour ça (...) ils le savent, ils viennent que pour ça » MG2 - « Consultation (...) spécifique (...) au départ du voyage » MG9.*

Quatre MG précisait que, selon la destination du voyage ou le nombre de demandes, les conseils aux voyageurs étaient parfois dispensés au cours d'une consultation pour un autre motif : *« Si c'est hors d'Europe et hors Etats-Unis, Canada, une consultation dédiée oui » MG4 - « Si y'a pas d'anti paludéen à mettre, enfin si c'est une zone qu'est pas à risque, souvent c'est fait avec une autre consultation » MG19 - « ça va dépendre du type de voyage. Si on parle d'un truc pas très compliqué, à la fin d'une consultation, j'veux dire ok. Si c'est un lieu complexe (...) je leur propose de revenir pour une consultation dédiée » MG10 - « ça dépend du nombre de demandes pendant la consultation (...) sinon je les fais revenir pour ça » MG8.*

Huit MG interrogés sur vingt-deux ne souhaitaient pas de consultation dédiée et déclaraient traiter les demandes des patients au cours d'une consultation pour un renouvellement ou autre : *« C'est rarement une consultation dédiée. Ça, c'est dans l'idéal, mais dans les faits c'est pas possible » MG6 - « C'est parmi tant d'autres choses » MG22 - « Les gens viennent bien souvent pour un autre motif de consultation » MG11.*

MG3 n'a pas répondu à cette question.

d) Délai de consultation

Cinq MG déclaraient avoir deux catégories de patients : ceux consultant à la dernière minute et ceux qui anticipaient leur voyage : « *Quand c'est des voyages programmés, généralement les gens consultent au moins un mois et demi, deux mois à l'avance (...), et puis sinon, bah, on a toujours des retardataires quoi, qui consultent quinze jours à l'avance* » MG4.

Six MG notifiaient que leurs patients consultaient dans un délai très réduit avant le départ : « *Quelques jours avant le départ* » MG1 - « *Au dernier moment* » MG3.

La population immigrée était désignée par cinq MG comme celle consultant le plus au dernier moment: « *Ils (les immigrés) viennent pour leur renouvellement généralement (...), c'est dix jours avant de partir* » MG4 - « *J'en ai eu un ce matin qui venait pour les vaccins (...), il part lundi, et il venait pour voir où il en était sur ses fièvres jaunes et compagnie* » MG 13 (soit quatre jours avant le départ).

Pour huit MG les patients respectaient un délai de consultation considéré comme suffisant avant la date du voyage : « *Souvent assez longtemps à l'avance, parce que c'est des voyages programmés justement* » MG10 - « *Généralement c'est dans des délais acceptables (...), un ou deux mois avant le départ* » MG17.

MG16 et MG18 n'ont pas répondu à cette question.

## **2- Caractéristiques des voyageurs**

a) Catégories de voyageurs

Huit MG constataient que les patients partant en voyage étaient majoritairement des jeunes et des seniors en bonne santé, sans problèmes médicaux notables : « *J'ai pas mal de jeunes (...) et puis pas mal de retraités aussi qui voyagent* » MG4 - « *C'est souvent quand même des jeunes (...) sinon des seniors qui vont faire des voyages* » MG16 - « *Ceux qui ont des pathologies lourdes voyagent moins quand même, faut être honnête* » MG 16 - « *Globalement ceux qui voyagent, ce n'est pas ceux qui ont les plus gros problèmes* » MG2.

Pour trois MG les voyageurs étaient principalement des seniors : « *Plutôt des seniors* » MG1 - « *C'est surtout des retraités, début de retraite, qui ont pas pu voyager, et qui justement se mettent à voyager (...) parce ce qu'ils ont le temps* » MG2, tandis que pour cinq autres MG, les voyageurs étaient plutôt jeunes : « *Des adultes jeunes, disons jusque une cinquantaine*

*d'années » MG17 - « C'est des jeunes ! » MG20.*

Deux MG notaient un nombre grandissant de seniors partant en voyage : *« les seniors (...) partent de plus en plus en vacances, (...) d'abord parce que c'est eux qui ont l'argent » MG15 - « Y'a des plus en plus de seniors qui voyagent » MG5.*

Cinq MG ne rapportaient pas de distinction : *« Y'a pas vraiment de secteur particulier, d'âge, qui me consultent pour ça » MG7 - « Toutes catégories d'âge, des jeunes, des moins jeunes, des gens qui partent à l'étranger tout simplement » MG8.*

Neuf MG étaient confrontés à une population immigrée : *« C'est souvent des binationaux » MG9 - « J'ai beaucoup de patients étrangers moi, des Africains » MG 22,* tandis que quatre d'entre eux n'avaient aucun étranger dans leur patientèle, ou très peu : *« Immigrés, expatriés (...) sur le secteur y'en a pas » MG7 - « On n'a aucun étranger » MG19 - « J'en ai pas beaucoup » MG4.*

Un MG notait que la population immigrée ne consultait pas dans le cadre d'un retour au pays : *« Les immigrés ils nous consultent pas pour ça » MG 8.*

#### b) Types de voyages

Les MG identifiaient des types de voyages très variés.

Les principaux types de voyages décrits étaient:

- les voyages familiaux, le « retour au pays » des patients d'origine étrangère, cités par huit MG, pouvant durer plus d'un mois : *« C'est souvent des gens (...) qui retournent un peu voir leur famille, par exemple (...) en Tunisie » MG1 - « Dans le cadre des vacances estivales, retour au pays d'origine » MG9.*
- les voyages organisés, « touristiques » (cités par huit MG): *« Voyages de groupes organisés souvent » MG2 - « Quelques voyages organisés, mais c'est rarement (...) tropical ou exotique » MG6.* Pour deux MG, cela pouvait aussi entrer dans le cadre d'un voyage de noces : *« Le grand classique c'est le voyage de noces » MG6.*
- les voyages à des fins religieuses, comme le pèlerinage à la Mecque, étaient cités par deux MG: *« On a une population ici, qui part souvent à la Mecque » MG9 - « Avant de mourir, elle veut connaître la Mecque » MG12.*
- les voyages type « trekking » ou « sac à dos » étaient rapportés par quatre MG : *« Ils font du trekking à travers le monde entier, à chaque fois ils viennent me voir » MG10.*

- les voyages professionnels ou scolaires pour trois MG: « *Les hôtesse, les commandants de bord, les stew'* » MG 12 - « *J'ai l'UTC à côté de chez moi et ils font beaucoup de stages à l'étranger, en Indonésie, en Chine,...* » MG4 - « *Une hôtesse de l'air à l'international* » MG10.
- des voyages « sport extrême » étaient rapportés par deux MG notamment chez de jeunes sportifs partant faire des compétitions à l'étranger : « *J'ai des sportifs qui partaient (...) dans des courses (...) au Pérou* » MG19 - « *Ils partent pour une course (...) comme la diagonale des fous à la Réunion* » MG20.

### 3- Les attentes exprimées des patients

Les attentes exprimées par les patients dans le cadre de la consultation pré-voyage étaient nombreuses et variées, mais pouvaient être regroupées en deux grandes catégories :

#### a) Les conseils

Pour treize MG, les patients attendaient des conseils personnalisés, bien précis selon leur destination et les modalités de leur voyage : « *Ils me posent des questions bien précises (...). Ils me demandent s'ils peuvent se baigner parfois... on sait pas toujours hein !* » MG8 - « *Les voyageurs eux, sont très, très intéressés par (...) c'qu'ils vont rencontrer lors de leur voyage. (...) Ce qu'ils veulent c'est d'avoir quelques notions (...) bien, bien typées* » MG16.

Ils souhaitaient avoir des informations sur les mesures de prévention de manière générale: « *Est-ce que vous savez, est ce que vous connaissez, est ce qu'il y a des choses particulières à faire avant ?* » MG2 - « *Savoir s'il y a des précautions à prendre (...), précaution des comportements, les comportements à risques...* » MG5.

Ils cherchaient également à savoir quelles étaient les maladies sur place, leur prévention et leur prise en charge, surtout pour la diarrhée du voyageur: « *Connaître le type de maladies (...) auxquelles ils peuvent être exposés* » MG20 - « *La connaissance des maladies éventuellement locales, et de leur prévention et de leur traitement* » MG17 - « *Quelles sont les précautions d'usage ? (...) Les mesures de prévention, c'est surtout les problèmes (...) liés à la turista ou ce genre de choses. (...) C'est la question première qu'ils vous posent* » MG13.

Cinq MG expliquaient que les patients étaient de mieux en mieux informés, principalement grâce à internet ou aux agences de voyages : « *Consultation avant, souvent les gens sont*

*vachement bien informés, ils sont informés par les voyagistes la plupart du temps » MG2 - « Les gens ils vont se renseigner sur internet » MG8 - « En général, ils sont bien renseignés » MG10 - « Avec internet, ils se renseignent avant » MG12.*

Cinq MG rapportaient que certains patients avaient besoin que le MG évalue si leur état de santé était compatible avec la destination et les conditions du voyage: *« Les parents sont de plus en plus précautionneux au départ des vacances » MG9 (par rapport aux enfants) - « (Ils veulent s'assurer) que (...) rien ne leur arrivera, quelque soit ce qu'ils vont faire, rien ne leur arrivera » MG12.*

Les patients cherchaient également à vérifier la véracité des informations qu'ils avaient obtenues sur internet ou par leur agence de voyages : *« C'est souvent les voyagistes qui les envoient, mais ils ont pas du tout confiance dans ce qu'on leur dit (...) ils viennent nous voir pour ça justement, pour s'assurer qu'il y ait bien besoin ou pas de médicaments » MG2 - « Très souvent c'est eux qui viennent pour (...) confronter des informations qu'ils ont eues par internet » MG10.*

#### b) Les médicaments

La constitution d'une trousse de secours était une des demandes principales auprès des MG (16/22) : *« C'est surtout constituer la p'tite liste de pharmacie qu'ils vont avoir besoin sur place, pour anticiper les problèmes de diarrhées, anticiper les vomissements, la fièvre (...), ce genre de choses » MG18 - « Avoir la petite ordonnance qui va bien, si on est malade sur place » MG2.*

Pour MG1 il s'agissait d'avoir une quantité suffisante de médicaments avant de partir : *« Ils veulent pouvoir continuer leur traitement qu'ils ont ici ».*

Si les demandes de thérapeutiques étaient le plus souvent suggérées (*« Qu'est ce qu'il faut que j'emmène? » MG6 - « On aimerait bien avoir quelques médicaments sur place s'il se passe quelque chose » MG2*), elles étaient parfois dictées par le patient (7/22) : *« Ils viennent déjà maintenant avec leur listing ; je veux ça, je veux ça, je veux ça » MG12 - « Ils veulent toujours emmener plein de médicaments, sans intérêt d'ailleurs » MG15 - « Docteur mettez moi (...) des antibiotiques » MG16 - « Ils ont leur petite liste de courses prête de ce qu'ils ont besoin pour partir » MG18 - « l'ordonnance pour la turista » MG22.*

L'intérêt ou non d'un traitement anti paludéen était une demande qui revenait régulièrement

de la part des patients (7/22): « *Quand ils savent qu'ils vont dans un endroit où y'a une prévention pour le palu, ils font une demande aussi vis-à-vis du palu* » MG18 - « *Est-ce qu'il y a une prophylaxie anti palustre ?* » MG21.

Quinze MG indiquaient que les patients consultaient pour des informations sur la mise à jour vaccinale et les vaccinations obligatoires et/ou recommandées: « *Les vaccinations, voir si le calendrier vaccinal est à jour, s'il y a des vaccins bien particuliers à prescrire* » MG11.

#### **4- Evaluation des risques par le médecin généraliste**

Avant un départ à l'étranger, les MG déclaraient évaluer de manière exhaustive les conditions du voyage de leurs patients, afin de cibler les conseils à donner et d'évaluer les risques encourus. Quatre grands axes ressortaient :

##### **a) En fonction de la destination**

Pour douze MG il importait de connaître la ou les destinations de son patient, afin de délivrer des mesures de prévention en adéquation avec la destination: « *La première chose c'est de savoir où ils partent !* » MG7 - « *On essaye de comprendre où ils vont parce que (...) par exemple en Indonésie, les recommandations c'est complètement variable selon la région où on va* » MG4.

Ces informations leur permettaient aussi d'évaluer la pertinence ou non d'un traitement anti paludéen: « *Les différentes zones qu'ils vont explorer, est ce qu'ils vont rester en ville, est ce qu'ils vont aller dans les zones forestières (...) pour essayer d'évaluer (...) s'il faut une prévention du palu* » MG18.

Ils pouvaient aussi rechercher des informations sur les épidémies ou endémies en cours dans la région visitée : « *Les zones d'endémies, si y'a des épidémies en cours* » MG5.

Enfin, les MG s'enquerraient des vaccinations et des mesures de prévention spécifiques au pays visité : « *ça me permet d'avoir une idée de ce qui leur faut (...) comme vaccination (...) et des mesures de protection contre les maladies infectieuses dans les pays où ils doivent résider* » MG11 - « *Je vérifie (...) les dernières recommandations disponibles sur la localisation géographique en question* » MG17.

b) En fonction de la durée du séjour

Quatre MG questionnaient aussi les patients sur la durée de leur séjour, pour affiner au mieux les messages de prévention à délivrer et adapter la durée de leurs prescriptions: « *S'ils partent six mois, s'ils partent deux semaines, s'ils partent travailler pour trois ans, enfin c'est pas la même chose* » MG21.

c) En fonction du type de séjour

Pour six MG connaître les modalités du séjour du patient, aidait également à adapter leurs conseils. Cela leur permettait d'évaluer les différents risques auxquels leur patient était exposé : « *Y'a quand même une différence entre celui qui va prendre un voyage organisé « all-included », (...) où il risque pas grand-chose, à celui qui part en sac à dos (...) en Inde* » MG15 - « *Les conditions d'hygiène qu'ils prévoient aussi d'avoir (...) sur place* » MG18.

Ils pouvaient ainsi cibler les messages de prévention : « *S'ils dorment en tente (...) on insiste deux fois plus sur la protection (...) contre les moustiques* » MG21.

Cinq MG ont évoqué la possibilité que leurs patients puissent faire du tourisme sexuel : « *S'ils partent (...) vers des destinations à risques (...), notamment la Thaïlande euh, s'ils vont faire du (...) tourisme sexuel ou pas* » MG11 - « *ça peut m'arriver d'aborder les problèmes de sexualité (...) c'est pas toujours simple, (...) j'veux dire on va peut-être pas demander à quelqu'un s'il est pédophile et si c'est pour ça qu'il part à tel endroit* » MG10.

d) En fonction du patient lui-même

Quatorze MG interrogés prenaient en compte les antécédents et l'état de santé de leur patient pour adapter les messages de prévention, et ainsi pouvoir adapter la prise en charge et les prescriptions: « *S'ils sont en insuffisance rénale, en insuffisance cardiaque (...) on a un petit peur pour eux* » MG4 - « *On est (devant) un individu qui a ses problèmes médicaux et (...) donc faut pas qu'il rentre dans un truc préfabriqué* » MG12 - « *Faire confirmer tous les antécédents personnels* » MG17 - « *Voir leurs facteurs de risques particuliers, des gens qui ont déjà eu des pathologies respiratoires ou des problèmes à l'étranger, ou des problèmes cardio-vasculaires* » MG18.

Le comportement des patients était pris en compte par quatre MG, lors de cette consultation, pour adapter leur discours : « *Ce sont des voyageurs aguerris* » MG10 - « *Nos patients on les connaît (...), on connaît les gens sérieux, on sait les jeunes qui vont faire un peu n'importe*

*quoi, donc (...) la prévention, le discours va être différent » MG15 - « Je me méfie beaucoup du touriste (...) qui s'en va là-bas juste pour faire des photos et puis il fait pas attention à lui » MG16 - « Les hôtesse, le commandants de bord, les stew' (...) c'est pas la même approche (...) ils partent mais aussi ils reviennent, et on peut être confronté à plein de maladies tropicales » MG12.*

L'âge du patient était également un critère pris en compte pour cibler les conseils de prévention pour trois MG : *« Chez les jeunes c'est vrai qu'on va axer MST, (...) prévention pour le palu, (...) les personnes âgées (...) ça sera plutôt par rapport à leur pathologie chronique » MG4 - « Les retraités c'est surtout ce qui est hygiène (...) moustiques, (...) alimentation. Après chez les jeunes on rajoute surtout (...) les MST » MG19.*

A l'issue de ces constatations, les MG pouvaient émettre des réserves ou des conditions à la réalisation d'un voyage. Parfois ils pouvaient le déconseiller et/ou recommander de le décaler: *« Un patient qui a une pathologie cardiaque préoccupante, qui n'aurait pas eu de suivi (...) je demande qu'il voit le cardiologue avant de partir » MG17 - «Le diabétique insulino dépendant qui va se taper la Cordillère des Andes, c'est interdit ! » MG12 - « Une femme enceinte qui m'a consulté pour voyager (...) en zone d'endémie palustre (...) j'l'ui ai recommandé si possible de décaler son voyage » MG21.*

## **5- L'information médicale**

### **a) Lutte anti vectorielle**

Dix-sept MG disaient donner des informations sur les mesures de lutte anti vectorielle. Les principaux conseils étaient :

- la lutte contre les piqûres de moustiques (7/21) comme *« se couvrir, pas ouvrir la fenêtre à six heures du soir, à la tombée de la nuit » MG15 - « La Malarone® elle protège pas à 100% (...) c'qui protège c'est de pas se faire piquer » MG16.*
- quatre MG insistaient sur l'importance d'un traitement prophylactique bien conduit et d'une bonne observance : *« L'obligation de prendre un traitement (...) anti paludéen de prévention (...) que soit chez l'enfant ou chez l'adulte (...) c'est tellement important » MG9 - « Pour certains il faut les prendre un petit peu avant le départ pour savoir s'il le tolère bien, c'est le cas du LARIAM® » MG11 - « bien insister (...) sur le fait que la plupart faut les prendre encore en rentrant » MG2.*
- MG20 préconisait d'éviter certaines zones à risques : *« d'éviter si possible (...) des*

*zones de campagne, où y'a des eaux stagnantes » MG20.*

- neuf MG recommandaient l'utilisation de répulsifs et/ou de moustiquaires imprégnées d'insecticides: *« rôle primordial de la moustiquaire imprégnée d'insecticide » MG9 - « Utiliser les insecticides vis-à-vis des moustiques » MG20 - « des produits (...) qui sont efficaces pendant plusieurs jours » MG15. MG16 apportait un peu plus de précision : « Faut pas qu'ils achètent un anti-moustiques qu'on utilise en France, mais un anti-moustiques tropical ».*

Sept MG ont mentionné d'autres maladies vectorielles telles que la dengue, le chikungunya, ou encore le virus Zika, en insistant dans ces cas précis sur l'importance de la prévention des piqûres de moustiques : *« On peut parler du Zika, on peut parler du chikungunya (...) qui sont devenus une véritable endémie » MG20 - « le chikungunya, la dengue, tout ça, ça pique un peu partout (...) et ça pique 24 heures sur 24 ! »MG16.*

#### b) Infections sexuellement transmissibles (IST)

Sept MG ont parlé de la prévention et/ou du risque d'IST au cours de ces consultations. Trois MG ciblaient plus les patients jeunes pour ce type de prévention: *« Chez les jeunes, bah, la prévention des MST » MG15. Deux MG interrogés ont malgré tout évoqué une certaine gêne à aborder ce sujet : « Si y'a une demande, des conseils sur la sexualité, la prévention des IST (...) si c'est abordable » MG10 - « Quand ils viennent en couple, c'est un peu délicat d'en parler » MG18.*

#### c) Autres infections bactériennes ou parasitaires

Seul MG9 a abordé le risque d'infections bactériennes telles que la méningite ou les pneumopathies, au cours d'un voyage : *« Quelques conseils par rapport aux infections graves, tout ce qui est pneumopathies (...), méningites » MG9.*

Plus largement MG16 disait informer ses patients sur les pathologies de chaque pays : *« Je leur donne une indication sur chaque pays, c'qu'ils peuvent rencontrer comme pathologie ».*

Le risque de bilharziose a été cité par MG12 : *« J'dis à mes patients, si vous voyez un étang vous vous baignez pas dedans, en Afrique » MG12, et celui de l'amibiase uniquement par MG4: « prévention pour l'amibiase ».*

MG17 déconseillait à ses patients de marcher pieds nus : *« Quand on va en Afrique, pour ne pas (...) avoir de maladies parasitaires par exemple en marchant pieds nus » MG17.*

d) Epidémies et endémies en cours

Six MG déclaraient informer les voyageurs à propos des endémies ou épidémies en cours, pour leur donner des mesures de protection adéquates: « *Par exemple pour le virus Zika (...) les alertes ponctuelles sont bien notifiées et on peut prévenir le patient et puis leur donner les recommandations adaptées* » MG4.

« *Je leur donne une indication sur chaque pays (...) c'qu'ils peuvent rencontrer comme pathologie* » MG16 - « *Les épidémies en cours, (...) les endémies sur place* » MG6.

e) Mesures hygiéno-diététiques et conseils généraux

Quatorze MG ont cité des conseils pour lutter contre le péril fécal : « *lavage des mains* » MG19, « *se méfier des crudités* » MG20, « *lavage des aliments* » MG18, « *faire attention même aux glaçons* » MG15, « *éviter de consommer dans les marchés directement ou dans les bouis-bouis* » MG5, « *stérilisation de l'eau, (...) boire de l'eau encapsulée* » MG9, « *les fruits, bien les éplucher* » MG21, « *aseptiser l'eau, à des capsules des choses comme ça* » MG16 - « *J'insiste aussi beaucoup sur l'hygiène alimentaire pour éviter la turista et autres joyusetés du même acabit* » MG17.

La prévention du soleil et des brûlures était abordée par quatre MG: « *je leur dis (...) de prendre à la pharmacie tout ce qui est crème solaire* » MG21 - « *prévention du soleil ça c'est primordial* » MG15 - « *mettre un chapeau* » MG8.

La prévention de la phlébite, était citée par six MG : « *prévention de se lever en avion* » MG22 - « *Y'a la prophylaxie contention veineuse, plus ou moins anti-thrombotiques, l'héparine ou le Kardégic®* » MG6. MG15 y attachait une attention toute particulière: « *Chez les personnes qui ont (...) un mauvais état veineux, s'ils ont un vol long-courrier de douze heures (...) contention élastique obligatoire (...), parce que (...) embolie pulmonaire (...) on en voit ça !* » MG15.

La prévention des morsures d'animaux était peu évoquée (2/22): « *Vous allez dans la campagne, vous mettez des chaussures de marche. Bien fermées* » MG16 - « *Envenimation tout ça, les serpents (...) on en parle rarement* » MG19. Seul MG5 donnait des conseils de prévention contre les piqûres de punaises : « *Y'a aussi la punaise de lit dans certaines zones* » MG5.

Dix des MG interrogés évoquaient la possibilité de blessures ou de plaies au cours d'un voyage : « *Eventuellement un peu de matériel (...) pour pouvoir palier à une blessure* » MG10 - « *Un set de pansement sur soi (...) s'ils partent pour une course* » MG20.

f) Vaccination

Quinze MG expliquaient vérifier si les vaccins standards étaient à jour: « *vérification du carnet de vaccinations* » MG18 - « *mise à jour des vaccinations, j'crois que c'est déjà l'essentiel* » MG13.

Treize MG discutaient de la vaccination à réaliser selon la destination : « *S'il y a des vaccins bien particuliers à prescrire* » MG11 - « *Etre vacciné de manière adapté au voyage* » MG10.

Le vaccin contre l'hépatite A était mentionné par sept MG et celui contre l'hépatite B par quatre MG: « *L'hépatite A c'est conseillé, c'est pas forcément obligatoire* » MG5 - « *Je propose des vaccins adéquats : fièvre jaune (...), hépatite A, et ainsi de suite* » MG7 - « *S'ils savent où ils en sont de leur vaccin contre l'hépatite B. Si c'est pas le cas je leur propose* » MG11.

La vaccination contre la fièvre jaune était évoquée par quatorze MG, notamment en vue d'une possible orientation vers un centre de vaccinations internationales : « *Pour les destinations vraiment spécifiques, comme l'Afrique ou l'Inde, on demande par exemple la fièvre jaune* » - « *La fièvre jaune, c'est (...) fréquemment demandé dans les aéroports* » MG5 - « *On vérifie directement ce qui est obligatoire déjà hein... c'est souvent la fièvre jaune* » MG3.

Le vaccin contre la fièvre typhoïde était évoqué par quatre MG: « *Tout c'qui est fièvre typhoïde j'le fais pas forcément, parce que j'ai peut-être pas la formation et j'sais pas forcément quand il faut le prescrire, et évaluer le risque* » MG19 - « *La typhoïde on s'en fout un peu* » MG12 - « *Après y'a la typhoïde aussi : Typhim Vi®* » MG5.

L'indication de la vaccination anti rabique avant le départ, a été évoquée par MG10.

La vaccination pour le méningocoque était proposée dans le contexte d'un pèlerinage à la Mecque par MG9 uniquement : « *vaccination pour le ACYW135* ».

g) Conduite à tenir en cas de maladie sur place

- **Automédication « dirigée »**

Neuf MG délivraient des conseils médicaux au cours de cette consultation, notamment en cas

de diarrhée et/ou de fièvre sur place, avec très souvent des consignes d'automédication : « *Si y'a une diarrhée sanglante (...) prendre un traitement antibiotique* » MG11 - « *Quand ils restent sur place assez longtemps (...) parfois je leur conseille de prendre un traitement curatif (...) en cas de fièvre (...) pour ceux qui ont l'habitude* » MG9 (à propos du traitement anti paludéen) - « *Si vous avez (...) un peu de diarrhée, vous pouvez essayer de la soigner un petit peu, vous réhydrater* » MG16.

En cas de plaie, une conduite à tenir était donnée par trois MG: « *conditions d'hygiène élémentaires s'ils se blessent* » MG11.

#### - **Consignes de consultation**

Deux MG déconseillaient l'automédication : « *En général (...) je ne les laisse pas partir avec des antibiotiques en prévention. Je préfère qu'ils consultent sur place* » MG7 - « *Dans les voyages je leur dis de ne pas se soigner eux-mêmes. L'automédication est très dangereuse* » MG16.

Trois MG expliquaient aux patients les symptômes, justifiant une consultation rapide sur place, principalement en cas de survenue d'une diarrhée fébrile et/ou sanglante, d'une fièvre, de nausées et/ou vomissements : « *Si jamais y'avait de la fièvre et puis du sang dans les selles, là, il fallait une consultation ou qu'ils se fassent rapatrier* » MG2 - « *s'orienter vite vers un médecin sur place quand ça commence à devenir un peu compliqué (...) y'a toujours la possibilité de consulter un médecin sur place* » MG9 - « *si vous avez des vomissements, des nausées (...) ça peut être quelque chose de grave donc il faut consulter* » MG16.

Un MG donnait constamment son adresse mail professionnelle : « *Je leur laisse systématiquement mon adresse mail professionnelle (...) de façon à ce qu'ils puissent me joindre, pendant leur voyage, s'ils avaient le moindre problème de santé* » MG7.

Deux MG mentionnaient les symptômes devant amener à consulter rapidement au retour d'un voyage : « *Consultation au retour du voyage (...), qu'ils aient quand même le réflexe de (...) consulter assez vite en cas de gastroentérite persistante* » MG9 - « *Après (...) si y'a le moindre problème, vous revenez me voir* » MG12.

h) Populations particulières (patients avec une pathologie chronique et les enfants)

- **Les patients avec une pathologie chronique**

Huit MG (MG 1-4-6-10-11-15-18-22) disaient donner des recommandations plus singulières, en fonction de la pathologie concernée, chez les patients voyageurs porteurs d'une affection chronique : *« S'ils sont sous Metformine® et qu'ils sont déshydratés, y'a quelques recommandations associées »* MG4 - *« Des voyageurs qui ont des pathologies particulières, on va avoir des messages très particuliers »* MG10 - *« Savoir, si y'a des gens sous anticoagulants (...) qu'est ce qu'il faut faire s'ils se blessent au cours du voyage »* MG11 - *« Le diabétique insulino dépendant (...) on essaye de leur faire comprendre qu'il vaut mieux (...) qu'ils soient à 1,60 qu'à 0,40 grammes »* MG15.

Des informations étaient également données, concernant les traitements pris de manière régulière :

- Sur la nécessité de partir avec une quantité suffisante de médicaments (MG 1-5-10-13) : *« Ne pas oublier leur traitements habituels prescrits »* MG1 - *« Faire le plein de médicaments, s'ils ont une pathologie chronique, pour partir avec un petit mot sur l'ordonnance à délivrer pour tant de temps pour qu'ils partent avec tout leur stock »* MG10.
- Sur les modalités de prise (MG22) : *« Ceux qui prennent un traitement, à quelle heure (...) ils doivent le prendre, s'il faut décaler, pas décaler ».*
- Sur l'importance d'avoir une ordonnance du traitement habituel ou d'un document en rapport avec la pathologie, à disposition (MG 5-6-10-17-22) : *« Y'a des allergies aussi, donc bien leur rappeler de partir avec toutes les informations sur eux (...) pour leur pathologie »* MG10 - *« Que le patient il ait (...) une petite attestation pour embarquer tous ses flacons, toutes ses aiguilles, parce que maintenant (...) c'est contrôlé »* MG6 - *« emmener un double de l'ordonnance dans leurs bagages (...) ne serait-ce que pour des raisons banalement policières »* MG17.
- Sur la conformité de l'ordonnance (MG1-10-17) : *« Je vérifie c'qu'ils savent de la façon dont on peut transporter les médicaments (...) vérifier par exemple dans les anti douleurs sur certaines destinations (...) considérés comme (...) illégaux dans certains pays »* MG10 - *« Je fais des ordonnances et éventuellement je fais un duplicata en anglais (...) pour qu'ils puissent être interprétés correctement par des autorités sanitaires locales »* MG17.

## - Les enfants

Trois MG expliquaient adapter les mesures préventives et les prescriptions quand les enfants faisaient partie du voyage: « *J'parle d'abord pour les enfants du risque de déshydratation sur place (...) c'est ma priorité (...) parce que ça peut être dramatique!* » MG9 - « *C'est souvent les mamans qui demandent ce genre de choses (les répulsifs) pour leurs enfants* » MG3 - « *la solution de réhydratation (...) je la prescris systématiquement chez l'enfant de moins de deux ans* » MG9 - « *je revérifie (...) pour l'enfant, parce que les posologies enfants sont différentes* » MG11.

## 6- L'information non médicale

En dehors des informations purement médicales, la plupart des MG donnaient également quelques conseils oraux d'ordre général.

### a) Formalités administratives

Deux MG interrogés signalaient à leurs patients la possibilité de bénéficier d'un service d'assurance à l'étranger : « *Je leur fais part (...) de la possibilité de contacter Mondial Assistance® avec leur carte bancaire (...) en cas de souci, que ce soit juste une question médicale ou un problème grave de santé* » MG9 - « *appelez Mondial Assistance® (...) si vous êtes malade* » MG12.

MG16 déclarait consacrer une partie de sa consultation pour donner des renseignements sur « *l'obtention des visas* » MG16.

### b) Us et coutumes

Des conseils sur les coutumes, le comportement à adopter et l'habillement étaient énoncés par MG12 et MG16 : « *J'fais aussi une digression sur le fait de bien s'habiller. Soit par respect pour le pays, soit (...) pour ne pas attraper de maladie, des coups de soleil. (...) Le touriste en short bien rouge qui sue (...) c'est pas toujours respectueux pour certaines populations* » MG16.

« *Savoir comment un petit peu se comporter* » MG16 - « *Il faut rajouter ce qu'ils peuvent faire et ce qu'ils peuvent pas faire* » MG12.

### c) Sécurité

La sécurité du pays visité était évoquée en consultation par MG5 : « *y'a des gens qui veulent*

*se rendre dans des régions où y'a des conflits, (...) des attentats (...), donc maintenant on est obligé d'en parler en consultation du voyageur »* ainsi que les « *risques politiques* ».

Seul MG16 parlait également de « *politique, (...) sécurité, (...) climat social* ».

#### d) Responsabilité

Deux MG insistaient sur la responsabilisation de leurs patients : « *Il faut les mettre devant leurs responsabilités. C'est pas parce qu'ils partent à l'étranger qu'ils ont le droit de tout faire* » MG12 - « *Je leur dis de rester vigilant tout le long de leur séjour* » MG16.

#### e) Conditions sanitaires sur place

Quatre MG abordaient les conditions sanitaires sur place : « *savoir s'ils connaissent l'état sanitaire* » MG10 - « *niveau sanitaire (...) sur place* » MG6 - « *Qu'ils sachent quand même que l'hôpital de Bangkok, c'est l'équivalent de l'hôpital (...) Georges Pompidou à Paris* » MG9 - « *Y'a des endroits où de toute façon y'a des hôpitaux partout* » MG15.

#### f) Divers

MG9 déclarait donner des informations concernant les problèmes de pollution ou podologiques pour un pèlerinage à la Mecque: « *J leur donne quelques conseils pour tout ce qui est problème podologique (...) parce que souvent ce sont des pèlerins. Par rapport aux problèmes de pollution aussi, sur place* ». MG16 donnait des informations géographiques : « *Sur la carte, je leur montre exactement où ils vont* » MG16, et MG5 sur « *l'écologie* ».

### **7- Elaboration du contenu de l'information médicale**

#### a) Les sources d'informations utilisées par les MG

Dix-neuf MG n'éprouvaient pas de difficultés pour accéder aux informations dont ils avaient besoin : « *Je sais où aller chercher mes infos quand j'en ai besoin* » MG18 - « *Internet ça devient un peu la règle, (...) si j'cherche une notion (...) je recherche sur internet* » MG11.

Pour dix-huit MG, internet était la principale source d'informations utilisée: « *Internet(...) on trouve tout* » MG10.

Sept MG disaient consulter le site de l'Institut Pasteur: « *Je me fie au site (...) Pasteur voyages (...) c'est ma référence* » MG2.

Les sites gouvernementaux étaient utilisés par cinq MG, celui de l'Organisation Mondiale de

la Santé (OMS) par trois MG et celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) par MG19: « *Quelques fois de l'OMS quand j'ai des doutes sur l'Institut Pasteur* » MG17.

Certains MG utilisaient d'autres sites internet, tels que celui du guide du Routard® pour MG7 : « *Je vais beaucoup sur le guide du routard, qui est particulièrement bien fait au niveau des préventions* », du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse pour MG22 : « *Toulouse ils ont un site qui est pas mal, le CHU de Toulouse* », de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) pour MG21 ou encore de sites suggérés par des laboratoires médicaux pour MG1 : « *Y'a des laboratoires (...) médicaux qui proposent des sites, où je me renseigne* ».

Dix MG se documentaient également par l'intermédiaire de documents écrits comme le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) : « *bulletin épidémiologie (...) qui paraît tous les ans* » MG13 (ainsi que MG4 et MG9), des livres personnels (MG 7-9-11-12-19-21): « *des p'tits bouquins de médecine des voyages* » MG9, le Pilly (MG11-19) : « *J'ai le Pilly !* » MG11, des revues spécialisées pour MG4 et MG11 : « *régulièrement sur les magazines, avant l'été on a quand même des réactualisations* » MG4, ou des plaquettes données par des laboratoires médicaux (MG 7-15-22) : « *Pour les antipaludéens j'ai une plaquette (...) qui a été mise à jour récemment* » MG7.

Deux MG préféraient consulter une application sur leur Smartphone comme celle du Vidal Voyageur : « *Sur mon Iphone, j'ai Vidal Voyageur (...) ça me permet d'avoir une idée de ce qu'il leur faut* » MG11.

Un seul MG a cité le patient comme source d'informations : « *Si le patient me dit (...) j'suis allé voir, on m'a dit que y'avait besoin que de la Nivaquine, y'a pas besoin d'aller plus loin (...) bon il est sûr de son coup (...) j'vais pas chercher midi à quatorze heures* » MG20.

#### b) Motifs de recours aux informations

Dix-neuf MG recherchaient des informations au cours de la consultation du voyageur.

Ils avaient recours aux différentes sources d'informations pour :

- Rechercher un traitement anti paludéen adapté en fonction de la destination (11/22)

Onze MG disaient consulter une source d'informations pour rechercher le traitement anti paludéen le plus adapté en fonction de la destination : « *Pour le palu (...) je peux trouver tel*

*pays, telle région, telle ville et avoir quelque chose d'extrêmement plus fin dans mes prescriptions » MG10 - « J'y vais (...) régulièrement pour la prescription des antipaludéens, parce que ce sont des protocoles qui vont être amenés à changer » MG7 - « Selon les régions, j'cherche le (...) le traitement le plus adapté » MG3.*

*« La prophylaxie anti palu, si y'a besoin, j'ai une antisèche, j'ai un bouquin exprès avec tous les pays et c'qu'il faut donner » MG21 - « J'ai ici des tableaux (...) groupe 1, groupe 2, groupe 3 et ce qu'il faut donner » MG15.*

- Rechercher les vaccinations recommandées en fonction de la destination (6/22)

*« J'vais me renseigner sur les sites et puis (...) j'leur dis y'a (...) ça ou ça comme vaccin » MG8 - « Je regarde les recommandations sur Pasteur » MG4.*

- Répondre aux questions des patients (3/22)

*« Avec le site (...) on a vraiment tous les problèmes et les questions dont ils me parlaient » MG2 - « Le site gouvernemental (...) ça repointe un peu toutes les questions et ça permet d'en rediscuter avec les gens » MG18.*

- Obtenir des informations sur les épidémies ou les endémies en cours, les dernières recommandations dans le pays visité (6/22)

Six MG ont souligné l'évolution rapide en terme de thérapeutique et de prévention en pathologies infectieuses, justifiant d'aller consulter des sites pour mettre à jour leurs messages de prévention : *« L'infectiologie ça évolue (...) au niveau thérapeutique, (...) y'a des nouveaux virus, des nouvelles bactéries qui émergent. Donc je pense que (...) avoir un site de référence (...) c'est bien » MG4.*

*« J'refais le point (...) sur les pathologies actuellement en cours, si y'a des épidémies, des choses comme ça » MG2.*

- Des compléments d'informations de manière globale (9/22)

*« C'est tellement vague en fonction des pays (...), à moins qu'on fasse que ça de ses journées mais, (...) moi ça me paraît impossible de savoir le faire correctement sans support » MG21 - « On n'est pas des puits de science, donc on se réfère » MG12 - « Je regarde en direct si y'a des choses que j'ai oubliées de dire » MG6.*

Y compris parfois, pour des informations administratives ou politiques, sur le pays en lui-même : *« ils détaillent tout, même au niveau politique (...), obtention des visas, politique »*

MG16 - « *J'me documente (...) sur les zones du monde, l'actualité (...), les zones de conflits* »  
MG5.

c) Restitution des informations aux patients

La plupart du temps, les informations étaient données de façon orale aux patients.

Deux MG disaient remettre une information écrite à l'issue de la consultation : « *Je leur imprime des fois (...) le truc quand c'est des gens qui ont pas internet* » MG6 - « *ça m'arrive d'imprimer la page ou de leur donner les coordonnées du site internet pour qu'ils aillent voir* » MG10.

Six MG conseillaient au patient d'aller consulter des sites internet pour obtenir plus de précisions, ou d'informations à la fois médicales et générales sur le pays en question : « *Je les oriente sur le site du ministère des Affaires étrangères* » MG2 - « *ils peuvent y aller aussi eux* » MG8 - « *J leur conseille d'y aller* » MG15.

## **8- Les prescriptions**

Tous les MG déclaraient rédiger une ordonnance à l'issue de la consultation du voyageur.

a) Prophylaxie palustre

Une des prescriptions les plus citées par les MG interrogés (13/22) était celle des antipaludéens, si la destination le justifiait.

Quatre MG précisait à leur patient que ce traitement n'était pas remboursé : « *coût onéreux du traitement* » MG9 - « *En leur expliquant que c'est (...) des médicaments qui sont pas remboursés* » MG11.

Trois MG ont soulevé le problème de l'observance de ce traitement : « *La majorité des gens veulent pas le prendre (...) du fait du prix* » MG22.

A la prescription de la prophylaxie médicamenteuse anti-palustre s'ajoutait celle des répulsifs et/ou des moustiquaires (MG 3-5-6-9).

Pour un séjour prolongé, chez des patients coutumiers de ce genre de situation, un MG disait prescrire uniquement un traitement curatif en cas de fièvre, plutôt qu'un traitement préventif, onéreux sur le long terme : « *Quand ils restent sur place assez longtemps (...) ça devient tellement onéreux de prendre un traitement paludéen (...) pendant 2 mois, que parfois je leur*

*conseille de prendre un traitement curatif. S'ils ont l'habitude » MG9.*

b) Pour la trousse de secours

Quatre MG rapportaient des difficultés au moment de la rédaction de l'ordonnance notamment pour anticiper les besoins du patient, et pour juger ce qui était utile ou inutile de prescrire: « *Le problème c'est que si on veut faire un traitement complet, c'est super difficile à prévoir » MG3 - « Notre problème c'est anticiper tout. (...) C'est donner des médicaments (...) en fonction de ce qu'il risque d'arriver » MG12.*

Dans la plupart des cas il s'agissait de médicaments à visée symptomatique, tels que anti diarrhéiques (17/22), les anti émétiques (9/22), les antalgiques/antipyrétiques (14/22) parfois des antispasmodiques (4/22).

MG9 prescrivait également de la solution de réhydratation en cas de diarrhée chez l'enfant : « *je la prescris systématiquement (...) parfois chez les enfants jusque trois ans ».*

Sept MG prescrivaient des antibiotiques à débiter en cas de diarrhées : « *Selon la destination un (...) antibio type Flagyl® ou Ciflox® » MG6.*

Des conseils concernant les motifs de prise de ces antibiotiques pouvaient être associés : « *en leur expliquant en fonction des symptômes, j leur mets quand même un antibiotique notamment l'Amoxicilline (...) et puis des Macrolides si jamais ils font des diarrhées ou un syndrome dysentérique » MG21 - « avec explication du pourquoi, du comment » MG18.*

Quatre MG justifiaient leur prescription d'antibiotiques par la difficulté d'accès aux soins, ou de l'éloignement des structures de santé, ou encore des conditions sanitaires jugées précaires: « *quand ils partent dans des zones très reculées, j prescris un antibiotique » MG9 - « J'ai un patient (...) il fallait plusieurs jours pour (...) retrouver un village (...) dans ce cas-là, vaut mieux assurer ! » MG11 - « Des collyres (...) parce que bon dans des régions isolées si vous avez une conjonctivite purulente, c'est embêtant » MG5.*

MG6 et MG16 déclaraient donner des antibiotiques à prendre en cas de signes fonctionnels urinaires : « *Les dames qui font fréquemment des infections urinaires (...) on leur met un petit Monuril® » MG6 - « Une femme qui a l'habitude d'avoir des cystites (...) j leur dis bon bah emmenez une paire de Monuril®, ça vous sauvera peut-être » MG16.*

MG15 et MG21 expliquaient rédiger une ordonnance d'antibiotiques en cas de problème infectieux en général: « *Si vous faites (...) soit une grosse angine ou une infection, ça (Amoxicilline) » MG21, ou en cas « d'abcès dentaire » MG15.*

Dix MG anticipaient les risques de blessures, de plaies ou encore de piqûres d'insectes au cours du voyage et prescrivaient de quoi y pallier : « *un antiseptique local* » MG18 - « *un set de pansement, (...) compresses* » MG20 - « *traitement dermocorticoïdes palier 2 (...) pour les piqûres d'insectes, en cas vraiment de boursoufflures importantes. Pour ceux (...) sensibles aux piqûres d'insectes, d'avoir un antihistaminique avec eux* » MG9 - « *Je leur mets un tube de Fucidine® (...) si jamais y' une plaie un peu infectée, pour que vous puissiez agir tout de suite* » MG2.

Trois MG prescrivaient des anticoagulants chez les patients jugés à risques : « *plus ou moins anti thrombotiques, l'héparine ou le Kardégic®* » MG6 - « *Injection de Lovenox® avant les départs en avion* » MG5 - « *Une sous cutanée d'Innohep® (...) pendant le trajet* » MG15. L'usage de bas de contention était préconisé par MG6, MG8, MG15 et MG22.

Les autres prescriptions se faisaient en fonction du type de voyage : « *Y'a des excursions à 5000 mètres d'altitude (...) il faut prescrire une boîte de Diamox®* » MG12 - « *Toujours prendre au moins un IPP* » MG15 - « *Prendre des pastilles d'Aquatabs®* » MG9.

Les MG déclaraient aussi faire d'autres prescriptions en fonction du patient, comme par exemple les anxiolytiques pour MG6 : « *Des fois y'a un petit anxiolytique, parce que y'a des gens qui ont une peur panique de l'avion*».

#### c) Vaccins

Les MG indiquaient prescrire aussi des vaccins (8/22) : « *Y'a toujours un vaccin à faire !* » MG22 - « *Si les vaccins ne sont pas à jour, je prescris* » MG1 - « *Si il faut prescrire des vaccins, pareil, j'leur prescrirai* » MG18.

#### d) Sérologies

MG4 prescrivait des sérologies à ses patients, avant la vaccination: « *Souvent moi je fais des sérologies (...) pour voir hépatite A, hépatite B, avant de vacciner* » MG4.

#### e) Autres

Quatre MG déclaraient devoir rédiger des certificats médicaux au cours de cette consultation, principalement pour les patients avec des pathologies chroniques : « *Les gens qui ont des pathologies lourdes (...) faire des certificats éventuellement* » MG6 - « *Pour les douanes (...), les patients doivent (...) justifier du traitement donc (...) parfois des certificats* » MG6 -

« l'apnée du sommeil, leur rappeler qu'il faut un document sur soi pour prendre l'avion »  
MG10.

MG15 rédigeait des certificats pour les patients jugés à risque de thrombose veineuse profonde: « ça m'arrive de faire un certificat pour qu'ils soient (...) côté (...) couloir pour pouvoir se lever régulièrement ».

## 9- La formation du MG

### a) La formation initiale

Quatorze MG estimaient que leur formation initiale était inexistante dans le domaine de la médecine du voyage: « ça fait quand même longtemps que je l'ai reçue (...) mais autrefois, on n'était pas trop formé sur les pathologies du voyage » MG1 - « A la fac (...) on doit avoir deux cours sur la pathologie du voyageur, ça nous passe largement au-dessus » MG2 - « Nulle » MG13 - « J'ai aucune formation » M16.

Sept MG ont déclarés s'être formés tout seul à cette discipline, en raison de leur manque de formation initiale : « On se forme peu à peu aussi, en fonction des demandes des malades » MG1 - « ça a été surtout sur des FMC » MG2 - « On s'est formé nous-mêmes » MG12.

Sept MG disaient avoir une bonne formation dans cette discipline : « J pense que c'était bien (...) C'est le Professeur SCHMIT à l'époque » MG19.

### b) La formation continue

MG20 rapportait des difficultés d'accès aux Formations Médicales Continues (FMC) : « obligé (...) de se déplacer à (...) 90 kilomètres d'ici ».

Cinq MG indiquaient se servir de leur vécu et de leur expérience de voyageur pour conseiller leur patient : « En plus je voyage (...) ça me donne aussi du vécu » MG10 - « Moi j'ai eu des connaissances en voyageant (...), on apprend sur place » MG16 - « J'ai travaillé en tant qu'interne dans les DOM-TOM (...) donc j'ai une bonne expérience en local » MG5.

Quatre MG notaient que cette discipline impliquait un investissement personnel, en nécessitant une mise à jour de ses connaissances régulière, pour garantir des conseils pertinents et actualisés : « Faire (...) soi-même sa petite formation (...) pour prendre les gens dans les meilleures conditions qui soient » MG13 - « Faut (...) se tenir à l'ordre du jour »

MG6 - « *J'essaye de me mettre à jour (...) ma formation elle a lieu (...) à travers les revues, j'suis abonné à la revue du prat' »* MG11.

## **10- Les MG et la médecine du voyage**

### a) Vécu de la consultation du voyageur par le MG

#### - **Les difficultés rencontrées**

Trois MG disaient ne pas se sentir à l'aise avec ce type de consultation, principalement en raison d'un manque de formation initiale, et d'un faible nombre de consultations pour ce motif : « *A l'aise non ! J'sais pas si on peut être à l'aise pour ce genre de... ça change tellement vite !* » MG4.

Les difficultés décrites par les MG interrogés étaient :

#### - Liées aux patients

Pour trois MG, les patients qui consultaient à la dernière minute, les mettaient en difficulté en rendant difficile la prophylaxie vaccinale avant le départ : « *Souvent je regrette que ça soit un peu trop tard, parce que je leur dis : mais y'a des vaccins à prévoir* » M5 - « *pour les vaccins, ça pose problème* » M21.

Pour MG4, la méconnaissance des conditions du voyage par le patient posait problème lors de cette consultation : « *Des fois les patients ne savent même pas où ils partent (...) ça complique un peu la consultation (...) parce qu'on est obligé de les faire revenir, c'est pas possible* ».

Trois MG rapportaient leur appréhension, en lien avec les pathologies chroniques de leurs patients souhaitant partir en voyage : « *parce que maintenant y'a des gens qui partent, on a un petit peur pour eux* » MG4 - « *Ceux qui ont des (...) pathologies lourdes (...) dans certains pays, ils risquent quand même leur vie hein !* » MG 16 - « *J'en avais un qui est parti avec du Previscan® en Afrique (...), c'était pas forcément simple* » MG18.

Trois MG interviewés précisait que ce type de consultation nécessitait une certaine adaptabilité, car chaque type de voyage, chaque type de patient amenaient des recommandations et une approche différentes : « *On s'adapte à chacun de nos patients (...), en fonction de l'âge (...) de l'état général et de tout ce qui s'en suit* » MG15 - « *On a un*

*individu qui a ses problèmes parfois médicaux (...), c'est pas Monsieur Toutlemonde, donc il faut pas qu'il rentre dans un truc préfabriqué » MG12 - « Ma consultation elle s'adapte au type de voyage, au patient, aux pathologies que je lui connais, à ses demandes, et aux renseignements que je vais trouver. (...) Aucune consultation n'est systématique » MG10.*

- Liées au manque de temps

Trois MG révélaient être parfois pris en défaut à cause d'un manque de formation : *« pour un risque plus spécifique (...) je manque de formation » MG19 - « On sait pas toujours hein » MG8 - « On n'est pas des puits de science » MG12.*

Pour MG22 il s'agissait d'une consultation chronophage: *« C'est vrai que c'est une consultation qui dure longtemps ».*

- Liées à la spécialité

Cinq MG ont mentionné une évolution de l'infectiologie. Les recommandations qui changeaient régulièrement pouvaient leur poser problème au cours de la consultation : *« Les recommandations changent quand même assez fréquemment (...) l'infectiologie ça évolue » MG4 - « Le problème c'est que c'est (...) des pathologies qui sont extrêmement variables en fonction à la fois (...) de l'évolution (...) dans les pays » MG17 - « En pathologie infectieuse (...) faut faire une mise à jour » MG11.*

L'exhaustivité de la médecine du voyage pouvait parfois aussi poser quelques difficultés pour quatre MG: *« Y'a tellement de choses à dire en pathologies infectieuses » MG16 - « On a trop d'informations à absorber » MG21 - « Le problème de la pathologie du voyageur c'est que c'est tellement large (...), on peut pas tout savoir » MG2.*

- Liées au retour de voyage

Quatre MG expliquaient que c'était plutôt la consultation au retour du voyage qui posait problème : *« Le problème (...) ça serait plutôt les consultations d'après, quand ils reviennent de tel ou tel pays » MG2 - « Après les emmerdements c'est moi qui vais les avoir quand il va rentrer » MG12 - « On a des pathologies (...) parfois infectieuses qui nous surprennent » MG9.*

- **L'aisance des MG**

Parmi les MG interrogés, dix-sept disaient ne pas rencontrer de difficultés majeures avec ce type de consultation: *« On n'a plus les gros, gros voyages où ils sont complètement*

*perdus (...).Maintenant les destinations sont assez classiques » MG9 - « C'est rarement tropical ou exotique » MG6 - « Pour des risques généraux, la formation initiale suffit » MG19 - « Y'a pas grand-chose à faire, à mon sens » MG7.*

Pour cinq MG il s'agissait d'une consultation plaisante: *« ça nous change un peu de notre quotidien » MG9 - « quand j'ai une consultation comme ça, ça me fait voyager aussi » MG10 « C'est des projets sympas » MG18 - « C'est varié » MG22.*

b) Motifs d'orientation en consultation spécialisée

- **Consultation de médecine du voyage**

Les MG déclaraient adresser leurs patients dans des centres de médecine du voyage, ou des Centres de Vaccinations Internationales (CVI), pour :

- la réalisation du vaccin contre la fièvre jaune (12/22) : *« Dès que y'a la fièvre jaune qu'apparaît » MG22.*
- un avis ou un conseil sur un traitement antipaludéen (5/22): *« Pour un avis sur (...) un traitement antipaludéen » MG18 - « Quand y'a un doute » MG9.*
- des voyages sortant du cadre du voyage touristique (4/22) : *« il est parti sur plus de six mois (...) c'était un peu flou pour moi, donc j'ai dit que j'aurais préféré qu'il voit un spécialiste » MG18 - « Pour une requête spécifique (...) ça sera la médecine du voyage qui sera sollicité » MG19 - « Quand c'est des voyages (...) type humanitaire (...) sac à dos et bivouac, là je les envoie vers une consultation spécialisée » MG6.*
- certains types de patients (MG11 et MG21): *« Une femme enceinte (...) pour un voyage en zone d'endémie (...) palustre. (...) ça me dépassait un peu » MG21 - « Quelqu'un qui a une pathologie lourde avec (...) des immunosuppresseurs peut-être (...) j'orienterai vers Jean-Luc SCHMIT » MG11.*
- en cas de méconnaissance de la destination et des recommandations pour MG5 : *« Dès que mes compétences se retrouvent assez limitées sur (...) les destinations des patients ».*
- MG1 adressait ses patients en CVI pour un deuxième avis, si cela se révélait nécessaire : *« Si la personne ne comprend pas ce que je lui dis, je prends un deuxième avis (...) pour qu'il ait bien compris » MG1.*
- MG20 expliquait adresser ses patients à la médecine du voyage par manque de temps : *« Le seul biais que j'ai trouvé, c'est de réorienter vers la (...) médecine des voyages ».*

- en cas de pathologie au retour de voyage, type fièvre ou diarrhée, MG3 et MG12 disaient adresser leurs patients pour un avis spécialisé : « *Quand il rentre de là-bas avec une maladie que j'ai pas compris (...) ou diarrhée, ou température* » MG12.

Huit MG déclaraient ne jamais avoir adressé un patient en CVI ou à un infectiologue avant un départ en voyage.

#### - **Autres consultations de spécialités**

Pour des patients avec des pathologies lourdes ou chroniques, MG4, MG10 et MG17 prenaient un avis spécialisé pour la pathologie concernée, avant le départ : « *Si un jour j'ai une pompe à insuline, j'leur demanderais (...) de se rapprocher (...) du diabétologue* » MG10 - « *Avoir un avis sur un patient en insuffisance rénale sévère (...) qui part dans un pays exotique* » MG4 - « *J'ai un patient qui a une pathologie neurologique un peu particulière (...) et qui va régulièrement en Afrique du Sud, donc je préfère avoir (...) l'avis de son neurologue pour savoir si je peux le laisser partir ou pas* » MG17.

### **11- Propositions d'amélioration**

Douze MG disaient être satisfaits des informations qu'ils pouvaient trouver sur internet en cas de besoin : « *Je trouve qu'on trouve (...) beaucoup d'informations déjà sur internet* » MG5 - « *A partir du moment où j'ai un outil qui me renseigne (...) j'me sens pas de besoin de formation spécifique dans ce domaine là* » MG10.

Cependant certains ont proposé des pistes d'amélioration :

#### - **Concernant la formation initiale**

Améliorer la formation initiale à la faculté, notamment en favorisant l'apprentissage par la réalisation de cas cliniques plus que des cours magistraux : « *En fait faut surtout faire des cas cliniques, c'est comme ça qu'on retient (...). Pour moi c'est beaucoup plus les cas cliniques que des cours euh, théoriques* » MG21 - « *Faudrait une formation quand même, en matière de maladies infectieuses* » MG22 - « *ça a dû représenter trois lignes durant nos études* » MG7.

#### - **Concernant la formation continue**

Deux MG souhaitaient un accès aux Diplômes Universitaires (DU) de médecine des voyages ou de médecine tropicale pour les MG.

Deux MG souhaitaient recevoir des rappels par mail : « *Par mail (...) mise à jour des conseils du voyageur ou des p'tites piqûres de rappel* » MG18.

Trois MG préconisaient d'améliorer la formation dans ce domaine par le biais de FMC ou d'EPU : « *Les EPU et les FMC c'est le principal* » MG2. MG1 souhaitait même une participation plus active des MG aux FMC : « *Faudrait inciter les médecins à se déplacer un peu plus (aux formations médicales)* » MG1.

Pour MG6, MG7 et MG13, c'était le travail personnel qui permettait d'améliorer ses connaissances dans ce domaine : « *C'est surtout du travail perso. Faut avoir le goût (...) de se tenir à l'ordre du jour* » MG6 - « *De l'information que je suis allé chercher par moi-même, et que je continue à aller chercher* » MG7.

MG16 suggérait de voyager pour améliorer ses connaissances en médecine du voyage : « *Le médecin qui voyage jamais (...) il a aucune idée de c'que c'est (...) les Tropiques* » MG16.

- Concernant les outils utilisés lors de la consultation

Création d'un site régional où les recommandations seraient actualisées : « *un site dédié pour les médecins généralistes* » MG5 - « *un site (...) de la région Picarde (...) qui pourrait nous donner des informations actualisées en fonction des pathologies infectieuses (...) des conseils à donner, éventuellement des fiches patients* » MG11.

MG3 suggérait de « *clarifier* » et de « *mettre vraiment à jour* » les sites classiques préexistants.

MG6 proposait la création d'un logiciel ou d'une application mobile : « *Remettre un p'tit logiciel ou une p'tite appli, on a tous des smartphones maintenant* ».

## DISCUSSION

### **A) La méthode qualitative: intérêts et limites**

#### **1- Intérêts**

##### a) La méthode elle-même

Cette thèse avait pour objectif d'étudier les pratiques préventives et le vécu des MG dans le cadre de la consultation avant un départ à l'étranger.

Le choix de la méthode qualitative nous est apparu adapté au sujet de cette étude. Elle permettait d'étudier l'opinion des MG interrogés, mais aussi leur ressenti, à propos d'un sujet en particulier et de façon plus approfondie qu'avec un questionnaire standard où les réponses seraient préalablement élaborées.

##### b) Justification de l'étude

Les habitants de l'Oise ont un accès aisé à deux aéroports internationaux : l'aéroport Roissy Charles de Gaulle (8<sup>ème</sup> aéroport mondial en terme de voyageurs et plus de 65,7 millions de voyageurs en 2015) et l'aéroport Beauvais-Tillé (10<sup>ème</sup> aéroport de France avec 4 331 067 de passagers en 2015).

La probabilité pour un MG installé dans l'Oise d'être amené à réaliser une consultation du voyageur nous paraissait élevée. Nous avons donc estimé intéressant d'interroger des médecins généralistes Isariens, en particulier, à ce sujet.

##### c) L'échantillonnage

Une thèse qualitative a une vocation exploratrice. Son but est de contribuer à mieux comprendre un phénomène étudié. L'échantillon devait être le plus hétérogène possible. L'échantillonnage était donc considéré comme « orienté », c'est-à-dire non probabiliste. Nous avons sélectionné des participants dans le but de faire ressortir les divergences (de représentations, de comportements et d'attitudes) ou les points communs qui existent au sein de la population par rapport au thème proposé. Cela a permis de maximiser la diversité des notions recueillies et donc d'explorer le sujet le plus en profondeur possible.

Il a donc fallu choisir les participants de l'étude en fonction de la pertinence de leurs caractéristiques par rapport à l'objectif de la recherche [24].

#### d) Les entretiens

Les entretiens individuels ont été préférés aux entretiens de groupe tout d'abord parce que cela permettait aux MG de s'exprimer facilement, sans crainte du jugement d'un confrère, mais aussi pour des facilités d'organisation.

Le choix des entretiens semi-dirigés permettait de centrer le discours sur un thème défini. Le MG avait la possibilité de développer ses propos, et de compléter une réponse ou une question précédente, au fur et à mesure de l'entretien. De plus, le fait de laisser le plus possible la libre parole à l'interviewé, peut entraîner des digressions qui ne sont pas toutes hors sujets, et qui peuvent être une source d'information inattendue. Cela a permis un recueil d'informations diversifié et conséquent, constituant une solide base de travail.

Les deux premiers entretiens ont permis de tester la grille d'entretien en conditions réelles et d'étoffer le script notamment en retravaillant certaines questions de relance, permettant ainsi d'obtenir plus d'éléments de réponse, surtout concernant les pratiques préventives des MG.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle notion n'émerge des entretiens. Cette saturation a été relativement longue à obtenir (vingtième entretien), en raison de la richesse et de la diversité des réponses fournies par les MG à ce sujet.

## **2- Biais et limites**

Plusieurs critiques peuvent être faites à ce travail et certaines limites méritent d'être soulignées.

#### a) Liés à la méthode de recrutement des MG

Le fait d'avoir dû, parfois, révéler l'intitulé du sujet de thèse auprès des MG ou de leur secrétariat lors du recrutement, a pu induire un biais de sélection. L'intérêt ou non du MG pour la consultation du voyageur, ainsi que la fréquence de cet acte de prévention dans sa pratique quotidienne, a pu influencer sa décision de recevoir l'enquêteur ou pas. Une MG a ainsi décliné la proposition d'entretien, car elle ne réalisait « aucune consultation du voyageur » et que nous « risquions de perdre notre temps » avec elle.

On peut aussi supposer que le MG a pu se préparer à l'entretien, en « révisant » les éventuelles notions à aborder sur ce thème.

Ayant rencontré des difficultés pour recruter des MG en début de parcours, nous avons été

contraints d'opter pour une 2<sup>ème</sup> méthode de recrutement : nous avons à deux reprises interrogés des MG au sein d'un même cabinet de groupe, lorsque cela nous était proposé. Les pratiques des MG variant d'un individu à l'autre, les résultats recueillis demeuraient hétérogènes, même au sein d'un même cabinet. Cela n'a donc pas pénalisé l'étude.

Un entretien a été jugé non contributif, car n'apportant aucun élément notable pour le travail de thèse. Il s'agissait d'un MG d'origine Roumaine, arrivé en France depuis 5 mois, ne comprenant pas très bien les questions et ayant des difficultés à s'exprimer en français.

#### b) Liés au script d'entretien

Le script d'entretien a été élaboré en amont de la réalisation des entretiens. Il était composé d'un certain nombre de questions semi-ouvertes, permettant de répondre aux problématiques soulevées. A la relecture des entretiens, nous avons constaté que certaines questions étaient parfois mal interprétées par les MG. Cela concernait principalement la question de la réalisation ou non d'une consultation dédiée dans le cadre d'un départ l'étranger, ce qui a induit des biais lors du codage des données. Il est donc possible que la formulation des questions ait pu être une source de confusion ou de mauvaise compréhension de la part des MG interrogés.

Au cours du codage des données, il est ressorti qu'une des questions posées n'apportait strictement rien à ce travail de thèse (« Connaissez-vous le centre de référence de médecine du voyage dans la région ? »), elle n'a donc pas été prise en compte dans la partie résultats.

#### c) Lié à l'interviewé

Il existe des biais qui diminuent la qualité de l'information recueillie, comme par exemple le manque de temps et de disponibilité du MG qui a pu limiter la production d'un discours plus personnel.

De même l'intérêt ou non MG pour le sujet, ou encore la difficulté de certains MG à parler de leur propre expérience et de leur ressenti, ont pu conduire à des entretiens plus formels, plus expéditifs, se cantonnant davantage à des généralités. Cela a pu être une limite dans le cas de l'étude.

#### d) Liés à l'intervieweur

L'inexpérience de l'interviewer a pu être un frein au recueil des données. En effet, les premiers entretiens ont été les plus laborieux, car le discours n'était pas fluide et les relances étaient difficiles, voire omises. La multiplication des entrevues a permis une plus grande

aisance lors des interviews et l'amélioration de la qualité des relances.

Il est difficile d'observer une neutralité totale lors des entretiens quand on souhaite obtenir des réponses pour un travail de recherche.

Il est arrivé de faire des suggestions au MG interrogé lors des relances, quand il ne répondait pas à la question. Cela a pu influencer ses réponses.

Dans toute étude qualitative, les perspectives théoriques, les intérêts et les attentes du chercheur influencent inévitablement tous les aspects du processus de recherche [24]. L'interviewer est la même personne qui a élaboré le questionnaire. Ayant aussi elle-même réalisé les entretiens, sa façon d'appréhender les questions, de mener les entretiens, ainsi que son attitude non consciente, à travers notamment certaines relances, ne peuvent pas garantir une impartialité absolue. Peut-être aurait-il été judicieux de faire réaliser les entretiens par une personne extérieure dans un souci d'objectivité.

#### e) Liés au rapport intervieweur-interviewé

Le fait que l'intervieweur se soit présenté comme une interne en médecine générale peut être perçu comme un avantage. Cela a pu permettre d'installer une relation propice à la confiance, avec des réponses moins informelles.

Mais cela a pu être aussi un inconvénient. En effet, le lien hiérarchique entre le statut d'étudiant et les MG interrogés, a pu nuire à la qualité des données recueillies. Les MG pouvaient se sentir jugés par un pair sur ses compétences. Cela a pu se traduire dans les entretiens par une question éludée, ou une réponse vague lorsque le MG savait qu'il faisait part d'une pratique imparfaite ou non conventionnelle. Ainsi les réponses données par les MG ont pu manquer de spontanéité et d'authenticité. Elles pouvaient donc ne pas refléter leur « vraie » pratique quotidienne. Le recours à un intervieweur non médecin aurait pu amender ce biais, mais en aurait certainement créé d'autres.

Les mécanismes de défense déployés par les MG (oubli, fuite, réponses inappropriées, silences) représentent également un obstacle au recueil d'une information de qualité, car ils sont difficilement interprétables [25].

#### f) Analyse des données

L'analyse des données a été faite manuellement, ce qui a pu induire des biais d'interprétation. Il existe des logiciels de codage, type Nvivo®, permettant une analyse thématique de l'ensemble des entretiens. Ce logiciel semblait difficile d'utilisation, et le codage manuel

semblait tout à fait réalisable. Néanmoins cela s'est révélé être très chronophage, en raison des multiples notions ayant émergé des entrevues.

Par manque de temps et de moyens, il n'y a pas eu de triangulation avec un autre chercheur. La triangulation du codage consiste à l'effectuer à plusieurs, de façon indépendante, puis à confronter les visions et les résultats pour aboutir à un consensus. Les résultats des analyses n'ont pas été retournés aux MG interrogés, afin d'en confirmer, réfuter ou affiner les interprétations, et ce pour des raisons logistiques. La crédibilité d'une étude qualitative est améliorée si les données ont été analysées par plus d'un chercheur. Il est recommandé par plusieurs auteurs de soumettre les analyses aux participants pour obtenir leur rétroaction.

## **B) Analyse des résultats**

### **1- Place de la consultation du voyageur**

Pour plus de la moitié des MG interrogés, la consultation du voyageur représentait une part peu importante voire négligeable de leur activité, et presque la moitié d'entre eux ne constatait pas d'évolution de ce type de consultation.

Ils semblaient être peu sollicités pour ce genre de requête alors que la région compte deux aéroports accueillant un flux très important de voyageurs, et que le nombre de vols internationaux ne cesse de croître depuis plusieurs années.

Cela peut s'expliquer par un manque de sollicitation avant un voyage de la part du patient. Bon nombre de voyageurs ne semblent pas juger utile de consulter avant un départ à l'étranger. De plus le nombre de voyageurs de dernière minute augmentant, ils n'ont pas forcément le temps de consulter un médecin avant leur séjour. Plusieurs études réalisées dans des aéroports démontrent que 31% à 64% des voyageurs à destination de pays en développement, rechercheraient des conseils pour leur santé avant un départ. Parmi ceux ayant demandé des conseils pour la santé avant un voyage, 20% l'ont fait quatorze jours ou moins avant le départ [11,12,26,27].

L'autre hypothèse serait de penser que malgré la proximité de deux aéroports dans la région, il n'y a qu'un faible nombre de voyageurs issus du département, pour des destinations tropicales, réfutant ainsi nos suppositions initiales. Malheureusement il n'y a pas de chiffres à

disposition pour confirmer cette donnée.

On peut donc s'interroger sur la capacité des MG à assurer une consultation des voyages s'ils y sont peu confrontés. En effet cette discipline nécessite une actualisation complète des connaissances, sur les endémies en cours, la prophylaxie anti-palustre en fonction de la zone, sur les conditions du voyage. Il est facile de comprendre que cette aptitude puisse être mise en défaut si ce type de consultation est épisodique. D'après plusieurs études, un nombre élevé de consultations du voyageur était associé à de meilleures connaissances de la médecine du voyage et à l'apport de conseils et de recommandations appropriés [28,29].

Nous avons émis l'hypothèse en amont de ce travail que le nombre de consultations du voyage réalisées, ainsi que le milieu d'exercice du MG pouvaient avoir une influence sur l'aptitude des MG à la prise en charge des voyageurs. Nous avons supposé qu'un MG de campagne débordé, et principalement confronté à une population rurale, serait moins sollicité pour ce genre de consultation et serait donc moins à l'aise dans la prise en charge des patients voyageurs.

Cette notion n'a pas été retrouvée dans cette étude. Les principales mesures de prévention étaient abordées au cours de cette consultation, quelque soit le milieu d'exercice du MG ou la quantité de consultations de ce type, ce qui démontre que les MG ont bien conscience des enjeux de cette visite.

## **2- Evaluation des risques**

Les MG étaient confrontés à une grande diversité de situations au cours de ces consultations, bien qu'une grande partie de celles-ci concernent des voyages organisés réalisés par des patients « jeunes » et en bonne santé.

La plupart des MG consacraient le début de la consultation à l'évaluation des risques éventuels de leurs patients au cours de leur voyage, en recueillant des informations sur la destination, la durée du séjour et les conditions sanitaires prévues sur place. Ce recueil de données permettait d'identifier les séjours et les types de patients considérés comme à risques et donc d'adapter les recommandations, les prescriptions, mais aussi de cibler les messages de prévention.

C'est un temps essentiel de la consultation, car chaque type de voyageur a des risques et donc

des besoins de santé qui lui sont propres.

Ainsi dans cette étude les patients d'origine immigré retournant dans leur pays d'origine voir de la famille ou des amis (communément appelés Visiting Friends and Relatives) ont été identifiés, par certains MG, comme une catégorie de voyageurs bien distincte pouvant leur poser plusieurs difficultés.

Ils ont été désignés comme consultant proche de leur date de départ, et peu intéressés par les mesures de prévention et les informations sur les maladies auxquelles ils pouvaient être exposés. Ils chercheraient plus à obtenir leurs traitements habituels ou des traitements symptomatiques en cas de nécessité.

En effet, de nombreuses études ont identifiés les VFR comme la catégorie de voyageurs la moins susceptible de demander des conseils de santé avant un départ à l'étranger. Ils y ont également été désignés comme ceux qui consultaient peu de temps avant leur départ, en moyenne dix-sept jours avant contre vingt-six jours pour les voyageurs non VFR [12,30,31].

D'autres études ont mis en évidence que les VFR couraient un risque plus élevé de maladies infectieuses liées au voyage que la population générale des voyageurs internationaux [32,33]. Le risque de paludisme est plus élevé chez les voyageurs VFR que dans les autres catégories de voyageurs [34,35] : en 2013, 70% des cas de paludisme importé était des VFR [36]. Ils ont également été associés à un plus haut risque d'hépatite B [37], d'hépatite A [35,38] mais aussi de fièvre typhoïde au cours d'un voyage [35,39]. D'autres articles suggèrent que l'adhésion aux mesures de prévention et à la chimioprophylaxie est très faible dans ce groupe de voyageurs [40,41] et qu'ils sont moins susceptibles d'être correctement vaccinés [12]. Ils prévoient aussi beaucoup moins de restrictions alimentaires que les touristes ou les voyageurs d'affaires [12].

Il faut également garder à l'esprit que les VFR voyagent fréquemment avec leurs enfants en bas âge. Or ils courent un risque plus élevé de complications liées à une maladie acquise pendant leur voyage [42]. Cette notion doit être prise en compte par le MG lors de la consultation.

Toutes ces données suggèrent l'importance pour le MG d'avoir une approche singulière vis-à-vis de cette population, compte tenu des risques auxquels ils sont exposés. Or les MG de l'étude semblaient avoir une attitude résignée et défaitiste face à ces voyageurs, alors qu'ils nécessitent justement d'être particulièrement sensibilisés aux dangers auxquels ils sont confrontés.

Au cours des entretiens, aucun MG de l'étude n'a anticipé les voyages de ces personnes.

Demander aux potentiels VFR s'ils envisagent de voyager, au cours d'une consultation banale, pourrait permettre d'anticiper les éventuelles vaccinations à réaliser, de prescrire une chimioprophylaxie si le départ est proche et d'aborder avec le patient sa perception et ses connaissances à propos du paludisme.

Pour quelques MG, les patients âgés et/ou souffrant d'affections chroniques désireux de partir en voyage représentaient un nombre non négligeable de voyageurs, voire croissant. En 2006 déjà, plus de 46% des touristes français partant à l'étranger ont plus de 50 ans, dont 20 % ont plus de 65 ans [17]. Ils étaient désignés par les MG comme nécessitant une prise en charge particulière.

Les MG occupent une place centrale pour la planification d'un voyage chez ces patients, car ils assurent la continuité des soins, la prise en charge au long cours de ces pathologies, et ont une bonne connaissance de leurs patients.

Cependant cette prise en charge générait quelques appréhensions chez les MG interrogés, car ils sont conscients que leurs problèmes médicaux les rendent plus vulnérables aux maladies liées aux voyages [43,44].

Ainsi la consultation du voyageur était l'occasion pour eux, de bien préciser les antécédents du patient, de réévaluer l'équilibre d'une pathologie chronique, ainsi que le traitement de fond (recherche d'interactions médicamenteuses, adaptation des prescriptions). Cela pouvait amener le MG à demander un avis spécialisé avant le départ pour s'assurer de la compatibilité entre l'état de santé du patient et les modalités du voyage.

De plus les messages de prévention devaient être personnalisés à la pathologie, et les MG étaient parfois amenés à rédiger des certificats médicaux.

Selon les recommandations du BEH, tout voyageur atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques doit emporter avec lui : un compte-rendu médical, traduit dans la langue du pays de destination ou au moins en anglais, les coordonnées d'une structure de santé ou d'un médecin correspondant spécialiste et l'ordonnance pour traitement régulier sous sa dénomination commune internationale. Selon les cas, le patient doit emmener avec lui un certificat médical pour le matériel d'injection d'un traitement (diabétiques), les certificats reconnaissant les maladies chroniques nécessitant un suivi rapproché et les carnets de suivi des traitements chroniques nécessitant une surveillance [45].

De l'évaluation pertinente des risques découlent les informations et prescriptions faites par le

MG. Des connaissances insuffisantes, une sous-estimation ou une banalisation des voyages en zone tropicale notamment, peut générer des difficultés lors de la consultation des voyageurs, particulièrement pour un MG inexpérimenté.

### **3- Les informations délivrées aux patients**

Les informations à donner lors de cette consultation sont d'une importance majeure car dans la plupart des cas, la perception des risques infectieux au cours d'un voyage par les patients est erronée. En 2007, parmi les 5 risques infectieux en voyage les plus anxiogènes pour les Français, on retrouve le paludisme en première position (72%), suivi de la turista (64%), du chikungunya (63%), du virus Ebola (46%) et du Sida (44%) [46].

Plusieurs études, réalisées principalement dans des CVI, nous montrent que les voyageurs ne sont pas suffisamment informés sur les risques encourus lors d'un voyage en zone tropicale : 19 à 37 % des voyageurs français ignorent le mode de transmission du paludisme et seulement un peu plus de la moitié savent qu'il est potentiellement mortel [47-50].

De plus, en France, 46,4% des personnes qui partaient dans une zone impaludée pensaient qu'il n'était pas nécessaire de consulter un médecin généraliste avant leur départ [11], et plus de trois voyageurs sur quatre ne connaissent pas le mode de transmission de l'hépatite A ou de la dengue [48,49].

Ce manque flagrant de connaissances des voyageurs souligne le rôle essentiel du MG au cours de ces consultations, notamment sur le plan de la prévention.

#### a) L'information médicale

Dans ce travail, trois à quatre messages étaient principalement ciblés par les MG lors de la consultation du voyageur: la prophylaxie palustre, les mesures d'hygiène, la vaccination et la constitution de la trousse de secours.

#### - **Le paludisme**

Le paludisme représente la maladie emblématique du voyageur par sa fréquence et sa gravité, mais aussi en raison de l'augmentation des cas de paludisme importés depuis quelques années [51]. Les conseils et prescriptions des MG interrogés mentionnaient la prophylaxie anti palustre.

Nous savons que la quasi-totalité des cas de paludisme au retour de voyage est dûe à un non-

respect des recommandations et survient le plus souvent chez les voyageurs VFR. Or aucun MG n'a évoqué la particularité de la prévention du paludisme auprès des VFR. En effet, ils sont nombreux à supposer, à tort, qu'ils sont immunisés contre le paludisme et par conséquent, ne prennent pas de mesures prophylactiques.

Une attention toute particulière doit donc être accordée à cet item pour convaincre, et obtenir l'adhésion du patient aux mesures de chimioprophylaxie. Il serait également judicieux de leur permettre de discuter de leurs préoccupations au sujet de la maladie et des médicaments préventifs, dans le but d'améliorer l'observance.

### - **Mesures d'hygiène**

La prévention de la turista était un message récurrent au cours de la consultation du voyageur, justifié par la fréquence de ce phénomène et la crainte des patients de contracter cette affection au cours du voyage.

Cette consultation était donc l'occasion de rappeler les règles d'hygiène alimentaire et quelques principes d'automédication qui peuvent diminuer l'incidence et l'impact de cette pathologie, mais aussi dans le but d'éviter une consultation sur place.

Ainsi un tiers des MG prescrivaient des antibiotiques à prendre en cas de diarrhées du voyageur. Le plus souvent cette prescription était justifiée en raison de séjours dans des zones isolées, avec des délais importants pour rejoindre une structure de santé.

Dans le contexte croissant de l'antibiorésistance pour des germes communs ou des pathologies du voyage, il est effectivement recommandé de ne prescrire des antibiotiques que sous certaines conditions : prise après avis médical ou en cas d'accès limité aux soins. Les modalités de prise de l'antibiotique (posologie, durée, précautions d'emploi et conditions d'arrêt) et le contexte (diagnostic possible) de la mise en route de l'antibiothérapie doivent être explicités [45].

Malgré cela, la diarrhée reste pourtant dans toutes les études réalisées, la plus fréquente des pathologies du voyageur, ce qui suggère que les mesures de prévention délivrées et/ou l'observance du patient aux mesures de prévention sont insuffisantes.

### - **La vaccination**

La consultation du voyageur était l'opportunité de vérifier les vaccinations obligatoires mais aussi d'aborder avec le patient les vaccinations spécifiques à la destination.

Dans cette étude, la vaccination contre la fièvre typhoïde était très peu mentionnée, alors qu'il s'agit de la maladie évitable par la vaccination la plus fréquente chez les VFR. Il semble que

ses indications et son intérêt soient mal connus par le MG, et que sa réalisation ne soit pas optimale en médecine de ville.

La vaccination contre l'hépatite A était plus souvent proposée que celle contre l'hépatite B, ce qui concorde avec d'autres études réalisées dans des aéroports [12,13]. Le mode de transmission de ces virus peut probablement expliquer cette disparité. La vaccination contre l'hépatite B peut encore souffrir de la polémique à propos des adjuvants et de la survenue de sclérose en plaques ou d'un syndrome de Guillain-Barré.

Le vaccin contre la rage a été évoqué uniquement par un MG, ce qui suggère des lacunes en matière de prévention du risque rabique en médecine libérale. C'est un risque rare mais évitable par la vaccination (ainsi que par des mesures de prévention). Cette donnée n'est pas nouvelle car en 2015, seuls 17,9% des voyageurs savaient qu'ils auraient pu être vaccinés contre la rage avant leur départ [52].

Malgré le temps dédié à la prophylaxie vaccinale au cours de la consultation du voyageur, une minorité de patients seulement, sont vaccinés selon les recommandations pour leur voyage [12,26]. Cela peut être expliqué par un manque d'informations du patient sur les bénéfices de la vaccination et les risques encourus, ou encore par le prix et la disponibilité des vaccins.

#### - **La constitution de la trousse de secours**

La totalité des MG rédigeaient une ordonnance pour la constitution d'une trousse à pharmacie, qu'ils souhaitaient la plus exhaustive possible afin d'éviter au maximum des désagréments à leurs patients au cours du voyage. Les patients redoutaient une consultation sur place en raison du coût des soins, de la barrière de la langue et de la méconnaissance des infrastructures de santé [53].

Afin de pallier au mieux à cela, les MG associaient donc à l'ordonnance des conseils concernant les modalités et les conditions de prise des médicaments.

Cependant il est tout aussi important, que le MG informe le patient des signes cliniques qui doivent amener à consulter rapidement, notamment en cas de fièvre, pour ne pas méconnaître un paludisme ou une autre infection bactérienne justifiant une prise en charge urgente. Préciser les symptômes justifiant une consultation rapide au retour d'un voyage est également capital pour éviter tout retard de prise en charge, car les patients n'ont pas forcément conscience des risques et des pathologies auxquels ils sont exposés.

Les antibiothérapies dites « de confort » étaient souvent prescrites à la demande du patient et sans réelle indication. Leur impact sur le microbiote intestinal constitue un facteur de risque d'acquisition de bactéries multi-résistantes digestives, avec le risque de dissémination à

l'entourage au retour [54]. Il faut donc assurer un bon usage des antibiotiques, même au cours d'un voyage.

#### - **Les autres informations médicales**

La prévention des autres maladies infectieuses ou parasitaires (bilharziose, méningite, pneumopathie, dengue, chikungunya...) était plus rarement évoquée par les MG, car elles restent rares en pratique [55].

Néanmoins, le risque de blessures en lien avec les accidents de la circulation et le sport, n'a pas été évoqué au cours des entretiens, alors qu'ils représentent 1/3 des rapatriements ou de la mortalité en voyage. De nombreuses raisons expliquent le risque accru d'accidents de la voie publique chez les voyageurs : densité du trafic, mauvaises conditions routières, manque de familiarité avec les règles de circulation, manque de mesures de sécurité routière (casques, ceintures de sécurité, dispositifs de retenue pour enfants), excès de vitesse, manque de concentration à cause de l'épuisement et du décalage horaire et utilisation de téléphones cellulaires lors de la conduite [56].

Ce manquement est probablement lié à une mauvaise perception de ce risque par la plupart des MG, il est donc nécessaire de les sensibiliser à cette problématique.

D'autre part il est intéressant de noter que la relation de confiance médecin-malade, ainsi que la bonne connaissance de leurs patients permettaient aux MG d'aborder certains sujets « délicats », ou encore la prévention des IST. Cet item est important à évoquer, car une étude sur les voyages et les IST a révélé qu'un voyageur international sur cinq est enclin à avoir un nouveau partenaire sexuel à l'étranger. La moitié n'utilise pas systématiquement de préservatifs, contribuant à l'augmentation constante du nombre d'infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) acquises à l'étranger [57–59].

#### b) L'information non médicale

Face aux nombreuses craintes et inquiétudes en lien avec un voyage, les informations, les consignes données par le MG, ainsi que la prescription d'une trousse de secours semblaient être pour le patient des mesures de réassurance indispensables avant un départ [53].

En effet, le rôle de réassurance a été souligné par certains MG au cours de cette consultation, et apparaît être un élément important pour les patients. En dépit de l'accès, et du recours à une multitude de sources de renseignements (internet, guides touristiques, entourage,...) avant la

consultation, le MG semble rester la référence dans le domaine du conseil aux voyageurs. Il fait office de référent et garantit la fiabilité des informations, renvoyant ainsi à la fonction apostolique du médecin.

Il a été mis en évidence lors d'un travail de thèse que les patients étaient nombreux à attendre des informations non médicales concernant leur voyage, notamment concernant les mœurs, les coutumes, la législation...[53]. Dans cette étude seuls quelques MG interrogés ont anticipé ce type de demandes.

Se pose alors la question de savoir si cela est vraiment le rôle du MG, et où sont les réels enjeux de cette consultation.

Par contre il serait important d'informer le patient de la nécessité de vérifier la couverture et la validité de son contrat d'assistance, et de son assurance maladie avant le départ. En effet, les patients seraient deux sur trois à ne pas contracter d'assurance auprès d'une compagnie d'assistance qui prend en charge les problèmes de santé pouvant survenir pendant le séjour à l'étranger [46].

Mais il ne relève pas de la fonction du médecin d'adopter une attitude paternaliste envers ses patients, notamment pour leur expliquer la façon dont ils doivent se comporter au cours d'un voyage, comme cela a pu être rapporté par les MG interviewés.

Face à ce flot d'informations données au cours de cette consultation, on peut s'interroger sur ce que retient le patient. Au-delà d'un certain nombre de messages, la capacité de mémorisation est saturée. Le voyageur risque de se retrouver noyé sous une foule de conseils et de ressortir de cette consultation avec les idées confuses, notamment lorsque les messages délivrés sont contradictoires.

#### **4- Vécu des MG**

La majorité des MG disaient ne pas avoir de problèmes majeurs et être à l'aise avec ce type de consultation, alors qu'elle soulevait nombre de difficultés. Ils craignaient également les pathologies au retour du voyage, par manque de connaissance et d'expérience dans la prise en charge des pathologies tropicales.

Plus de la moitié d'entre eux ont déclaré ne pas avoir eu de formation, sinon une formation insuffisante à la médecine des voyages au cours de leur formation initiale, et presque un tiers d'entre eux ne réalisaient pas de FMC.

Cela reflète le côté ambivalent des MG au sujet de cette consultation. Elle était en réalité appréciée car elle permettait d'aborder un thème plaisant pour eux, et aussi parce qu'elle représentait une consultation différente des consultations habituelles, contribuant à la variété de l'activité du MG.

Il est intéressant de souligner également que plusieurs MG ont confié avoir eux-mêmes un certain attrait et une certaine expérience personnelle du voyage, dont ils se servaient pour conseiller leurs patients. Ils disaient ainsi acquérir certains réflexes et donc pensaient à délivrer certaines informations qu'ils n'auraient pas forcément évoquées, s'ils n'y avaient pas été confrontés directement.

Il a été constaté lors d'un travail de thèse portant sur ce même thème, que les MG qui affirmaient leur goût du voyage, en se qualifiant de « voyageur régulier », et qui s'appuyaient sur leur expérience personnelle pour conseiller leurs patients avaient un meilleur niveau de connaissances en médecine du voyage [29]. Dans cette étude aussi, selon leur intérêt pour cette discipline et leur expérience personnelle du voyage, les MG choisissaient de se former eux-mêmes à la médecine du voyage. Cela pouvait avoir des répercussions bénéfiques sur la prise en charge du patient.

Malgré cela ils mettaient aussi en avant la difficulté d'une telle consultation en raison de l'évolution continue et de l'exhaustivité de l'infectiologie. La médecine du voyage est devenue de plus en plus complexe en raison des changements perpétuels de l'épidémiologie des maladies infectieuses, de l'évolution des schémas de pharmacorésistance et de l'augmentation du nombre de voyageurs souffrant de maladies chroniques. Elle nécessite donc une certaine expérience dans ce domaine et une formation initiale solide. De plus les conseils doivent s'adapter à chaque patient et à chaque type de voyages, mais aussi aux recommandations, ce qui nécessite une grande adaptabilité pour le MG. Il est donc parfaitement compréhensible que les MG expriment des difficultés s'ils y sont peu confrontés et peu formés.

La consultation du voyageur est donc une consultation dense, tant les thèmes à aborder peuvent être nombreux. Les informations délivrées doivent aussi être personnalisées au patient, à ses antécédents et aux conditions du voyage. Il paraît utopique de pouvoir le faire correctement au cours d'une consultation pour un autre motif, alors que dans cette étude plus d'un tiers des MG interrogés ne souhaitaient pas ou ne réalisaient pas de consultation dédiée à

cela.

Or en médecine générale une consultation standard dure en moyenne 17 minutes [60]. Il paraît donc difficile de traiter dans le temps imparti à une consultation, d'un problème de diabète par exemple, puis d'évaluer les conditions du voyage, d'énumérer les mesures préventives personnalisées, de vérifier les vaccinations, de rechercher des informations sur la destination en question, de prescrire des médicaments (éventuellement en vérifiant les possibles interactions) et de répondre aux questions des patients.

Il a été démontré que la durée de la consultation, la qualité de l'échange médecin/patient, la capacité à répondre aux questions et à faire prendre conscience au patient du bénéfice des mesures de prophylaxie, sont des facteurs qui permettent d'obtenir une meilleure adhésion aux mesures de prévention [61,62].

Faire revenir le patient, au moins, pour une consultation spécifique paraît être une attitude raisonnable pour une prise en charge optimale du voyageur et fournir des informations de qualité. Si le délai avant le voyage le permet.

De plus, les MG étaient peu nombreux à adresser leurs patients en CVI. La plupart disaient trouver toutes les informations nécessaires sur internet ou grâce à des brochures spécialisées au cours de la consultation. Cela leur permettait de gérer un grand nombre de consultations du voyageur.

Peu de MG semblent donc avoir conscience de la complémentarité de la consultation en CVI et en médecine générale. Pourtant la répétition et la reformulation des messages de prévention, l'apport de conseils plus spécifiques au voyage, sont des facteurs qui peuvent avoir un impact bénéfique sur l'exposition aux risques des patients. La consultation en CVI peut être également l'occasion de les sensibiliser à des problèmes de santé qui n'auraient pas été évoqués en médecine libérale (IST par exemple).

Les CVI restaient tout de même la référence en cas de profil ou de voyage particulier, quand le MG jugeait ses compétences et sa formation insuffisantes, et pour la réalisation du vaccin anti-amarile évidemment.

### **C) Perspectives d'amélioration**

Après avoir évoqué les différentes difficultés rencontrées par les MG, il est apparu cohérent d'aborder les améliorations qui pourraient être proposées.

## **1- Améliorer la formation des MG en médecine du voyage**

Au vu des résultats de ce travail, il paraît indispensable d'améliorer la formation initiale et continue des MG dans le domaine de la médecine des voyages.

### **a) La formation initiale**

Les MG ayant reçu une formation à la médecine du voyage au cours de leur cursus universitaire, souhaitent un enseignement moins condensé et plus axé sur la pratique, même si le contenu était jugé de bonne qualité. Cela pourrait passer par le biais de cours magistraux incluant des cas cliniques, qui permettent une mise en situation et favorisent la mémorisation et l'intérêt des étudiants en rendant le contenu plus concret.

La plupart des cours dispensés lors de la troisième année de médecine consistaient en une énumération d'une multitude de pathologies parasitaires et infectieuses, à assimiler sur un court intervalle. Même si le contenu demeure très intéressant, la manière de l'enseigner (et de tester nos connaissances) nous paraît peu adaptée pour favoriser l'apprentissage.

Face à ce constat il semble donc important de renforcer la formation initiale des internes de MG dans ce domaine. Une solution serait de proposer un enseignement sur la consultation du voyageur lors des cours de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale à la faculté.

### **b) La formation continue**

La formation continue peut quant à elle être améliorée par le biais de FMC portant sur la médecine du voyage, car cette méthode semble bénéfique pour optimiser ses connaissances dans ce domaine [63]. Idéalement elles pourraient être organisées avant les grandes vacances scolaires afin que les informations délivrées soient rapidement mises en pratique. Mais il semblerait qu'il existe peu de FMC sur ce thème actuellement.

De plus l'isolement géographique ou les horaires conséquents des MG peuvent être des freins à leur réalisation. Les médecins qui ont peu de consultations en rapport avec le voyage vont-ils trouver un intérêt à se rendre à une soirée formation sur ce thème ?

Les revues spécialisées de médecine générale publient maintenant régulièrement des articles sur les pathologies des voyageurs avec des informations et des recommandations pratiques, et peuvent donc être un outil utile pour améliorer les connaissances du MG dans ce domaine. Des rappels par mail concernant les conseils aux voyageurs pourraient également être

proposés pour permettre une réactualisation des connaissances, facilement accessibles en cas de besoin. Cette solution semble convenable pour les MG, car peu chronophage.

Les DU de médecine du voyage sont accessibles aux MG et sont une option intéressante pour améliorer leurs connaissances dans cette spécialité. Mais il s'agit d'un enseignement dense et chronophage. C'est une alternative qui s'adresse plus aux MG particulièrement intéressés par la médecine tropicale, qu'aux MG souhaitant simplement actualiser leurs connaissances dans le domaine du conseil aux voyageurs.

## **2- Améliorer la communication avec le patient pour favoriser l'observance**

Il semble qu'en l'état actuel des choses, peu d'informations soient retenues en fin de consultation. Des études retrouvent des résultats mitigés concernant l'impact des conseils avant le voyage, notamment en ce qui concerne l'efficacité des stratégies actuelles pour prévenir la simple diarrhée du voyageur [61,64–66]. Cela suggère l'intérêt de développer de nouvelles approches pour améliorer le bénéfice de cette consultation.

Le renforcement des mesures de prévention, en proposant un accès gratuit à des consultations de médecine du voyage, aux vaccinations et aux médicaments, ainsi que la présentation de mesures de protection individuelle sous divers formats, ne semblent pas avoir d'influence sur le développement des maladies chez les voyageurs [67].

Plusieurs pistes sont donc développées dans la littérature pour améliorer la compréhension du voyageur et optimiser cette consultation [8,68,69].

La première mesure pourrait être de limiter l'information à des messages clés, en ciblant deux ou trois messages au cours de la consultation, les plus pertinents pour le voyageur et le type de voyage. Au-delà de deux ou trois messages il n'y a plus de capacité de mémorisation.

Il ne faut pas oublier non plus, que certains voyageurs ne peuvent assimiler aucune information tant que les vaccins n'ont pas été réalisés, en raison de leur peur des piqûres. Ils ne seront donc pas du tout disposés à intégrer les messages de prévention avant la réalisation des vaccins [70,71]. Il est donc préconisé de les réaliser en début de consultation.

Enfin, il faut chercher à savoir ce que le patient sait déjà pour valoriser ses connaissances, et à connaître ses attentes, pour pouvoir ensuite y répondre. Cette démarche pourra être plus efficace, car elle permet au médecin d'adapter les informations à donner pour éviter une redondance.

La reformulation des messages de prévention par le voyageur, peut être employée pour améliorer la mémorisation des messages ciblés.

De la même façon que les MG reconvoquent leurs patients pour les réévaluer lors de traitement de pathologies aiguës, une reconvoication pour une consultation de médecine du voyage pourrait être intéressante. Cela permettrait de s'assurer de la tolérance des prophylaxies anti palustres et ainsi savoir ce que le patient a retenu des messages de prévention donnés lors de la première consultation.

Concernant les voyageurs VFR, les MG doivent développer des méthodes adaptées à la culture, aux croyances et aux considérations de cette population et surtout anticiper les départs vers les pays tropicaux. Il paraît également essentiel de s'assurer que l'offre de soins liée aux voyages soit accessible, abordable et adaptée à ces populations [72].

### **3- Implication du pharmacien dans le conseil aux voyageurs**

Le pharmacien joue un rôle important, car il va être amené dans les suites de la consultation à dispenser les traitements prescrits et autres produits conseillés pour le voyage. Il pourra donc à son tour délivrer ou repréciser quelques mesures de prévention particulièrement concernant la lutte anti-vectorielle et la chimioprophylaxie. Il pourra aussi insister sur l'intérêt du traitement, les modalités de prise, et les mesures associées. Il est important de garder à l'esprit, que le rappel des recommandations favorise la mémorisation et permet d'améliorer l'observance. Il peut également sensibiliser les patients n'ayant pas consulté et si besoin, les adresser vers un CVI ou vers leur médecin traitant.

Une étude suisse, montrait que la connaissance globale des pharmaciens sur les questions de médecine de voyage était satisfaisante. En effet, plus de 95% des pharmaciens interrogés pouvaient nommer les trois mesures les plus importantes contre les piqûres de moustique, ce qui est plutôt encourageant pour favoriser d'avantage l'implication du pharmacien dans la prise en charge du patient voyageur [73]. Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative auprès des pharmaciens d'officine à propos des conseils aux voyageurs. Une complémentarité médecin-pharmacien est évidente et il faut la mettre en valeur.

#### **4- Faciliter l'accès à des informations fiables et actualisées**

Il paraissait important pour les MG interrogés, d'avoir accès à une source de données fiable, réactualisée régulièrement et dédiée à la consultation du voyageur. Cela reprendrait toutes les notions à aborder au cours de cette consultation comme par exemple : les mesures de prévention, les recommandations sur le traitement antipaludéen, les vaccinations recommandées en fonction de la destination, la composition de la trousse à pharmacie...

Les MG souhaitaient y trouver des informations claires et concises, ainsi que des « fiches patients », afin de ne pas omettre de délivrer une information importante, et d'adapter au mieux leurs prescriptions et recommandations.

Il pourrait être intéressant de développer ce genre d'outil spécialement destiné à la pratique en médecine générale, suffisamment facile d'accès et condensé pour être utilisé au cours d'une consultation.

#### **5- Favoriser le recours aux supports papiers**

Un support papier comportant des recommandations « type », simples et synthétiques, concernant l'hygiène alimentaire ou la protection anti-vectorielle par exemple, pourrait être d'emblée remis au patient à l'issue de cette consultation.

Ce document papier pourrait aussi comporter une liste de sites internet fiables et abordables pour le patient. Cela pourrait lui permettre d'éviter d'avoir recours à des informations erronées.

#### **6- Anticiper le voyage**

Presque un tiers des MG rapportaient qu'un certain nombre de leurs patients avaient tendance à consulter dans un délai très réduit avant un départ. Ce chiffre pourrait être amené à augmenter en raison de l'engouement pour les vols à prix dégriffés achetés à la dernière minute, ce qui fera de ces voyageurs un groupe à cibler pour les conseils en matière de santé. Ce mode de voyage est particulièrement prisé des 25-39 ans et peut être un obstacle à la consultation pré voyage [74].

Ce phénomène reflète l'ignorance des voyageurs vis-à-vis de l'importance de consulter avant un voyage, et dans quel délai. Il démontre aussi une perception insuffisante des risques auxquels ils sont exposés.

Il est du rôle du MG de les informer à ce sujet, car idéalement le voyageur doit consulter

quatre à huit semaines avant le départ, pour réaliser la prophylaxie vaccinale dans de bonnes conditions et/ou d'obtenir un rendez-vous en CVI si nécessaire.

Cela pourrait se faire par le biais d'un affichage en salle d'attente, mentionnant la nécessité d'anticiper un départ à l'étranger, notamment pour la réalisation des vaccinations.

Pour les VFR, une information délivrée au cours d'une consultation pour un autre motif, surtout à l'approche de dates clefs comme les périodes des fêtes de fin d'années, du Hajj, ou encore des grandes vacances scolaires, pourrait permettre de préparer les messages de prévention et les prescriptions toutes confondues.

## CONCLUSION

Le MG représente la première source d'informations pour les voyageurs recherchant des conseils avant un départ à l'étranger.

Son rôle de prévention et d'information est majeur, car les patients ont une perception incorrecte des risques auxquels ils s'exposent, et peuvent aussi contribuer à la propagation mondiale de maladies infectieuses.

Un nombre non négligeable de patients ne recherche pas de conseils médicaux avant le départ, ou, comme les VFR, consultent dans un délai très restreint avant le départ. Il est donc important de sensibiliser le patient à l'intérêt d'une consultation pré-voyage, suffisamment en amont du départ, afin de pouvoir la réaliser dans de bonnes conditions.

Des conseils personnalisés, adaptés au voyage, au voyageur ainsi qu'aux modalités du séjour sont nécessaires pour prévenir la survenue de problèmes médicaux sur place ou au retour.

Cette étude a révélé que la prise en charge des voyageurs ne semble pas poser de problèmes notables aux MG, malgré une formation initiale en médecine du voyage jugée insuffisante, dans la grande majorité des cas.

L'ensemble des MG ciblait les mesures de prévention les plus importantes, telles que la prévention du paludisme, la vaccination, la constitution d'une trousse de secours et les mesures hygiéno-diététiques. Cela révèle que les MG ont bien conscience de l'enjeu de cette consultation

Une évaluation pertinente des risques individuels permettait aux MG d'adapter les informations et les prescriptions à chaque patient.

Les informations délivrées au cours de cette consultation restaient très nombreuses, car les MG devaient également répondre aux attentes non médicales des patients.

Si la consultation du voyageur était appréciée pour sa singularité, elle pouvait également les mettre en difficulté. Sa complexité résidait dans le fait que les MG étaient confrontés à une grande diversité de voyages et de voyageurs, auxquels ils n'étaient pas forcément formés. Elle nécessitait donc une grande adaptabilité pour ajuster le contenu des informations.

Globalement les MG avaient très peu recours aux CVI. Les patients y étaient uniquement

adressés pour des risques « particuliers » lorsque les MG estimaient ne pas être en mesure de les prendre correctement en charge.

Comme pour toutes les consultations quelles qu'elles soient, les informations retenues par les patients sont faibles. La consultation des voyages n'échappe pas à cet état de fait. Cependant, les risques auxquels s'exposent les patients à court terme ne sont pas négligeables. Il semble donc nécessaire de réfléchir à la façon d'améliorer la communication avec les patients voyageurs, et le MG a toute sa place dans cette réflexion.

Au final, la consultation du voyageur est une médecine « à la carte », complexe par son contenu et son exhaustivité. Elle peut parfois mettre le MG en difficulté par un manque d'expérience et de formation dans cette spécialité. Il paraît donc important de proposer des mesures concrètes pour améliorer la formation initiale et continue du MG dans ce domaine.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Faits Saillants OMT du tourisme, édition 2016 | Tourism Market Trends UNWTO [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://mkt.unwto.org/fr/publication/faits-saillants-omt-du-tourisme-edition-2016>
2. November 2016 - Volume 14 | Tourism Market Trends UNWTO [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://mkt.unwto.org/barometer/november-2016-volume-14>
3. 4 Pages n°57 - Le tourisme des Français en 2015 : les destinations françaises et l'hébergement marchand résistent | Direction Générale des Entreprises (DGE) [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.entreprises.gouv.fr/etudes-et-statistiques/4-pages-57-tourisme-des-francais-2015>
4. Steffen R, Rickenbach M, Wilhelm U, Helminger A, Schär M. Health problems after travel to developing countries. *J Infect Dis.* juill 1987;156(1):84-91.
5. Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans traveling to developing countries. *J Travel Med.* oct 2000;7(5):259-66.
6. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin M. Enquête Nicolle 2006: Connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux [Internet]. Editions INPES; 2008. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2008/enquete-nicolle-2006.asp>
7. Jeannel D, Lassel L, Dorleans F, Gautier A, Jauffret-Roustide M. Perception des risques infectieux lors des déplacements à l'étranger, attitudes et pratiques des Français métropolitains. *Bull Épidémiologie Hebd.* 19 juin 2007;(25-26):221-4.
8. Bouchaud O. Médecine des voyages. Une analyse au cas par cas des risques et des bénéfices pour le voyageur. *Rev Prat.* avr 2015;65(4):475-8.
9. Steffen R. Travel medicine--prevention based on epidemiological data. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* avr 1991;85(2):156-62.
10. McIntosh IB, Reed JM, Power KG. Travellers' diarrhoea and the effect of pre-travel health advice in general practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* févr 1997;47(415):71-5.
11. Rovira C. Place des médecins généralistes pour les conseils sanitaires aux voyageurs dans les pays en développement : enquête à l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle (France) [Internet]. [Paris]: Université Paris Descartes - Faculté de Médecine; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01147930>
12. Van Herck K, Van Damme P, Castelli F, Zuckerman J, Nothdurft H, Dahlgren A-L, et al. Knowledge, attitudes and practices in travel-related infectious diseases: the European airport survey. *J Travel Med.* févr 2004;11(1):3-8.
13. Hamer DH, Connor BA. Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers. *J Travel Med.* févr 2004;11(1):23-6.
14. Gherardin T. The pre-travel consultation - an overview. *Aust Fam Physician.* mai 2007;36(5):300-3.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: Outbreak of severe acute respiratory syndrome--worldwide, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 28 mars 2003;52(12):241-6, 248.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: novel influenza A (H1N1) virus infections - worldwide, May 6, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 8 mai 2009;58(17):453-8.

17. Armand L. Les touristes français à l'étranger en 2006: résultats issus du suivi de la demande touristique (direction du Tourisme). *Bull Epidémiologique Hebd.* 19 juin 2007;(25-26):218-21.
18. 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.* 1 sept 2012;10(5):247-56.
19. Aubin- Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
20. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. *BMJ.* 8 juill 1995;311(6997):109-12.
21. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer.* 2009;20(87):74-9.
22. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147-81.
23. Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Réseaux.* 1996;14(79):177-9.
24. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques - PDF. *Rech Qual.* 2006;26 (1):110-38.
25. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract.* juin 2002;19(3):285-9.
26. Koen Van Herck, Jane Zuckerman, Francesco Castelli, Pierre Van Damme, Eric Walker., and Robert Steffen. Travelers' Knowledge, Attitudes, and Practices on Prevention of Infectious Diseases: Results from a Pilot Study. *J Travel Med.* 2003;10(2):75-8.
27. Wilder-Smith A, Khairullah NS, Song J-H, Chen C-Y, Torresi J. Travel health knowledge, attitudes and practices among Australasian travelers. *J Travel Med.* févr 2004;11(1):9-15.
28. Kogelman L, Barnett ED, Chen LH, Quinn E, Yanni E, Wilson ME, et al. Knowledge, attitudes, and practices of US practitioners who provide pre-travel advice. *J Travel Med.* avr 2014;21(2):104-14.
29. 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.* août 2013;20(4):221-7.
30. LaRocque RC, Deshpande BR, Rao SR, Brunette GW, Sotir MJ, Jentes ES, et al. Pre-travel health care of immigrants returning home to visit friends and relatives. *Am J Trop Med Hyg.* févr 2013;88(2):376-80.
31. Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 nov 2006;43(9):1185-93.
32. Brunette GW. *CDC Health Information for International Travel 2012: The Yellow Book.* Oxford University Press, USA; 2011. 685 p.
33. Angell SY, Cetron MS. Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Ann Intern Med.* 4 janv 2005;142(1):67-72.
34. Schlagenhauf P, Steffen R, Loutan L. Migrants as a major risk group for imported malaria in European countries. *J Travel Med.* avr 2003;10(2):106-7.
35. Bui Y-G, Trépanier S, Milord F, Blackburn M, Provost S, Gagnon S. Cases of malaria, hepatitis A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada). *J Travel Med.* déc 2011;18(6):373-8.

36. Cullen KA, Mace KE, Arguin PM, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Malaria Surveillance - United States, 2013. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC* 2002. 4 mars 2016;65(2):1-22.
37. van Genderen PJJ, van Thiel PPAM, Mulder PGH, Overbosch D, Dutch Schiphol Airport Study Group. Trends in the knowledge, attitudes and practices of travel risk groups toward prevention of hepatitis B: results from the repeated cross-sectional Dutch Schiphol Airport Survey 2002-2009. *Travel Med Infect Dis.* avr 2014;12(2):149-58.
38. van Genderen PJJ, van Thiel PPAM, Mulder PGH, Overbosch D, Dutch Schiphol Airport Study Group. Trends in knowledge, attitudes, and practices of travel risk groups toward prevention of hepatitis A: results from the Dutch Schiphol Airport survey 2002 to 2009. *J Travel Med.* févr 2012;19(1):35-43.
39. Lynch MF, Blanton EM, Bulens S, Polyak C, Vojdani J, Stevenson J, et al. Typhoid fever in the United States, 1999-2006. *JAMA.* 26 août 2009;302(8):859-65.
40. Casuccio A, Immordino P. [Visiting friends and relatives (VFRs) role on imported malaria: a literature review]. *Epidemiol Prev.* déc 2014;38(6 Suppl 2):23-8.
41. Develoux M, Loup GL, Dautheville S, Belkadi G, Magne D, Lassel L, et al. Paludisme chez les migrants, expérience d'un hôpital parisien (2006-2010). *Bull Société Pathol Exot.* 1 mai 2012;105(2):95-102.
42. Hagmann S, Neugebauer R, Schwartz E, Perret C, Castelli F, Barnett ED, et al. Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. *Pediatrics.* mai 2010;125(5):e1072-1080.
43. Forest A, Brihier M, Verny M. Personnes âgées en voyage. *Presse Médicale.* 8 févr 2013;42(2):209-16.
44. Wieten RW, Leenstra T, Goorhuis A, van Vugt M, Grobusch MP. Health risks of travelers with medical conditions--a retrospective analysis. *J Travel Med.* avr 2012;19(2):104-10.
45. Institut de Veille Sanitaire. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2016. *Bull Épidémiologique Hebd.* 31 mai 2016;(Hors Série):1-66.
46. 1er Baromètre Institut Pasteur-Ifop sur la santé en voyage\* [Internet]. Institut Pasteur. 2013 [cité 7 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/1er-barometre-institut-pasteur-ifop-sante-voyage>
47. Bley D, Vernazza-Licht N, Pistone T, Reviriego J, Djossou F, Receveur M-C, et al. Connaissances et perceptions du paludisme chez 103 voyageurs à destination intertropicale consultant le centre de conseil aux voyageurs du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, France. *Médecine Mal Infect.* oct 2007;37(10):678-83.
48. Dos Santos F. Les connaissances des voyageurs sur les modes de transmission des principales maladies tropicales. Etude multicentrique prospective. [Thèse médecine]. [Créteil]: Paris 12; 2003.
49. Wannin J. Evaluation des connaissances des voyageurs vis-à-vis des principales pathologies tropicales. Etude descriptive menée au centre de vaccination international de Metz [Thèse médecine]. Nancy 1; 2010.
50. Pistone T, Ezzedine K, Gaudin A-F, Hercberg S, Nachbaur G, Malvy D. Malaria prevention behaviour and risk awareness in French adult travellers. *Travel Med Infect Dis.* janv 2010;8(1):13-21.
51. Chiffres-cles | Centre National de Référence du Paludisme pour la France métropolitaine [Internet]. [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://cnrpaludisme-france.org/pages/chiffres-cles>
52. Lafaille A. Attitudes et pratiques des voyageurs face aux risques infectieux: enquête auprès des patients de 31 médecins généralistes de Loire Atlantique en 2014 [Internet]. Université de Nantes; 2015 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/190541903>

53. Pourcelot M-A, Université de Picardie. Conseils aux voyageurs : les attentes des patients au cours de la consultation en médecine générale. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2016.
54. Wiklund S, Fagerberg I, Örtqvist Å, Broliden K, Tammelin A. Acquisition of extended spectrum  $\beta$ -lactamases during travel abroad-A qualitative study among Swedish travellers examining their knowledge, risk assessment, and behaviour. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2016;11:32378.
55. Caumes E. Epidémiologie des pathologies au cours des voyages, revue de la littérature. *Bull Epidémiologique Hebd*. 14 juin 2005;(24-25):125-7.
56. Wadhvaniya S, Hyder AA. Pre-travel consultation without injury prevention is incomplete. *J Travel Med*. août 2013;20(4):217-20.
57. Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. oct 2010;14(10):e842-851.
58. Combs BC, Giele CM. An increase in overseas acquired HIV infections among heterosexual people in Western Australia. *Sex Health*. mars 2009;6(1):35-9.
59. Rice B, Gilbert V, Lawrence J, Smith R, Kall M, Delpech V. Safe travels? HIV transmission among Britons travelling abroad. *HIV Med*. 1 mai 2012;13(5):315-7.
60. Les emplois du temps des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
61. Farquharson L, Noble LM, Barker C, Behrens RH. Health beliefs and communication in the travel clinic consultation as predictors of adherence to malaria chemoprophylaxis. *Br J Health Psychol*. mai 2004;9(Pt 2):201-17.
62. Farquharson L, Noble LM, Behrens RH. Travel clinic communication and non-adherence to malaria chemoprophylaxis. *Travel Med Infect Dis*. nov 2011;9(6):278-83.
63. Doblecki-Lewis S, Chang A, Jiddou-Yaladoo R, Tomashek KM, Stanek D, Anil L, et al. Knowledge, attitudes, and practices of Florida physicians regarding dengue before and after an educational intervention. *BMC Med Educ*. 26 avr 2016;16:124.
64. Noble LM, Willcox A, Behrens RH. Travel clinic consultation and risk assessment. *Infect Dis Clin North Am*. sept 2012;26(3):575-93.
65. Croughs M, Remmen R, Van den Ende J. The effect of pre-travel advice on sexual risk behavior abroad: a systematic review. *J Travel Med*. févr 2014;21(1):45-51.
66. Schlagenhauf P, Weld L, Goorhuis A, Gautret P, Weber R, von Sonnenburg F, et al. Travel-associated infection presenting in Europe (2008-12): an analysis of EuroTravNet longitudinal, surveillance data, and evaluation of the effect of the pre-travel consultation. *Lancet Infect Dis*. janv 2015;15(1):55-64.
67. Horvath LL, Murray CK, Dooley DP. Effect of maximizing a travel medicine clinic's prevention strategies. *J Travel Med*. déc 2005;12(6):332-7.
68. McIntosh IB. The Pre-Travel Health Consultation. *J Travel Med*. 1 mai 2015;22(3):143-4.
69. Leder K, Bouchaud O, Chen LH. Training in Travel Medicine and General Practitioners: A Long-Haul Journey! *J Travel Med*. déc 2015;22(6):357-60.

70. Noble LM, Farquharson L, O'Dwyer NA, Behrens RH. The impact of injection anxiety on education of travelers about common travel risks. *J Travel Med.* avr 2014;21(2):86-91.
71. Crockett M, Keystone J. « I hate needles » and other factors impacting on travel vaccine uptake. *J Travel Med.* avr 2005;12 Suppl 1:S41-46.
72. Hill DR, Ericsson CD, Pearson RD, Keystone JS, Freedman DO, Kozarsky PE, et al. The practice of travel medicine: guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 15 déc 2006;43(12):1499-539.
73. Kodkani N, Jenkins JM, Hatz CF. Travel advice given by pharmacists. *J Travel Med.* juin 1999;6(2):87-93.
74. Hoibian S, Müller J. Vacances 2014: l'éclaircie. 2015 janv. Report No.: 320.

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Texte de démarchage téléphonique.

« Bonjour, je m'appelle Mathilde TONNELIER, je suis interne en médecine générale et souhaiterai savoir si vous seriez disponible pour un entretien semi-dirigé, anonyme, de moins de dix minutes, dans le cadre de mon travail de thèse »

## ANNEXE 2 : Script d'entretien.

- 1- Caractéristiques de la population interrogée (Homme/Femme, âge, milieu d'exercice, en activité depuis ? Participation à des FMC ?)
- 2- Quelle est la proportion, dans votre activité, des consultations dédiées aux voyageurs ?  
*Relances* : constatez-vous une évolution de ce type de consultation ? Souhaitez-vous une consultation dédiée/ est-ce une consultation dédiée ?
- 3- Quel est le profil des patients qui consultent dans ce cadre ?  
*Relance* : Jeunes/ seniors, Immigrés, expatriés ? Types de voyages ?
- 4- Quels sont les motifs de consultation en rapport avec le voyage (demande des patients) ?  
*Relance* : à quel moment vous consultent-ils ?
- 5- Comment se déroule une consultation du voyage ? Qu'est-ce que vous leur dites ?  
Qu'est-ce que vous leur faites ?  
*Relances* : Thèmes abordés / Mesures de prévention données / Ces consultations débouchent-elles sur une prescription ? Si oui, de quoi ? / Quid des patients avec une pathologie chronique (ordonnance en DCI, diabétique insulino-dépendant...)
- 6- Utilisez-vous des outils pour répondre aux demandes des patients ? Si oui, lesquels ? – Si non pourquoi ?  
*Relance* : dans quel cas adressez-vous le patient en consultation spécialisée ou à un infectiologue ? Savez-vous où se situe le centre de référence dans la région ?
- 7- Que pensez-vous de votre formation initiale en médecine du voyage ?  
*Relance* : vous sentez-vous à l'aise avec ce type de consultation ?
- 8- Souhaitez-vous des améliorations de la formation dans ce domaine ? Si oui lesquelles ? / si non pourquoi ?  
*Relance* : quelles sont vos propositions d'amélioration dans ce domaine ?



## LA CONSULTATION DU VOYAGEUR EN MEDECINE GENERALE : VECU ET PRATIQUES DE PREVENTION DES MEDECINS GENERALISTES ISARIENS

**Introduction :** le nombre de voyageurs internationaux n'a cessé d'augmenter depuis plusieurs années. Au cours de leur séjour, les voyageurs sont exposés à des risques qui peuvent être en partie évités par des conseils de prévention. Les médecins généralistes étant le premier recours en soins primaires, il paraissait intéressant d'étudier leur vécu et leurs pratiques de prévention, dans le cadre de la consultation du voyageur.

**Matériel et méthodes :** étude qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de médecins généralistes de l'Oise. Transcription et analyse des données selon la méthode de la théorisation ancrée.

**Résultats :** 22 entretiens ont été réalisés entre septembre et décembre 2016. Les généralistes axaient leurs conseils sur la prévention du paludisme, la vaccination, l'hygiène alimentaire et la constitution d'une trousse de secours. L'évaluation des risques inhérents au patient, au séjour, ainsi qu'aux conditions du voyage permettait de délivrer des conseils ciblés et personnalisés.

**Discussion :** Globalement les généralistes se sentaient à l'aise avec cette consultation. Ils ont tout de même relevé un certain nombre de difficultés, principalement liées à des situations particulières, mais aussi à la nécessité d'une réactualisation régulière des connaissances. Malgré sa complexité et le besoin d'être exhaustif, cette consultation restait appréciée.

**Conclusion :** le rôle de prévention et d'information du médecin généraliste est majeur au cours de cette consultation. Des études sur l'évaluation de l'impact du conseil aux voyageurs permettraient de savoir ce qui est retenu par les patients, et ainsi proposer des pistes d'amélioration de la consultation pré-voyage.

**Mots clés :** médecine générale, voyage, prévention, conseils aux voyageurs, étude qualitative.

## PRE-TRAVEL CONSULTATION IN GENERAL MEDICINE: EXPERIENCE AND PREVENTION PRACTICES OF GENERAL PRACTITIONERS FROM OISE

**Introduction:** The number of international travellers has been continuously increasing for several years. During their stay, travellers are exposed to risks, which can be partially avoided by prevention advice. General practitioners being the first resort in primary care, it seemed interesting to study their experiences and their preventive practices, in the pre-travel consultation.

**Material and methods:** qualitative study by semi-directed interviews, with general practitioners from Oise. Transcription and analysis of data using the anchored theorization method.

**Results:** 22 interviews were conducted between September and December 2016. General practitioners focused their advice on malaria prevention, vaccination, food hygiene and the creation of a first aid kit. The assessment of the risks inherent to the patient, the stay and the conditions of the trip made it possible to deliver targeted and personalized advice.

**Discussion:** Generally speaking, general practitioners felt comfortable with this consultation. However, they have identified some difficulties, mainly related to particular situations, but also to the need for a frequent updating of knowledge. Despite its complexity and the need to be complete, this consultation remained appreciated.

**Conclusion:** the role of prevention and information of the general practitioner is major during this consultation. Studies on the evaluation of travellers' advice impact would make it possible to know what patients are remembering and thus to suggest ways to improve the pre-travel consultation.

**Keywords:** general medicine, travel, prevention, travel advice, qualitative study.