

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N° 085

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

par

Gaëlle LEROUX

Née le 17 septembre 1984 à Suresnes

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2013

Etude descriptive sur un an des cas de paludisme d'importation au CHU de Nantes.

Evaluation et amélioration des conseils de prévention du paludisme en médecine générale.

Président : Monsieur le Professeur MARJOLET Michel

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LAURENT Steven

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MARJOLET Michel,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Soyez remercié de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur POTEL Gilles,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de ma thèse.

Soyez remercié de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur BOUTOILLE David,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de ma thèse.

Soyez remercié de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Au Docteur LAURENT Steven,

Pour avoir dirigé ma thèse et pour tout le temps que tu y as consacré.

Au Docteur LEKIEFFRE Patrick,

D'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour m'avoir tant appris sur la médecine générale. En espérant être plus tard un aussi bon docteur que toi.

A tous les médecins, qui ont fait de moi ce que je suis maintenant notamment à Monsieur le Professeur LAMBOTTE Olivier, au Docteur OUISSE Véronique, au Docteur GUIHARD Thierry et au Docteur REIGNIER Gilles.

Table des matières

REMERCIEMENTS	- 2 -
LISTE DES ABREVIATIONS	- 4 -
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES.....	- 5 -
INTRODUCTION	- 6 -
MATERIEL ET METHODE	- 8 -
1. Population.....	- 8 -
2. Source des données.....	- 8 -
3. Recueil de données	- 9 -
4. Critères de jugement.....	- 10 -
5. Saisies et analyse des données.....	- 10 -
RESULTATS ET ANALYSE	- 11 -
1. Population.....	- 12 -
1.a. Sexe	- 12 -
1.b. Age.....	- 12 -
1.c. Origine des patients.....	- 13 -
1.d. Lieu de transmission du paludisme	- 14 -
1.e. Durée de séjour	- 15 -
1.f. Motif du séjour et nature du milieu visité	- 16 -
2. Conseils de prévention	- 17 -
2.a. Conseils de prévention et origine des patients.....	- 18 -
2.b. Consultation au CVI.....	- 19 -
2.c. Absence de conseils de prévention.....	- 21 -
3. Attitude prophylactique	- 22 -
3.a. Protection personnelle anti-moustiques	- 22 -
3.b. Chimio prophylaxie alléguée	- 23 -
3.b.i. Molécules prescrites.....	- 23 -
3.b.ii. Observance déclarée	- 24 -
3.b.iii. Raison de l'absence de prise de chimio prophylaxie	- 25 -
DISCUSSION	- 26 -
CONCLUSION.....	- 33 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 34 -
ANNEXES	- 36 -

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD :	Antécédent
BEH :	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CI :	Contre-Indication
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNR Palu :	Centre National de Référence du Paludisme
CVI :	Centre du Voyageur International
HAS :	Haute Autorité de Santé
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
LAV :	Lutte antivectorielle
ZEP :	Zone d'Endémie Palustre

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Répartition des cas en fonction du sexe	- 12 -
Figure 2 : Répartition des cas en fonction des tranches d'âge	- 12 -
Figure 3 : Répartition des cas en fonction de l'origine des patients	- 13 -
Figure 4 : Répartition des cas en fonction de la région d'endémie visitée	- 14 -
Figure 5 : Répartition des cas en fonction des durées de séjour	- 15 -
Figure 6 : Répartition des cas en fonction du motif du séjour et du milieu visité...	- 16 -
Figure 7 : Lieu de consultation avant le départ	- 17 -
Figure 8 : Répartition des patients en fonction des conseils d'un médecin et de leur origine.....	- 18 -
Figure 9 : Informations données par le CVI sur les risques de transmission du paludisme (<i>selon déclaration du patient</i>)	- 19 -
Figure 10 : Consultation au CVI pour voyage antérieur et recours ou non à de nouveau conseils de prévention pour le voyage concernant l'étude.....	- 20 -
Figure 11 : Répartition des patients n'ayant pas consulté avant le voyage en fonction de leur origine.....	- 21 -
Figure 12 : Répartition des cas en fonction de l'utilisation des protections anti-moustiques	- 22 -
Figure 13 : Chimio prophylaxie prescrite	- 23 -
Figure 14 : Répartition des cas en fonction de l'observance déclarée de la chimio prophylaxie prescrite	- 24 -
Figure 15 : Répartition des cas selon les raisons de l'absence de prise de chimio prophylaxie	- 25 -

INTRODUCTION

Le tourisme des Français vers l'étranger est en constante augmentation depuis ces dernières années, plus que doublant en vingt ans pour atteindre 23 000 en 2011 dont presque 3 000 vers les pays tropicaux [1].

Ces voyageurs s'exposent ainsi à de nombreux risques infectieux [2] parmi lesquels le paludisme qui représente une des trois causes de fièvre au retour de pays tropical selon le réseau *GeoSentinel* de l'*International Society of Travel Medicine* [3].

La France est le pays européen où l'on observe le plus grand nombre de cas de paludisme d'importation. Créé en 2006, le Centre National de Référence du Paludisme (CNR Palu) émet chaque année un rapport d'activité. En 2011, il estime à environ 3560 le nombre de cas de paludisme d'importation en France métropolitaine [4]. Malgré une nette diminution depuis 2000, le paludisme reste toutefois une maladie fréquente et la proportion d'accès palustres graves continue d'augmenter jusqu'en 2009 pour se stabiliser à 7,2 % en 2011 dont 4 décès déclarés [4].

Des mesures de prévention existent pour diminuer le risque d'accès palustre et reposent sur la lutte anti-vectorielle et la chimioprophylaxie comme recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) accessible dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) [5].

Cependant, nous savons que ces mesures ne sont pas toujours appliquées. Comme le montre une étude publiée en 2006, seuls 42,3 % de l'échantillon déclaraient utiliser des mesures mécaniques de protection et 44 % avaient eu recours à une chimioprophylaxie adaptée [6].

Par ailleurs, le CNR Palu confirme sur son rapport de 2011 que l'observance de la chimioprophylaxie diminue significativement depuis 2007 expliquant en partie l'augmentation des accès palustres graves [4].

Plusieurs raisons expliquent la mauvaise observance de la chimioprophylaxie comme la non compliance, les effets secondaires au traitement, leur coût et le manque de connaissance des risques [7].

Les voyageurs français ont essentiellement recours aux médecins généralistes et aux centres du voyageur international (CVI) pour obtenir des conseils avant un départ dans un pays d'endémie palustre. Cependant aucune étude n'a évalué les conseils reçus et leur compréhension par les voyageurs consultant avant un voyage.

Au CHU de Nantes, ce sont environ 50 cas recensés chaque année [Annexe 1]. La majorité d'entre eux avaient pourtant reçus des conseils avant leur voyage.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer les conseils de prévention reçus par les voyageurs ayant consulté au CHU de Nantes pour un accès palustre.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas de paludisme d'importation au CHU de Nantes et de formuler des propositions qui permettraient d'améliorer les conseils délivrés par le CVI ou les médecins généralistes

MATERIEL ET METHODE

1. Population

Il s'agit une étude monocentrique prospective observationnelle descriptive conduite sur un an (du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013) au CHU de Nantes.

Tous les patients consultant aux urgences adultes ou pédiatriques du CHU de Nantes avec un diagnostic certain d'accès palustre d'importation (quelle que soit l'espèce plasmodiale) ont été inclus. Ils devaient avoir séjourné en pays d'endémie palustre depuis moins de un an.

Ont été exclus tous patients arrivés en France mais vivant dans le pays d'endémie palustre.

2. Source des données

Après avoir informé les médecins du service d'accueil des urgences (adultes et pédiatriques) du déroulement de l'étude, ils nous signalaient la présence des patients pour lesquels un paludisme avait été confirmé. En dehors des heures ouvrables, une liste de recueil des coordonnées des patients incluables a été complétée.

Par soucis d'exhaustivité, un parasitologue référent nous a fourni la liste de toutes les parasitémies positives à *Plasmodium* sur la période étudiée.

3. Recueil de données

Un questionnaire patient regroupant les critères d'évaluation choisis a été établi à partir des recommandations de la conférence de consensus sur la prise en charge du paludisme organisée en 2007 par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) [8].

Il a été complété par les coordonnateurs de l'étude par interrogatoire des patients ou des parents (enfants) directement ou par téléphone. L'interrogatoire a été mené après consentement éclairé du patient (ou d'un parent).

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avait été réalisée au préalable.

Chaque questionnaire patient a été rendu anonyme et comportait 4 sous-parties [Annexe2] :

1. Le patient et son voyage

- Caractéristiques épidémiologiques du patient : âge, sexe, origine ethnique.
- Conditions du séjour : destination, dates, durée (en mois), nature du milieu, motifs du séjour.

2. Les conseils de prévention pris avant le départ

- Lieu de renseignement : CVI, médecin traitant, internet, autre.
- Degré de compréhension des conseils reçus, raison du manque ou de l'absence de clarté de l'information délivrée.
- Raisons pour lesquelles le patient n'aurait pas pris de renseignement.

3. La lutte anti-vectorielle (LAV)

- Utilisation ou non des protections personnelles anti-moustiques : moustiquaire, répulsif, vêtements longs.
- Raison de non observance de la LAV.

4. La chimioprophylaxie

- Type de chimioprophylaxie en cas de prescription.
- Raison d'absence de recours à la chimioprophylaxie.
- Raisons de non observance de la chimioprophylaxie: oubli, arrêt, effets secondaires, coût, contraintes, non connaissance des risques, autre

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'évaluation des conseils de prévention reçus par tout patient ayant consulté au CHU de Nantes pour un accès palustre d'importation. Ces conseils devaient concerner le voyage au décours duquel il avait présenté cet accès palustre.

Les critères de jugement secondaires étaient d'analyser les données épidémiologiques des patients inclus pour les comparer aux données de la littérature.

L'objectif de ce travail était de proposer des axes d'amélioration de la qualité des conseils de prévention délivrés par le CVI ou le médecin généraliste à tout voyageur consultant avant un départ en zone d'endémie palustre.

5. Saisies et analyse des données

Les données recueillies sur le questionnaire patient ont été informatisées sur tableur EXCEL[®]. Le fichier a été rendu anonyme par la saisie des premières lettres du nom et du prénom et de la date de naissance sous le format MM/AAAA.

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes +/- écart-type à l'aide du site internet GraphPad QuickCalcs : <http://www.graphpad.com/quickcalcs/> (version novembre 2013).

RESULTATS ET ANALYSE

Quarante-trois patients ont consulté aux urgences du CHU de Nantes sur la période étudiée du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

Cinq patients ont été exclus de l'étude : 2 patients vivaient en Afrique, 2 patients y avaient séjourné plus de 2 ans et 1 patient a présenté une réactivation de paludisme en France.

Quatre patients ont été perdus de vue (3 faux numéros de téléphone et 1 patiente n'a jamais répondu aux appels).

Au total, 34 patients répondant aux critères d'inclusion ont pu être inclus.

1. Population

1.a. Sexe

Parmi les 34 patients inclus, il y avait 11 femmes et 23 hommes (sex-ratio H/F = 2,1).

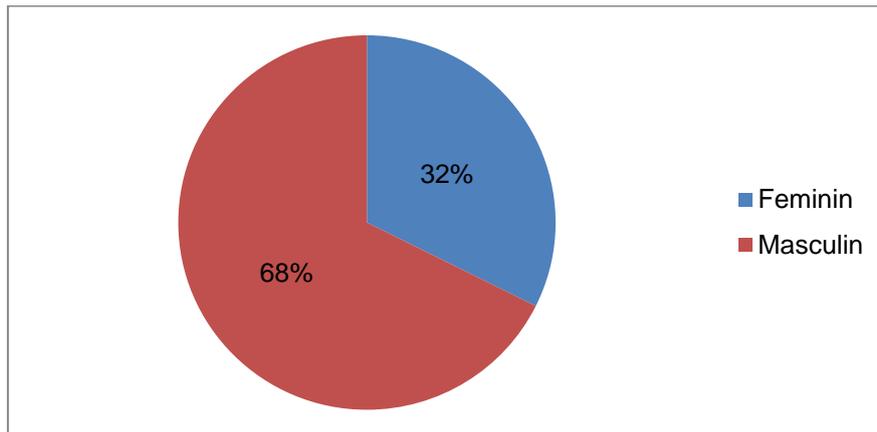


Figure 1 : Répartition des cas en fonction du sexe

1.b. Age

L'âge moyen était de 33,3 +/- 13,8 ans

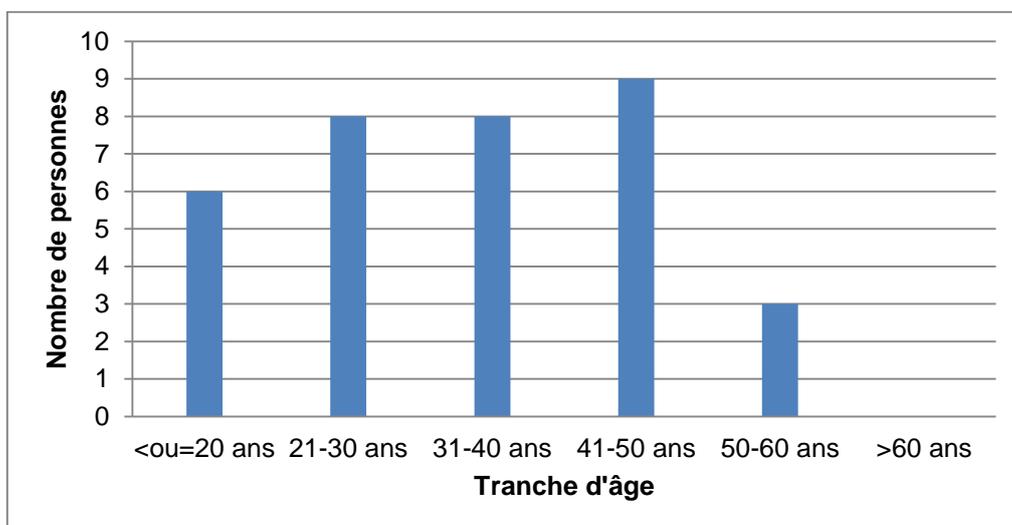


Figure 2 : Répartition des cas en fonction des tranches d'âge

1.c. Origine des patients

Parmi les 34 patients inclus :

- 21 patients (61,8 %) sont nés en zone d'endémie palustre (ZEP),
- 8 patients (23,5 %) sont nés en France métropolitaine de parents originaires de ZEP,
- 5 patients (14,7 %) n'étaient pas originaires de ZEP.

100 % des patients nés en ZEP ou de parents originaires de ZEP étaient d'origine africaine.

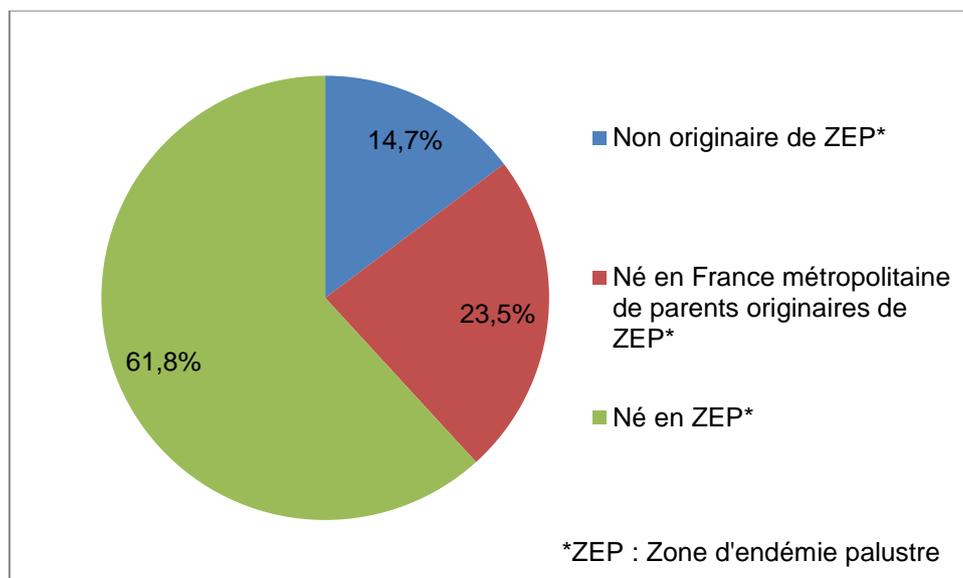


Figure 3 : Répartition des cas en fonction de l'origine des patients

1.d. Lieu de transmission du paludisme

L'Afrique représente le lieu le plus fréquent de contamination avec 97 % des cas acquis de paludisme.

Les trois pays majoritairement visités sont la Guinée-Conakry (29% des destinations), la Côte d'Ivoire (17%) et la République centrafricaine (12%).

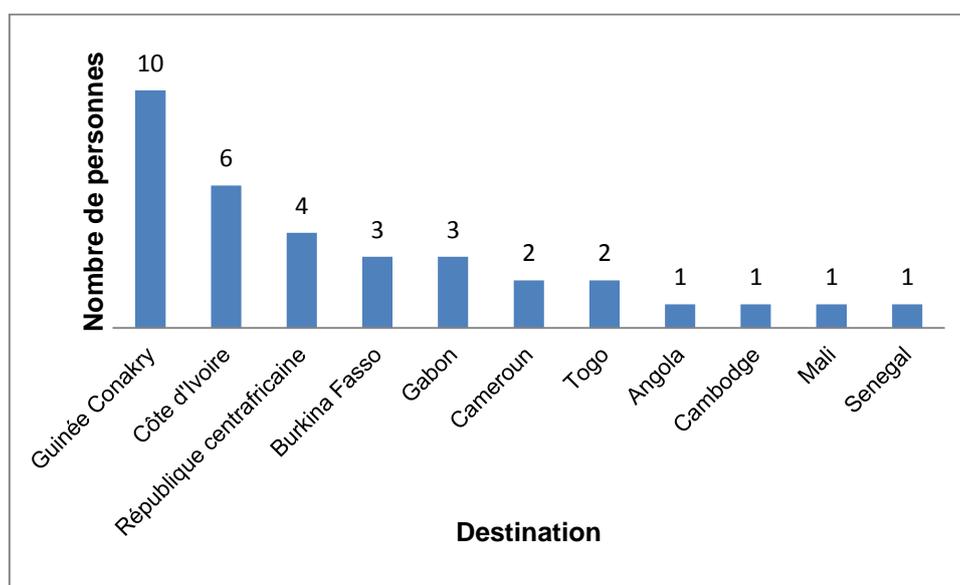


Figure 4 : Répartition des cas en fonction de la région d'endémie visitée

1.e. Durée de séjour

La durée moyenne de séjour en zone d'endémie palustre était de de 2 +/- 2 mois avec des durées extrêmes allant de 5 jours à 10 mois.

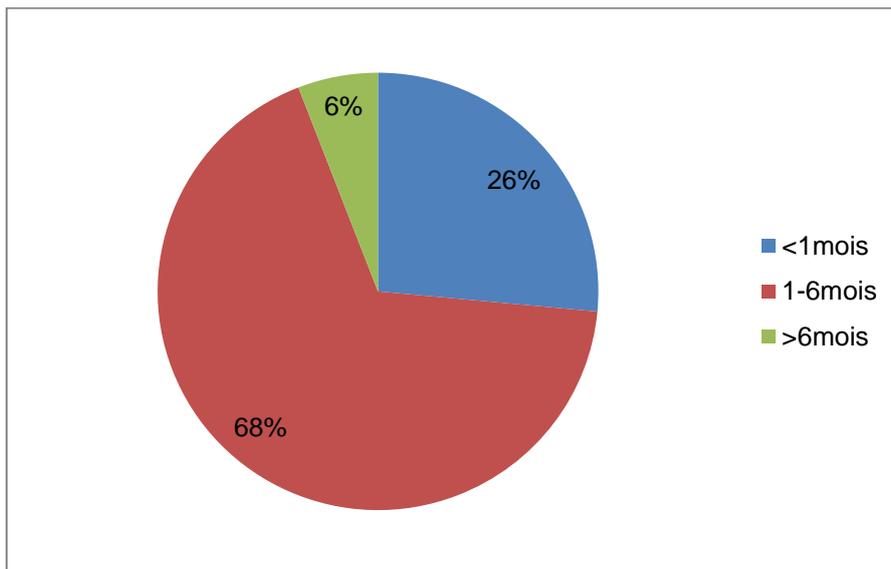


Figure 5 : Répartition des cas en fonction des durées de séjour

1.f. Motif du séjour et nature du milieu visité

Pour 28 patients, le voyage était motivé par une visite dans la famille ou chez des amis.

Deux patients ont mené une mission humanitaire, 2 patients sont partis pour raison touristique et 2 patients pour raisons professionnelles.

29 patients ont séjourné en milieu urbain.

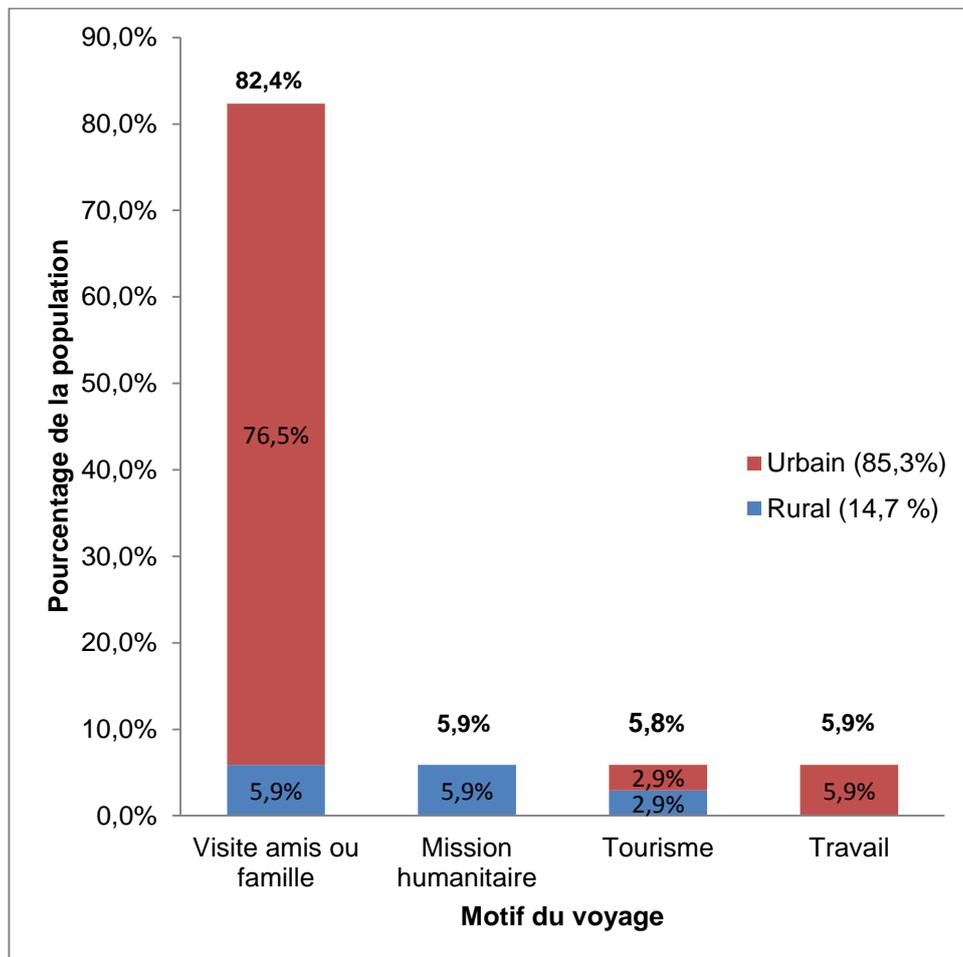


Figure 6 : Répartition des cas en fonction du motif du séjour et du milieu visité

2. Conseils de prévention

Sur l'ensemble des patients ayant consulté aux urgences pour accès palustre, 65 % (n = 22) des patients avaient pris des renseignements avant leur départ. Ces renseignements avaient été pris auprès d'un médecin pour 20 d'entre eux.

Douze des patients inclus (35 %) ont consulté au CVI et 8 patients (24 %) ont vu leur médecin généraliste.

D'autres sources d'information ont été retrouvées : 1 patiente a pris des renseignements sur internet et 1 patient s'est informé auprès d'amis.

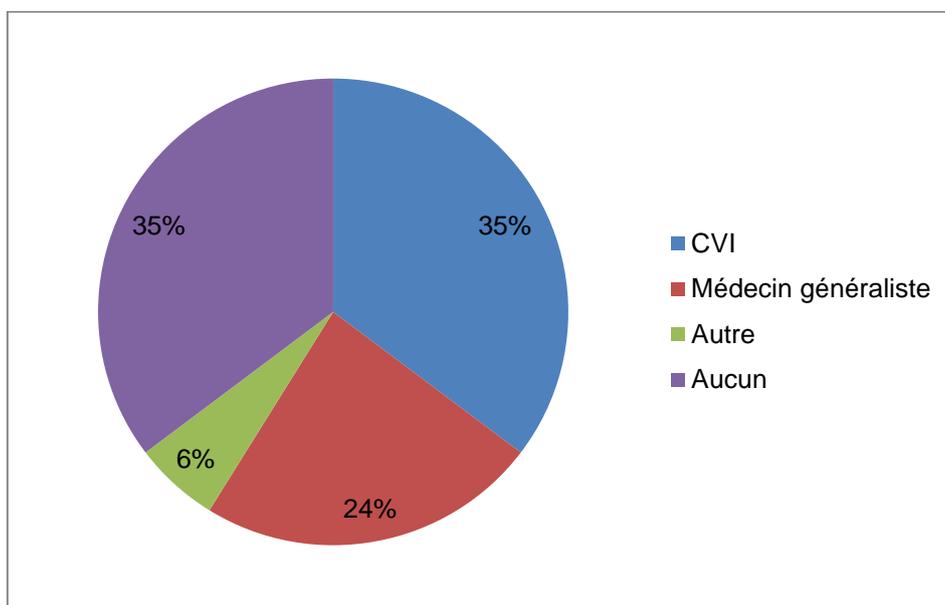


Figure 7 : Lieu de consultation avant le départ

2.a. Conseils de prévention et origine des patients

Parmi les 21 patients nés en ZEP, 52,4 % (11 patients) ont consulté un médecin avant leur départ :

- 5 d'entre eux ont consulté au CVI
- et 6 ont vu leur médecin généraliste

Parmi les 8 patients nés en France métropolitaine de parents originaires de ZEP, 75 % (6 patients) ont consulté un médecin avant leur départ :

- 4 d'entre eux ont consulté au CVI
- et 2 ont vu leur médecin généraliste

Parmi les 5 patients non originaires de ZEP, 60 % (3 patients) ont consulté au CVI. Les 2 autres patients ont pris des renseignements par internet ou auprès d'amis.

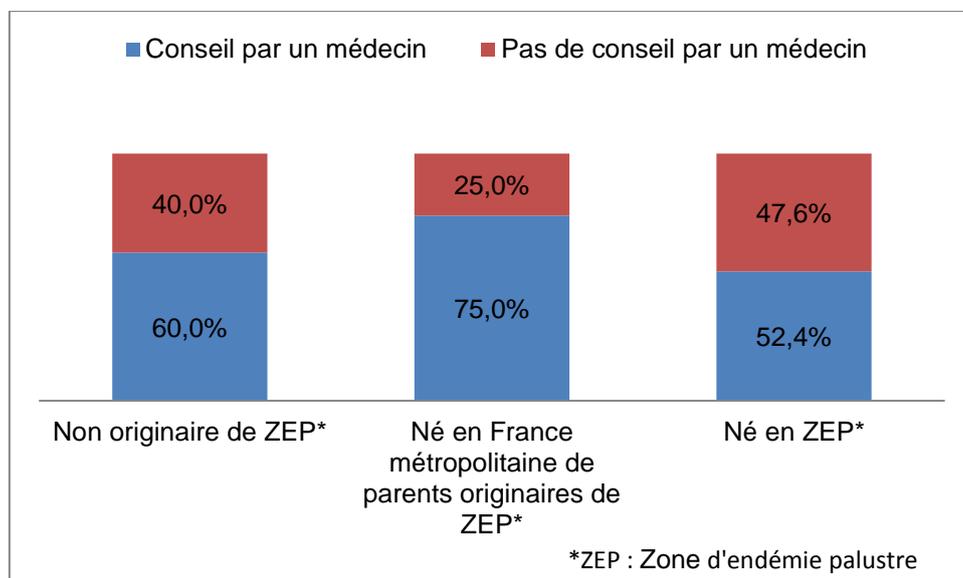


Figure 8 : Répartition des patients en fonction des conseils d'un médecin et de leur origine

2.b. Consultation au CVI

2.b.i. Informations délivrées par le CVI sur les risques de transmission du paludisme

Sur les 12 patients ayant consulté au CVI (dont 1 au CVI de Besançon),

- 9 patients (75 %) déclarent avoir reçu ces informations au moins oralement et les avoir trouvées suffisamment claires. Parmi eux :
 - 2 patients (16,7 %) déclarent avoir reçu une information claire mais ne pas avoir lus les documents d'information remis.
 - 7 patients (58,3 %) déclarent avoir reçu une information claire et complète.
- 2 patients (16,7 %) déclarent avoir reçu les informations mais la compréhension de l'information délivrée n'était pas évaluable.
- 1 patient (8,3 %) déclare n'avoir reçu aucune information et consulté uniquement pour qu'on lui délivre un nouveau certificat international de vaccination qu'il avait perdu.

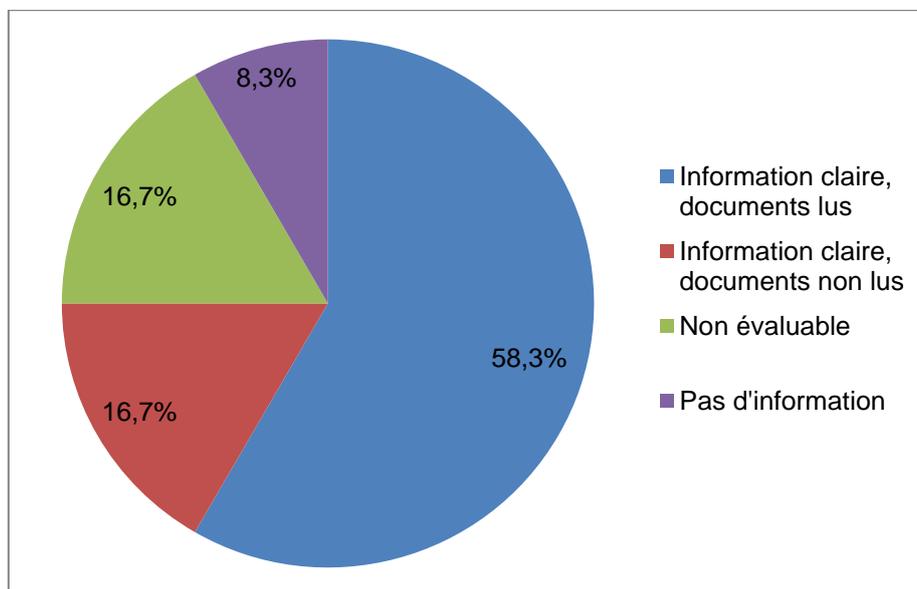


Figure 9 : Informations données par le CVI sur les risques de transmission du paludisme (selon déclaration du patient)

2.b.ii. Consultations antérieures au CVI

Sur l'ensemble de la population incluse, 7 patients avaient déjà consulté au CVI pour un voyage antérieur.

Parmi eux et pour le voyage concernant notre étude :

- 1 patient a consulté une nouvelle fois au CVI (pour délivrance d'un nouveau certificat international de vaccination perdu),
- 2 patients ont consulté leur médecin généraliste,
- 1 patiente a pris des renseignements sur internet,
- 3 patients n'ont pris aucun renseignement.

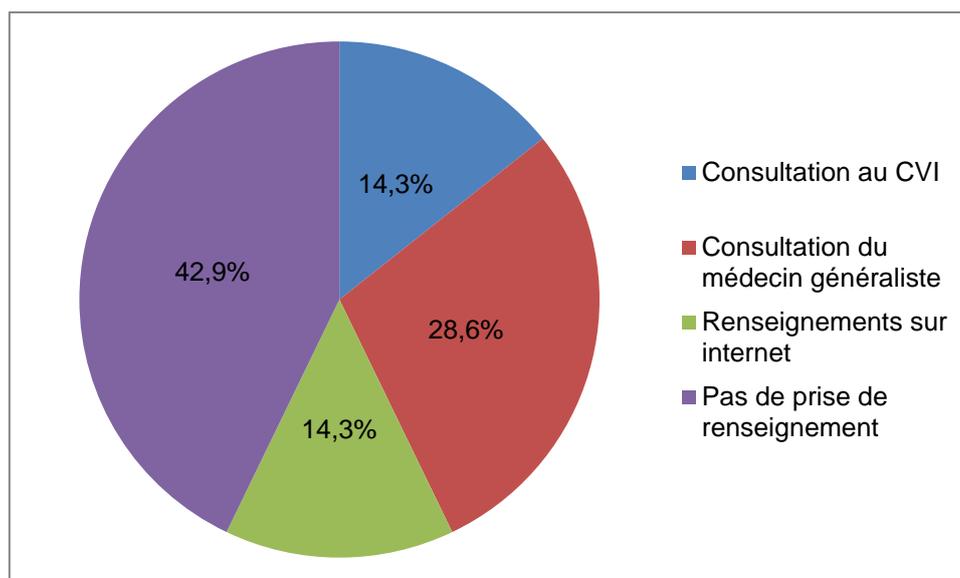


Figure 10 : Consultation au CVI pour voyage antérieur et recours ou non à de nouveaux conseils de prévention pour le voyage concernant l'étude

2.c. Absence de conseils de prévention

41,2 % (n = 14) des patients n'ont pas pris de conseils auprès d'un médecin avant leur départ en voyage.

Parmi ces patients, 12 étaient nés en ZEP ou de parents originaires de ZEP : 7 d'entre eux ne voyaient pas l'intérêt d'une consultation dont 1 patient qui avait déjà consulté au CVI dans le passé expliquant ainsi son choix. Quatre patients ont dû partir en urgence et n'ont pas consulté de médecin. Un patient n'a pas consulté sans raison évaluable.

Les 2 autres patients n'étaient pas originaires de ZEP : l'une d'entre eux a pris des conseils sur internet qui lui paraissaient suffisants puisqu'elle avait déjà consulté au CVI 2 ans auparavant. Un patient s'est dit rassuré par les conseils transmis par des amis.

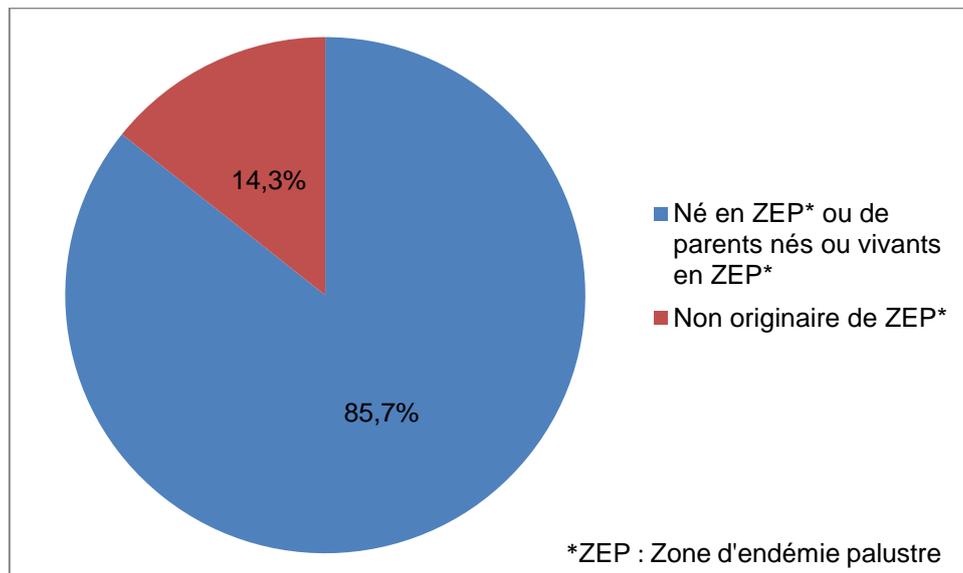


Figure 11 : Répartition des patients n'ayant pas consulté avant le voyage en fonction de leur origine

3. Attitude prophylactique

3.a. Protection personnelle anti-moustiques

Dix-sept patients (soit 50 %) n'avaient utilisé aucune protection personnelle anti-moustiques. Parmi eux deux patients ont utilisé des répulsifs non cutanés non adaptés (bougies).

Six patients (soit 17,65 %) avaient utilisé uniquement une moustiquaire.

Six patients (soit 17,65 %) avaient utilisé uniquement un répulsif cutané anti-moustiques.

Cinq patients (soit 14,7 %) avaient utilisé une moustiquaire associée à un répulsif cutané.

Parmi les autres moyens de protection, trois patients ont porté des vêtements longs le soir (9 %).

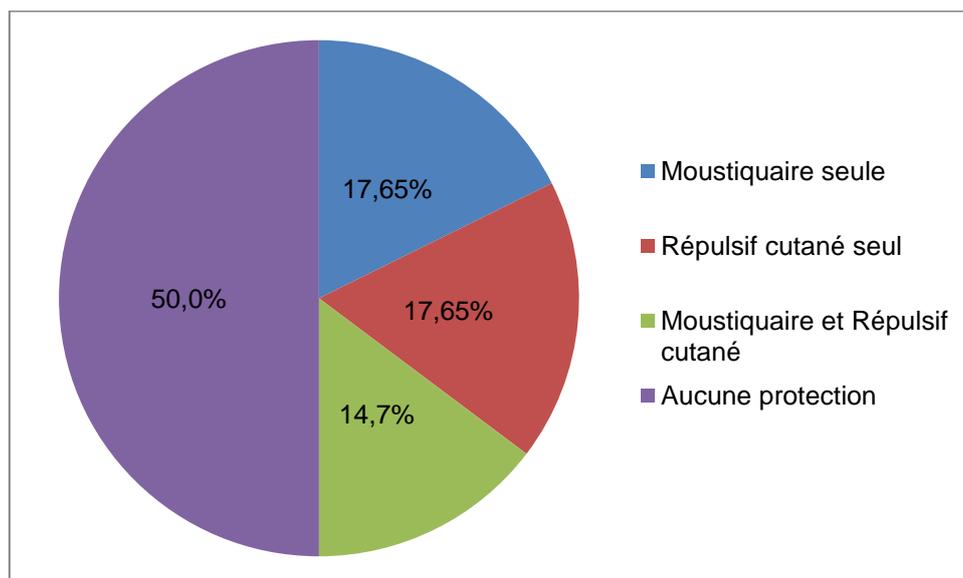


Figure 12 : Répartition des cas en fonction de l'utilisation des protections anti-moustiques

3.b. Chimio prophylaxie alléguée

Sur 34 patients, 16 patients déclaraient avoir eu une prescription de chimio prophylaxie, 1 patient avait eu recours à une automédication et 17 patients n'avaient pas eu de prescription.

3.b.i. Molécules prescrites

Selon déclaration des patients, la doxycycline est le premier traitement prescrit dans 50 % des cas, suivi de l'association atovaquone-proguanil (31,25 %) et de la méfloquine (18,75 %).

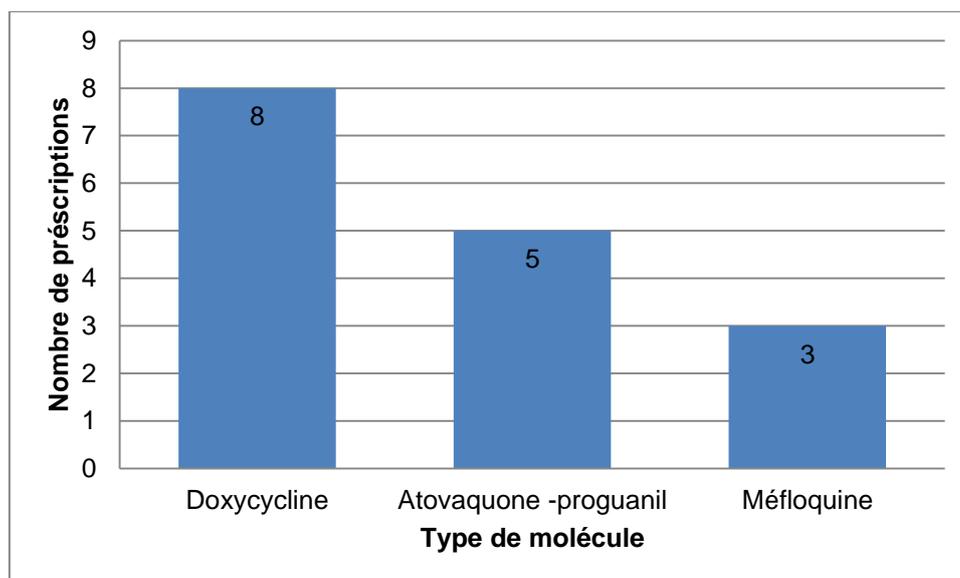


Figure 13 : Chimio prophylaxie prescrite

3.b.ii. Observance déclarée

Sur les 17 ayant déclaré avoir eu recours à une chimioprophylaxie,

- 7 patients ont déclaré ne pas l'avoir achetée
- 8 patients ont oublié des prises durant le séjour dont 4 d'entre eux n'ont pas poursuivi le traitement au retour et 1 d'entre eux a eu recours à une automédication
- 1 patient a arrêté prématurément la chimioprophylaxie en raison d'effets secondaires (douleurs abdominales sous atovaquone-proguanil)
- 1 patient a observé son traitement durant le voyage mais ne l'a pas poursuivi au retour.

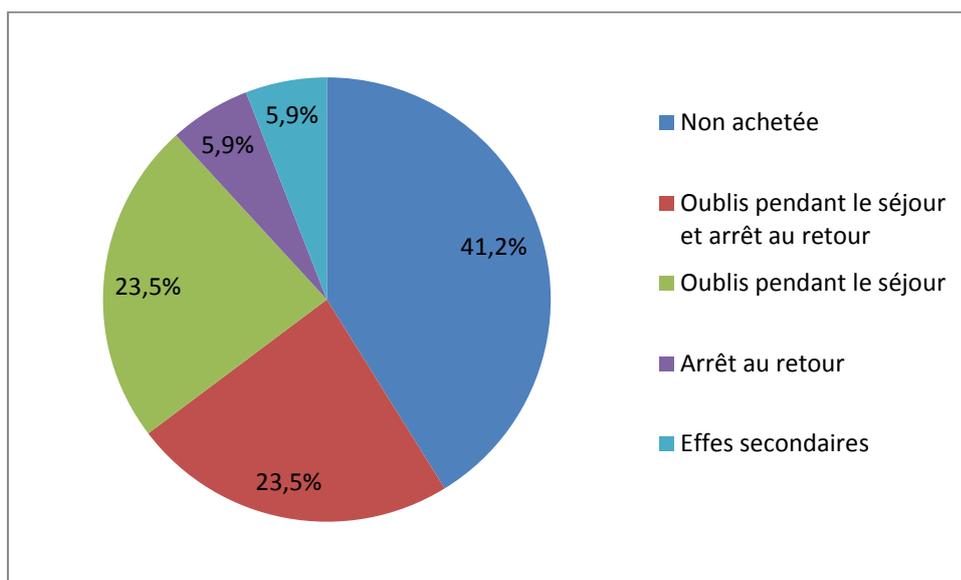


Figure 14 : Répartition des cas en fonction de l'observance déclarée de la chimioprophylaxie prescrite

3.b.iii. Raison de l'absence de prise de chimioprophylaxie

Dix-sept patients n'ont pas eu recours à une chimioprophylaxie pour les raisons suivantes :

- 9 patients n'en voyaient pas l'intérêt (dont 1 qui se sentait protégé par un répulsif seul)
- 3 patients n'avaient pas connaissance de la chimioprophylaxie,
- 2 patients partaient en voyage pour une durée ne nécessitant pas la prise de chimioprophylaxie (6 et 10 mois),
- 1 patient déclarait ne pas avoir de prescription par son médecin traitant bien qu'indiquée,
- pour 2 patients, cette information n'était pas évaluable.

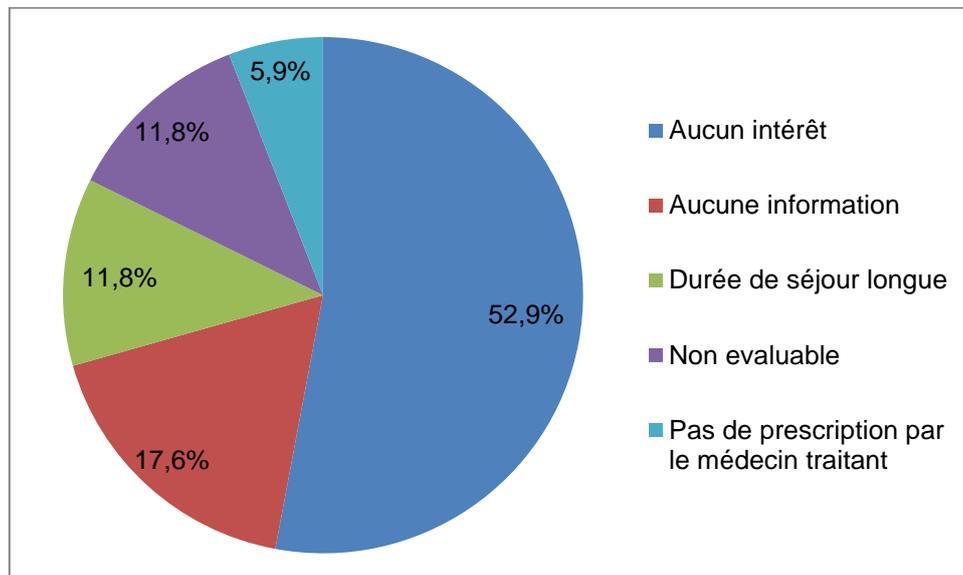


Figure 15 : Répartition des cas selon les raisons de l'absence de prise de chimioprophylaxie

DISCUSSION

Malgré les recommandations nationales [4] sur les mesures de prévention pouvant réduire significativement les risques, le paludisme d'importation reste fréquent en France. Il a été estimé à environ 3560 cas en 2011 par le Centre National de Référence du Paludisme [4]. Il tend à diminuer mais les accès graves semblent augmenter même s'il reste à faible risque de létalité (0,2 % de cas déclarés) [4].

L'objectif principal de cette étude prospective était d'évaluer les conseils de prévention reçus par tous les patients ayant consulté au CHU de Nantes pour accès palustre. L'évaluation portait uniquement sur les conseils reçus avant le voyage responsable de cet accès palustre.

Plusieurs études ont évalué les mesures de prévention prises par les voyageurs ou les raisons contribuant au mauvais respect de ces conseils [6,7]. Cette étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux conseils de prévention reçus par les voyageurs.

Le nombre moyen d'accès palustres au CHU de Nantes est d'environ 50 cas par an [Annexe 1].

Durant la période d'étude, 34 patients ont été inclus. Leurs caractéristiques épidémiologiques sont comparables avec les données retrouvées dans la littérature au niveau national [4]. Il s'agit plus fréquemment d'hommes (sex-ratio global autour de 2). La population est jeune (âge moyen 33 +/- 14 ans) et majoritairement d'origine africaine (85,3 % des cas). Hormis un séjour en Asie (Cambodge), tous les patients inclus ont séjourné en Afrique (97 % des cas) le plus souvent pour rendre visite à leurs familles ou amis et majoritairement en milieu urbain. La durée moyenne des séjours est de deux mois. Cette courte durée est retrouvée dans les autres études [9].

Dans la moitié des cas, les patients n'ont utilisé aucune mesure de protection mécanique. Près de la moitié des patients inclus (47 %) ont déclaré avoir eu une prescription de chimioprophylaxie mais elle n'a jamais été prise correctement, l'autre moitié n'y ayant pas eu recours.

Cette attitude est déjà connue et soulignée chaque année par le CNR Palu [4] et plusieurs études [6, 7,9].

Les raisons qui limitent l'utilisation de ces mesures de protection ou de la chimioprophylaxie ont déjà été évaluées dans plusieurs études : sous-estimation du risque lié au paludisme, coût du traitement, ses éventuels effets secondaires ou la non compliance [9]. Dans notre étude, certains patients déclaraient même ne pas avoir connaissance de la chimioprophylaxie, certains avaient déjà pourtant voyagé en ZEP.

Près de 60 % de notre population déclare avoir pris conseils auprès d'un médecin avant leur départ en ZEP, cependant tous ont présenté un accès palustre à leur retour.

La majorité d'entre eux a consulté un médecin généraliste ou un médecin du CVI. Seule une petite minorité a consulté sur Internet ou avait pris des renseignements auprès d'amis (6 %). Ces mêmes données sont retrouvées dans la littérature. Dans l'étude publiée dans le BEH 2007 [10], les premiers lieux où se renseignent les patients sont les médecins traitants, les agence de voyages, les guides touristiques et enfin internet.

La majorité (85,7 %) des voyageurs ne prenant pas de conseil auprès d'un médecin est d'origine africaine (nés en ZEP ou de parents originaires de ZEP) dans notre étude. Comme nous l'avons vu ces derniers sont peu observants des mesures de prévention ou de la chimioprophylaxie. Une étude sur les Problèmes de santé des migrants Africains qui voyagent au pays de S. Genty [11] montre que les voyageurs migrants africains sont plus à risque d'accès palustre du fait des conditions sur place (souvent milieu rural) qui favorisent une surexposition au paludisme [11]. De plus ces voyageurs ont un moins bon recours à la prévention [11] et des conditions socioéconomiques souvent faibles qui ne leur permettent pas d'acheter des dispositifs de prévention et une chimioprophylaxie qui peut avoir un coût élevé.

Concernant l'information reçue par le CVI, 75 % des patients ayant consulté ont trouvé l'information claire. Aussi 60 % des patients ont déclaré avoir lu les documents, il est cependant difficile de savoir si les autres les ont lu. Malgré tout, aucun n'a observé de manière optimale les mesures de prévention délivrées ou la chimioprophylaxie prescrite expliquant très certainement l'accès palustre présenté à leur retour.

L'évaluation des informations reçues par le patient et ce qu'il en a retenu est cependant difficile à faire préciser lors de l'interrogatoire. Toutefois, il aurait été intéressant de proposer des questions plus ciblées pour obtenir davantage d'informations, et en particulier les modalités de transmission des informations (écrites ou orales).

Sur l'ensemble de la population de l'étude, 7 patients avaient déjà consulté au CVI pour un voyage antérieur. Seulement 2 patients ont pris réellement à nouveau conseil auprès d'un médecin. Il est donc important de souligner l'intérêt de préciser à chaque consultation, la nécessité de revoir un médecin avant un nouveau voyage.

Comme dans la littérature, notre étude montre que le médecin généraliste est l'un des premiers acteurs dans les consultations de prévention. Dans l'étude d'Isambert H. [12] et l'étude de S. Picolli [13], les médecins traitants sont les premiers à être consultés à 43 %, devant le CVI à 34 %. Cependant, les médecins généralistes reconnaissent aussi que les recommandations leur sont peu familières voire méconnues et qu'une formation serait nécessaire. C'est ce que retrouve l'étude de S. Picolli [13] et E. Morin dans sa thèse [14]. Dans la thèse d'E. Morin [14], il est montré que les médecins généralistes rencontrent une réelle difficulté face à la prescription de la chimioprophylaxie. Dans l'enquête Nicolle [15], 34,4 % des médecins généralistes estiment avoir un accès insuffisant aux informations. Les sources d'information, telles que le BEH et l'InVS, ne sont systématiquement utilisées que par 23 % des médecins généralistes [15].

Ainsi, les médecins généralistes, qui apparaissent comme les premiers concernés par ces consultations aux voyageurs, s'avèrent aussi demandeurs de formation. *La Société de Médecine des Voyages et la Société Française de Parasitologie* recommandent comme seuls moyens de protection personnelle anti-moustiques efficaces, l'utilisation d'un répulsif cutané, d'une moustiquaire imprégnée et le port de vêtements longs à la tombée de la nuit [16].

Les patients inclus dans notre étude ne respectent pas assez ces mesures avec 50 % d'entre eux qui n'avaient utilisé aucune protection et à peine 15 % qui avaient utilisé à la fois une moustiquaire et un répulsif cutané. Ces chiffres sont en accord avec les chiffres du CNR Palu [4] et ceux d'une étude menée sur plus de 3 000 voyageurs français par Pistone et al [7].

Cette mauvaise compliance peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- L'absence de connaissances sur le mode de transmission du paludisme : Dos Santos F [17] montre qu'un patient sur cinq ignore comment se transmet cette maladie. 7,8 % des gens pensent que le paludisme est transmis par les mouches. Si les patients ne comprennent pas le mécanisme de transmission et le risque de la maladie, ils ne peuvent en effet pas se protéger.
- Ces mesures sont souvent contraignantes pour diverses raisons, les conditions climatiques (chaleur) étant le plus souvent cité.
- Mauvaise utilisation des répulsifs : erreur de produits, seuls certains produits ont prouvé leur efficacité contre le paludisme [16].
- Fausse croyance : Beaucoup estiment être protégés que par l'une des mesures [11].

Notre étude souligne que plus de la moitié des patients inclus n'ont recours à aucune chimioprophylaxie pour diverses raisons : absence d'intérêt d'en prendre, absence d'information sur les traitements, absence de prescription. Ces données sont déjà connues [15,18].

Aussi dans la thèse de Daudry [19], 22 % des patients disaient ne pas avoir le temps de consulter avant de partir, 35 % avaient la sensation que les mesures préventives étaient suffisantes, 14 % ne ressentait pas de risque, et 29 % n'avait pas de connaissance des traitements existants. Le manque de connaissance des voyageurs face aux risques liés au paludisme sont également décrit dans une étude italienne [18].

Cependant, même lorsqu'elle est prescrite, aucun patient n'observe totalement ou de manière optimale la chimioprophylaxie. Les raisons (pas d'achat des traitements, oublis de prise du traitement pendant le séjour ou au retour et arrêt à cause des effets secondaires sont retrouvées dans plusieurs études.

Celle de Genty et *al.*[10] montre que les patients ont arrêté leur chimioprophylaxie pour les raisons suivantes : à cause des effets secondaires dans 14 % des cas, par absence de nécessité dans 13 % des cas, par manque d'information dans 10 % des cas et à cause de trop grandes contraintes liées à la prise de la chimioprophylaxie dans 5 % des cas. Quant à l'étude de Huzly et *al.* [20], elle montre que l'observance est liée au but du voyage, à la durée, aux conditions sur place, à l'âge, mais aussi au nombre de sources de renseignements. Si un patient n'est renseigné que par une source unique, il aura une meilleure observance que celui qui est renseigné par plusieurs [21].

Il faut préciser que notre étude a ses limites. Par le choix d'une étude monocentrique, notre échantillon de population étudié est de petite taille et n'est donc pas représentatif de la population générale. De plus les données ayant été recueillies par plusieurs médecins différents, certaines réponses des patients ont pu être différemment interprétées en fonction de l'interlocuteur. Cette étude présente aussi un biais de confusion. La méthode de recueil était orale (soit directement auprès du patient, soit par téléphone) et les médecins ont pu influencer les réponses des patients. Enfin cette étude présente aussi un biais d'information, la précision des réponses des patients était parfois approximative.

Ainsi, la consultation médicale dédiée aux conseils aux voyageurs est primordiale. Chaque voyageur doit reconsulter avant chaque nouveau voyage.

L'amélioration des conseils de prévention avant tout voyage (particulièrement sur les risques liés au paludisme) s'avère donc nécessaire.

Il nous paraît important que les médecins généralistes accèdent à une formation spécifique comme ils semblent, selon certaines études, l'exprimer.

Plusieurs axes d'amélioration peuvent ainsi être proposés.

Nous pensons nécessaire d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins du CVI. Il pourrait être proposé d'adresser systématiquement un compte-rendu de consultation au médecin du patient consultant au CVI.

Le CVI reçoit chaque jour de nombreuses demandes d'avis de médecins de ville par mail, fax ou téléphone. Ces moyens de communication paraissent perfectibles.

Une solution, proposée par le CVI, serait de former des médecins à ce type de prise en charge. L'objectif serait de créer un groupe de médecins référents disponibles pour répondre aux questions de leurs confrères que le CVI ne peut pas toujours satisfaire. Les futurs voyageurs pourraient avoir la possibilité de les consulter plutôt qu'un médecin peu ou non formé.

De manière individuelle, les médecins ont accès à des formations ou diplômes universitaires spécifiques. Dans sa thèse, E. Morin [14] propose un module de formation spécifique : formation théorique et étude pratique avec des groupes de médecins référents. Ainsi, par ce type de formation, l'adhérence du patient aux conseils de prévention pourrait être améliorée dans le but de diminuer le nombre d'accès palustres recensés au CHU de Nantes.

Les recommandations actuelles insistent sur la nécessité d'une chimioprophylaxie assez systématique.

Se pose la question de la réelle indication d'une chimioprophylaxie dans certaines circonstances (fonction du pays visité, de la durée ou la période du séjour, des conditions de vie sur place...). Cela justifie d'autant plus une formation adaptée.

Quelle est actuellement la place des traitements de réserve associés aux tests de dépistage rapide (antigénémie) ? Il pourrait être intéressant de connaître le point de vue des voyageurs à ce sujet. Leur semblerait-il plus facile d'accéder à un traitement de ce type plutôt qu'à une chimioprophylaxie qui manifestement est peu suivie ?

Ce premier travail met donc en évidence que les conseils de prévention du paludisme sont difficilement évaluables. Ils sont aussi, comme bon nombre d'études l'ont déjà montré, peu suivis.

D'autres études pourraient faire préciser ces données de l'interrogatoire directement à la sortie d'une consultation du voyage pour faire préciser point par point les informations reçues et éviter les biais d'information.

CONCLUSION

Dans cette étude, une majorité (75%) de voyageurs déclare avoir reçu une information claire mais ont tout de même présenté un accès palustre. Cette première évaluation montre que les conseils délivrés aux voyageurs pourraient être améliorés et nous encourage à envisager d'autres évaluations.

En effet, même si le nombre d'accès palustres en France semble en diminution, il ne faut pas pour autant baisser sa garde. Pour exemple, le paludisme conquiert de nouveaux territoires géographiques inattendus telle la Grèce en Europe. Les moustiques commencent à développer des résistances contre les répulsifs et à "changer leurs habitudes". Ainsi au Sénégal on a pu voir que le pic de piqûres observé habituellement à la tombée de la nuit est en train de se déplacer plus tôt dans la journée.

Pour ces raisons, nous devons encore, à l'avenir, adapter nos conseils de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mémento du tourisme 2012 [Internet]. DGCIS;2012 [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: http://www.tourisme.gouv.fr/stat_etudes/memento/2012/memento-2012.pdf
2. Recommandations sanitaires pour les voyageurs. BEH 2006; 23-24:155 -159
3. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robin R, Von Sonnenburg F, et al.. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. N. Engl. J. Med. 2006;354(2):119-130..
4. CNR Paludisme Rapport d'activités Année 2011 [Internet]. InVS; 2011 [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.cnrpalu-france.org/>
5. Recommandations sanitaires pour les voyageurs ,2012. InVS [Internet]. 29 mai 2012 [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_sanitaires_pour_les_voyageurs_2012.pdf
6. Malvy D, Pistone T, Rezvani A, Lançon F, Vatan R, Receveur MC, Durand I et al. Risk of malaria among French adult travellers. Travel Med Infect Dis. 2006 Sept; 4:259-69.
7. Pistone T, Khaled E, Gaudin A-F, Hercberg S, Nachbaur G, Malvy D.. Malaria prevention behavior and risk awareness in French adult travelers . Travel Med Infect 2010;8:13-21.
8. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Prises en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium falciparum : recommandations pour la pratique clinique 2007 (révision de la conférence de Consensus 1999) [Internet]. [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com>
9. Danis M., Legros F., Thellier M., Caumes E. et les correspondants du réseau CNRMI. Données actuelles sur le paludisme en France Métropolitaine. Méd.Trop.2002; 62 : 214-218
10. Genty S, Legros F, Bouchaud O. Connaissance, attitude et pratiques des voyageurs français face au paludisme, 2004-2005. BEH 2007 N° 25-26 : p. 229-230
11. Genty S., Ralaimazava P., Matheron S., Keswani M., Leclerc D., Heller M., et al. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. BEH 2006; 23-24 :168-170

12. Isambert H. Pathologies au retour de voyage: étude descriptive de 60 patients vus en consultation tropicale au CHU de Nantes [Internet] [thèse d'exercice].[[S.1]]: [s.n.];2012[cité 5 juill 2013]. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr>
13. Piccoli S. Attitude et connaissances des médecins généralistes sur le paludisme en France. Médecine et Maladie Infectieuses, 1999 ; n° 29 (suppl.) :p.282-285
14. Morin E. Evaluations des besoins de formation des médecins généralistes en médecine des voyages : proposition d'un module de formation spécifiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.I.]]: [s.n]; 2011 [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/156897474>
15. Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. Enquête Nicolle 2006 ; connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux [Internet]. INPES ;2006 [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1152.pdf>
16. Société de Médecine des Voyages, Société Française de Parasitologie. Recommandations de bonne pratique. Protection personnelle antivectorielle ou protection contre les insectes piqueurs et les tiques. 29 sept 2010 [Internet]. [cité 28 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.medecinevoyages.fr>
17. Dos Santos F. *Les Connaissances des voyageurs sur les modes de transmission des principales maladies tropicales* [thèse de médecine].Paris: Université Paris XII, faculté de médecine de Créteil, 2003.
18. Laverone E., Boccalini S., Bechini A., Belli S., Santini MG., Baretta S., Circelli G., Taras F., Banchi S., Bonanni P. Travelers' compliance to prophylactic measures and behavior during stay abroad: results of a retrospective study of subjects returning to a travel medicine center in Italy .J Travel Med. 2006 Nov-Dec,13(6):338-44
19. Dambry M. Etude qualitative de repérage de critères de non –observance de la chimioprophylaxie antipaludique.[Internet] [Thèse d'exercice] [[S.I.]] : [[s n]] ; 2009 [cité 3 août 2013]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr>
20. Huzly D, Schonfeld C, Beuerle W , Bienzle U. Malaria Chemoprophylaxis in German Tourists: A Prospective Study on Compliance and Adverse Reactions. J Travel Med. 1996 Sep1;3 (3):148-155
- 21.Held TK., Weinke T., Mansmann U., Trautmann M., Pohle HD.. Malaria prophylaxis: identifying risk groups for noncompliance.QJ Med. 1994 Jan;87(1):17-22

ANNEXES

Annexe 1 : Epidémiologie du paludisme d'importation au CHU de Nantes

Épidémiologie du paludisme d'importation au CHU de Nantes (1996-2010)



Marc PLANCHON¹, Florent MORBO^{1,2}, Marion LETERRIER^{1,2}, Marth DARY¹, David BOUTOLLE¹,
Michel MEDÉVILLE³, Françoise GAY-ANDREU^{1,4}, Patrice LE PAPE^{1,2}

¹Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU de Nantes, Nantes, France
²Département de Parasitologie et Mycologie Médicale, Université de Nantes, Nantes Atlantique Université, EA1135 – ICI Med, Faculté de Pharmacie, Nantes, France. ³Service des Urgences, CHU de Nantes
⁴Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Nantes, Nantes, France



Résumé

Une surveillance continue de maladies infectieuses et de parasitoses est essentielle à la surveillance épidémiologique du paludisme d'importation. Dans ce cadre, nous avons conduit une étude rétrospective de l'ensemble des accès notifiés au Centre National de Référence de Parasitologie (CNR) entre 1996 et 2010 afin de mieux connaître les tendances temporelles du paludisme d'importation. Au total, 655 accès palustres ont été notifiés au CNR de la période 1996-2010. Les modalités d'accès diagnostiques étaient soit lors d'un séjour en zone d'endémie (52,7%), soit lors d'un séjour en France (47,3%). Parmi les espèces retrouvées, *P. falciparum* (n=303, 46,3%) et *P. vivax* (n=225, 34,3%) étaient les plus rencontrées. Concernant le sexe contre le paludisme, 52% des patients (n=342) étaient des hommes. Concernant le lieu de naissance, 57% des patients (n=325) étaient nés en zone d'endémie. Concernant les symptômes, le délai moyen d'apparition des premiers symptômes après le retour de pays d'endémie était de 10,1 jours (0 à 94 jours). La persistance moyenne au moment du diagnostic était de 4,9% (13% des accès palustres présentant une persistance supérieure à 4%) (Figure 7). Cinquante et un accès graves ont été diagnostiqués dont 23 ayant nécessité une hospitalisation en Réanimation (Figure 8). La durée moyenne d'hospitalisation des accès graves était de 7,1 jours (2 à 23 jours). Dix-huit de 3 patients (5,9% des accès graves).

Matériel et méthodes

- Etude rétrospective de 655 accès palustres notifiés au CNR de Parasitologie entre 1996 et 2010, impliquant 673 patients.
- Analyse des données épidémiologiques, cliniques (âge des patients, origines ethniques des patients, types d'accès palustres, pays d'endémie visités, évolutions cliniques...) et biologiques (espèces plasmodiennes retrouvées, persistance...).

Résultats

Données sociodémographiques des patients

Figure 1: Répartition par tranche d'âge (n=673)

Figure 2: Origine ethnique des patients (n=673)

Figure 3: Durée de séjour en zone d'endémie (n=325)

Distribution des espèces plasmodiennes

- *Plasmodium falciparum* était la principale espèce retrouvée (n=303, 46,3%), suivie par *P. vivax* (n=225, 34,3%), *P. malariae* (n=23, 3,6%) et *Plasmodium sp.* (n=4, 0,6%) (Figure 5).
- Une infection mixte a été diagnostiquée chez 21 patients (3,1%) (Figure 5).
- Répétition à "prédominance ethnique" pour *P. falciparum* (Figure 6).

Figure 5: Répartition des espèces plasmodiennes

Figure 6: Distribution mensuelle des accès palustres

Accès palustres à *Plasmodium falciparum*

- Délai moyen d'apparition des premiers symptômes après le retour de pays d'endémie: 10,1 jours (0 à 94 jours).
- Persistance moyenne: 4,9% (13% des accès palustres présentant une persistance supérieure à 4%) (Figure 7).
- Cinquante et un accès graves ont été diagnostiqués dont 23 ayant nécessité une hospitalisation en Réanimation (Figure 8).
- Durée moyenne d'hospitalisation des accès graves: 7,1 jours (2 à 23 jours).
- Décès de 3 patients (5,9% des accès graves).

Figure 7: Persistance des accès palustres à *P. falciparum* (n=303)

Figure 8: Types d'accès palustres au moment du diagnostic (n=673)

Pays d'endémie visités

- La majorité des patients revenaient d'Afrique (n=613 patients) et le plus souvent d'Afrique de l'Ouest (Figure 9).
- La Côte d'Ivoire (n=163), le Cameroun (n=61) et la Guinée (n=68) étaient les trois pays les plus visités (Figure 10).

Figure 9: Origine des accès palustres diagnostiqués (n=673)

Figure 10: Trois pays d'endémie les plus visités

Lutte contre le paludisme

Chimiothérapie

Figure 11: Prise de chimiothérapie (n=673)

Figure 12: Evolution de la prise de chimiothérapie entre 2003 et 2010 (n=673)

Lutte antimosquicidaire

Figure 13: Prévalence contre les moustiques (n=673)

Figure 14: Type de protection contre les moustiques (n=673)

Traitement des accès osseux au CHU de Nantes

- Prescription de plus en plus importante depuis 2006 de l'association atovaquone-proguanil (Méfloquine®).
- Recours de plus en plus fréquent aux dérivés de l'artémisinine (Riampr®) depuis 2008.
- Disparition progressive de l'utilisation de l'halofantrine (Haloquin®).

Figure 15: Evolution du traitement de première intention des accès palustres, toutes espèces confondues (n=673)

Figure 16: Traitement de première intention des accès palustres à *P. falciparum* (n=303)

Conclusion

Le paludisme demeure une pathologie d'importation d'actualité. Les données épidémiologiques recueillies au cours de cette étude concordent avec celles relevées au niveau national par le Centre national de Référence de Parasitologie (CNR Parasitologie, rapport d'activités, année 2009). Une décroissance tendancielle à l'augmentation du nombre d'accès palustres graves diagnostiqués au CHU de Nantes au cours des dernières années a été observée. Elle peut en partie s'expliquer par la baisse importante du recours à la chimiothérapie depuis quelques années. Ces accès graves ont entraîné une mortalité importante (5,9% des accès graves; données nationales: 8,4% des 1270 accès graves de la période 1995-2005) et des durées d'hospitalisation prolongées.

Annexe 2 : Questionnaire

Recueil des informations reçues sur la prévention du paludisme par tout patient se présentant aux urgences adultes et pédiatriques après diagnostic certain de paludisme à *Plasmodium falciparum* ou non.

Voyage

Destination :

Période du séjour (date de départ et d'arrivée) :

Nature du milieu (rural, urbain, maritime, montagne, autre...) :

Motif (tourisme individuel, tourisme organisé, travail, famille...) :

Nom (1^{ère} lettre) :

Prénom (1^{ère} lettre) :

Date de naissance

(MM/AAAA) :

Pays d'origine :

CVI

Avez-vous consulté le Centre du Voyageur International avant votre départ ? Oui Non

- Si Oui :

- Date de consultation :

- Avez-vous reçu des documents concernant la prévention ?

- Lutte anti-vectorielle Oui Non

- Chimio prophylaxie Oui Non

- Avez-vous trouvé les explications claires ? Oui Non

- Si Non pourquoi ?

- Temps de consultation trop court

- Trop d'informations reçues

- Documents trop compliqués

- Autre Précisez :

- Si Non, pourquoi ?

- Consultation auprès du médecin traitant

- Pas de connaissance du centre

- Manque de temps

- Centre éloigné du domicile

- N'en voyait pas l'intérêt

- Renseignements pris sur internet

- Autre Précisez :

- Avez-vous déjà consulté au CVI avant un autre voyage ?

- Oui

- Non

Lutte anti-vectorielle

Avez-vous utilisé une moustiquaire ? Oui Non Une moustiquaire imprégnée ? Oui Non

- Si Non, pourquoi ?

- Prix
- Pas d'intérêt
- Se sent protégé avec le répulsif seul
- Trop contraignant
- Pas d'info à ce sujet
- Autre Précisez :

Avez-vous utilisé un répulsif ? Oui Non

- Si Oui, lequel ?

- Spray cutané Lequel :
- Autre (bracelet, appareils à ultrasons, serpentins, rubans gluants...) Précisez :

- Si Non, pourquoi ?

- Prix
- Pas d'intérêt
- Se sent protégé avec la moustiquaire seule
- Trop contraignant
- Pas d'info à ce sujet
- Autre Précisez :

Avez-vous porté des vêtements longs la nuit ? Oui Non Des vêtements imprégnés ? Oui Non

- Si Non, pourquoi ?

- Se sent protégé avec le répulsif et/ou la moustiquaire seul(s)
- Trop contraignant
- Pas d'info à ce sujet
- Autre Précisez :

Chimioprophylaxie (CP)

Avez-vous eu recours à une chimioprophylaxie ? Oui Non

- Si Non, pourquoi ?
 - Contre-indication médicale Précisez :
 - Interaction avec votre traitement. Précisez quel traitement :
- Si Oui
 - Que vous a-t-on prescrit ? Nom du médicament :
 - L'avez-vous acheté ? Oui Non
 - Si Non, pourquoi ?
 - Prix
 - Pas d'intérêt
 - Se sent protégé avec le répulsif seul
 - Trop contraignant
 - Pas d'info à ce sujet
 - Autre Précisez :
 - Modalité de la prise de la CP :
 - Oublis de prise ? Oui Non Quantifiez :
 - Arrêt pendant le voyage ? Oui Non Quand :
 - Si Oui, pour quelle raison (effet II, perte de CP, contraignant...) :
 - Au cours d'un repas ? Oui Non
 - Autre :
 - Avez-vous ressenti des effets secondaires ? Oui Non
 - Si Oui :
 - Avez-vous dû arrêter la CP ? Oui Non
 - Quels types d'effets avez-vous ressenti ?
 - Digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales)
Précisez :
 - Neuro-psy (céphalées, vertige, symptômes dépressifs, insomnies)
Précisez :
 - Cutané (rash, photosensibilisation)
Précisez :
 - Autre Précisez :
 - Au retour : poursuite du traitement ? Oui Non Combien de jours après le retour ? ... jours
 - Si Non, pourquoi ?
 - Prix
 - Pas d'intérêt
 - Trop contraignant (durée trop longue...)
 - Pas d'info à ce sujet

Titre de thèse : Etude descriptive sur un an des cas de paludisme d'importation au CHU de Nantes. Evaluation et amélioration des conseils de prévention du paludisme en médecine générale

RESUME

Introduction : Le paludisme d'importation reste une pathologie fréquente en France et le nombre d'accès palustres graves semble même augmenter malgré les mesures de prévention existantes.

Objectif : Evaluer les conseils de prévention reçus par tout patient consultant au CHU de Nantes pour accès palustre d'importation.

Matériel et méthode : Etude monocentrique, prospective, descriptive, menée sur un an, incluant tout patient ayant séjourné en zone d'endémie palustre depuis moins de un an. A l'aide d'un questionnaire patient, une évaluation des conseils de prévention reçus avant le séjour responsable de l'accès palustre a été réalisée.

Résultats : Sur 34 patients inclus, 85 % avaient des origines africaines. Plus de la moitié a consulté un médecin avant le départ en zone d'endémie palustre (CVI ou médecin généraliste). Parmi eux, 75 % ont déclaré avoir reçu des conseils de prévention suffisamment clairs. Aucun patient n'a observé une attitude prophylactique adaptée.

Conclusion : L'évaluation des conseils de prévention du paludisme reçus par les voyageurs reste difficile. L'information délivrée par le CVI ou les médecins généralistes peut toutefois être améliorée. Nous proposons d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et le CVI et de former des médecins référents à ce type de prise en charge. Des évaluations plus ciblées devraient permettre d'identifier d'autres axes d'amélioration.

MOTS-CLES

Paludisme d'importation, Evaluation, Prévention, Lutte antivectorielle, Chimio prophylaxie.

