

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 65

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Elisabeth MORIN

née le 05/09/1980 à Saumur

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2011.

EVALUATION DES BESOINS DE FORMATION

DES MEDECINS GENERALISTES EN MEDECINE DES VOYAGES.

PROPOSITION D'UN

MODULE DE FORMATION SPECIFIQUE.

Président : Monsieur le Professeur Didier Lepelletier

Directeur de thèse : Monsieur le professeur Michel Marjolet

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	5
----------------------------------	---

PREMIERE PARTIE: PREAMBULE

I. PETIT RAPPEL HISTORIQUE.....	6
II. TENTATIVE DE DEFINITION DE LA MEDECINE DES VOYAGES.....	7
III. QUELQUES DONNEES.....	8
IV. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	9
V. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION ACTUELLE EN FRANCE.....	10

DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE

I. GENERALITES.....	12
II. ETUDE QUANTITATIVE OU TECHNIQUE D'ENQUETE.....	13
1. Questionnaires aux patients.....	13
a. Objectifs.....	13
b. Population cible.....	13
c. Période.....	13
d. Le questionnaire.....	13
e. Exploitation des données.....	14
2. Analyse des fax.....	15
a. Principe.	
b. Objectifs	
c. Analyse	
III. METHODE DE CHOIX RAISONNE.....	16
1. Principe général et déroulement.	
2. Caractéristiques de la méthode de choix raisonné pour notre travail.....	17
a. Rencontres avec les spécialistes.	
b. Rencontres avec les généralistes.	

TROISIEME PARTIE: RESULTATS.

I. ETUDE QUANTITATIVE.....	19
1. Questionnaire aux patients	
a. Patients ayant rencontré leur généraliste.	

b. Vérification-Mise à jour vaccinale par le médecin généraliste.	
c. Prescription-Recommandation de nouveaux vaccins.....	20
d. Prescription d'antipaludéens.....	21
e. Comparaison des prescriptions de vaccination par les généralistes avec celles faites par les spécialistes.	
f. Recommandations générales faites par le médecin généraliste.....	23
2. Analyse des fax envoyés par les médecins généralistes.....	24
a. Questions posées.	
b. Analyse des risques particuliers.....	25
c. Comparaison entre réponses du CVI et réponses du BEH et du site du ministère de la santé.	
d. Formulation de la question.....	26
II. METHODE DE CHOIX RAISONNE.....	26
1. Rencontres avec les spécialistes.	26
2. Rencontres avec les généralistes.....	28
a. Groupe de la presqu'île guérandaise.....	28
b. Groupe de FMC des remplaçants.....	28
c. Groupe NSA de médecins remplaçants en semi-rural.....	29
d. Groupe de FMC du Sanitat (Nantes centre-ville Ouest).....	29
e. Groupe de FMC de Nantes centre-ville Est.....	30
f. Résultats tous groupes confondus.....	30

QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION.

I. DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE: BIAIS ET LIMITES.....	32
1. Questionnaires aux patients.....	32
2. Analyse des fax.....	33
3. La méthode de choix raisonné.....	33
II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.	33
1. Compréhension de la problématique de la médecine des voyages.....	33
2. Discordances entre besoins exprimés et besoins ressentis.....	35
a. La fièvre au retour.....	35
b. Les maladies sexuellement transmissibles (M.S.T).....	36
c. Les maladies vectorielles. Notion d'arbovirose.....	36
d. Autres divergences.....	38
3. Concordances entre besoins exprimés et besoins identifiés.....	39
a. La prophylaxie anti-paludéenne.....	39
b. Femmes enceintes et enfants voyageurs.....	41
c. La vaccination.....	41
III. PROPOSITION D'UN MODULE DE FORMATION SPECIFIQUE.....	43

<u>CONCLUSION.</u>	45
---------------------------------	----

ANNEXES.

Annexe n°1: programme de DIU.	47
Annexe n°2: questionnaire destiné aux patients.....	48
Annexe n°3: grille FGP.....	50
Annexe n°4: courriers aux spécialistes.....	51
Annexe n°5: courriers aux présidents de FMC.....	52
Annexe n°6: fiche explicative distribuée aux généralistes.....	53

BIBLIOGRAPHIE	54
----------------------------	----

INTRODUCTION

La médecine des voyages est une discipline émergente, du fait de la croissance considérable du tourisme et des transports internationaux. Les voyageurs sont de plus en plus nombreux à partir dans des pays plus exotiques, tropicaux. Ces destinations, riches en découvertes, sont aussi des destinations présentant des risques, infectieux ou non.

La plupart des personnes en partance pour ces destinations mésestiment les risques. Il incombe alors aux médecins consultés de prévenir ces voyageurs, en tenant compte du voyageur lui-même et de sa destination. Cet acte de consultation avant départ est donc un acte de prévention. Le médecin généraliste y est de plus en plus confronté, de part son accessibilité et son statut de médecin référent.

Différents travaux se sont intéressés à la place du généraliste dans ce domaine, à son ressenti et à sa formation. Les conclusions sont unanimes, les médecins généralistes considèrent cet acte comme un acte de médecine générale mais ils pointent du doigt leur manque de formation et le caractère anxiogène qui en découle. Mais comment évaluer de la manière la plus pertinente possible les besoins dans ce domaine? Plusieurs méthodes existent mais chacune d'entre elles, utilisée isolément présente des défauts. Nous avons ainsi décidé d'allier plusieurs méthodes

En préambule, nous ferons des rappels généraux sur l'évolution de la médecine des voyages, le rôle du médecin traitant et les formations initiales et continues existantes. Puis nous tenterons de définir les besoins de formation des généralistes dans ce domaine. Dans un premier temps, nous utiliserons une approche quantitative, objective puis une méthodologie d'évaluation plus qualitative. Après présentation des résultats, nous effectuerons une synthèse de ces différentes données afin d'établir les besoins de formation des généralistes dans le domaine de la médecine des voyages. L'objectif final de ce travail étant de proposer un programme de formation actualisé et le plus en adéquation possible avec la pratique du généraliste.

PREMIERE PARTIE: PREAMBULE

I. PETIT RAPPEL HISTORIQUE.

La médecine des voyages est considérée comme une « spécialité » émergente, alors qu'elle est en réalité pratiquée depuis longtemps. Historiquement, il s'agissait de protéger les populations autochtones des voyageurs, susceptibles d'apporter des maladies comme la peste et plus tardivement le choléra. Ce sont d'ailleurs deux épidémies européennes de choléra qui furent à l'origine de la première conférence sanitaire internationale en 1851. Le RSI, Règlement Sanitaire International, y trouve son origine. Il est développé par l'OMS, adopté par les Etats membres en 1951, et constitue un instrument juridique international. Son objectif est de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger et de la maîtriser (...) en essayant de limiter les entraves aux échanges commerciaux internationaux. (2). Il a été modifié à plusieurs reprises, la dernière fois en 2005 et intéresse maintenant 194 Etats membres. Ces derniers doivent ainsi notifier à l'OMS certaines flambées de maladies et certains événements de santé publique, permettant la mise en place de procédures visant à préserver la sécurité sanitaire mondiale. C'est grâce à ce RSI que certains pays sont en mesure d'exiger un certificat de vaccination anti-amarile pour toute personne souhaitant entrer sur leur territoire (soit pour s'en préserver, soit parce qu'il s'agit d'une zone endémique).

L'officialisation d'une médecine visant à protéger le voyageur est beaucoup plus tardive et vient avec la création de la Société Internationale de la Médecine des Voyages, au cours de la dernière décennie. Et c'est en 1993, que naît en France la Société de Médecine des Voyages, organisme visant à regrouper tous les professionnels de santé impliqués dans la médecine des voyages. Ses objectifs sont de promouvoir et de coordonner la prévention ainsi que la prise en charge des maladies et autres problèmes de santé liés aux voyages. (3) Ceci en participant à la recherche, en essayant d'harmoniser les recommandations quant à la prise en charge du voyageur (tant en préventif qu'en curatif), en agissant sur la formation initiale et continue des professionnels de santé et enfin, en sensibilisant le grand public et les professionnels du voyage.

II. TENTATIVE DE DEFINITION DE LA MEDECINE DES VOYAGES.

Mais comment pourrait-on définir la médecine des voyages? La médecine des voyages n'est pas une spécialité médicale à part entière mais plutôt un champ multidisciplinaire. (4) Il s'agit d'abord d'une médecine préventive. Son objectif est de préparer le voyageur en partance vers une zone à risques sanitaires pour lui permettre de voyager en limitant au maximum les risques pour sa santé. Cette médecine englobe tous les risques inhérents au voyage, qu'ils soient infectieux ou non. Il ne faut en effet pas oublier que la principale cause de rapatriement sanitaire est la traumatologie.

Une bonne prévention implique tout d'abord une évaluation des risques encourus: ils sont liés à la destination bien sûr, mais également aux conditions de voyages (transport, logement, voyage itinérant ou séjour en hôtel-club, milieu rural ou urbain, voyage dit « routard », durée, saison) et au voyageur lui-même. En effet, le type de voyageur est de plus en plus diversifié: personnes âgées, femmes enceintes, patients atteints de pathologie(s) chronique(s), enfants, migrants, hommes d'affaires.

Une fois ces risques évalués, il faut établir un programme de vaccination, prescrire ou non des traitements préventifs, par exemple une chimioprophylaxie anti-paludéenne, prévoir une trousse à pharmacie et éduquer le voyageur. L'éduquer pour le prévenir des risques encourus, ce d'autant plus que de nombreuses études ont démontré que le voyageur sous-estimait les risques voire les méconnaissait. (1, 5,6). Il s'agit également de donner des recommandations pour savoir comment se comporter sur place en cas de problème et quand s'orienter vers un médecin.

L'autre versant de la médecine du voyage concerne les pathologies de retour, nécessitant alors des connaissances de médecine tropicale: il s'agit de diagnostiquer et prendre en charge les pathologies contractées sur place, en premier les plus urgentes.

La médecine des voyages est donc une discipline présentant une grande diversité. Elle prend de plus en plus d'ampleur ces vingt dernières années et ce, en lien direct avec la très nette augmentation des échanges internationaux.

III. QUELQUES DONNEES.

La croissance du tourisme est considérée comme un des phénomènes économiques et sociaux du siècle dernier (7): en 1950, les mouvements internationaux étaient estimés à 25 millions. En 2008, ce chiffre atteint 924 millions (augmentation de 2% par rapport à 2007) et est estimé à 1,6 milliard pour 2020 par l'Organisation Mondiale du Tourisme. Pour la France, pays le plus visité au monde (76,8 millions de touristes en 2009), 3 à 4 millions de voyageurs partent annuellement vers une destination à risques. Ces mouvements internationaux comprennent les voyages à titre personnel, les voyages d'affaires, les expatriations et les migrations dans le sens Nord-Sud et Sud Nord.

Plus le niveau sanitaire du pays de destination est bas, plus les risques pour la santé du voyageur sont grands. Ainsi, selon les études, environ 60% des voyageurs allant en zone à risque présentent un problème de santé (8,9), sur place ou au retour. Sur les pathologies recensées, les problèmes gastro intestinaux sont les plus fréquents, suivis des problèmes respiratoires, cutanés puis des syndromes fébriles. Les accidents traumatologiques comptent pour 1/3 des rapatriements sanitaires (déclaration des compagnies d'assurance), les accidents cardiovasculaires également pour 1/3 et les décompensations psychiatriques pour 10%.

Quant aux pathologies strictement tropicales, elles sont rares (pour un mois d'exposition, 2% de paludisme), mais leur gravité potentielle fait qu'elles doivent toujours être reconnues à temps. Le nombre de cas de paludisme d'importation en France est estimé à 4400 en 2007(10). Parmi ces cas, les migrants en visite au pays représentent 47,6%, les touristes 10,2% et les voyageurs d'affaires 7,1%. Ce nombre est en diminution d'environ 20%, par rapport à 2006, mais il reste encore trop élevé pour une pathologie si grave. La France est le pays d'Europe le plus touché mais semble rattrapée par la Grande-Bretagne où le nombre de cas de paludisme d'importation semble exploser, sans raison identifiée*.

Concernant les voyageurs eux-mêmes, une étude publiée en 2005 montre que 80% d'entre eux n'avaient pas suivi les recommandations sanitaires quant à la prévention des pathologies gastro-intestinales et 20% n'avaient pas pris la prophylaxie anti-paludéenne.(9). Selon des enquêtes menées en salle d'embarquement d'aéroports(10-11), entre 40 et 50% des voyageurs seulement reçoivent une information sur les risques sanitaires liés à leur voyage. Ce qui ressort de ces études, c'est tout d'abord la mauvaise perception du voyageur quant aux risques encourus. Par exemple, pour des touristes en partance vers une zone impaludée, encore 18,7% estiment ne courir aucun risque à partir. Un pourcentage non négligeable de voyageurs déclare également ne pas vouloir respecter les restrictions alimentaires de base, probablement par mésestime des risques infectieux.

*communication orale du Pr. M.Marjolet

Il apparaît donc indispensable de mettre l'accent sur l'information et l'éducation délivrées aux voyageurs, apparemment insuffisantes, pour qu'il y ait une prise de conscience des risques potentiels. Il ne s'agit pas d'effrayer toute personne en partance vers un pays tropical. L'objectif est double: au niveau individuel, éduquer le patient, pour que le voyage se déroule dans les meilleures conditions possibles, en minimisant les risques sanitaires. Au niveau santé publique, limiter au maximum les maladies d'importation.

IV. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.

L'autre point ressortant de ces études est le rôle du médecin généraliste: en effet, parmi les voyageurs recherchant une information éclairée avant un départ en zone tropicale, la majorité se tourne vers le médecin de famille. Il ressort qu'il est le premier interlocuteur en cas de conseils aux voyageurs. Premier interlocuteur du fait de sa disponibilité par rapport aux centres spécialisés, débordés par la demande croissante. Sa connaissance du patient dans sa globalité, de ses antécédents, de ses traitements lui permet d'adapter au mieux les recommandations. Et cette mission de prévention, cette diversité font que cette discipline correspond complètement à la pratique du médecin généraliste.

Un thèse récente portant sur le vécu et la représentation du médecin généraliste concernant la consultation voyageur, a d'ailleurs confirmé cette idée: la majorité des généralistes interrogés pense avoir toute sa place dans cette action de prévention qu'est le conseil au voyageur (12). Il est donc indispensable que le médecin généraliste soit en mesure de délivrer une information précise et adaptée aux voyageurs. Or certains travaux montrent des lacunes: une thèse soutenue à Rennes a mis en évidence des inadéquations entre les conseils donnés aux voyageurs et les recommandations, en terme de vaccinations et de prophylaxie antipaludéenne notamment (13). Au CHU de Rennes, l'augmentation des cas de paludisme d'importation au cours de l'année 2000 a permis de montrer que 80% des cas de paludisme étaient dus à une prophylaxie inadaptée.

Ces lacunes sont mises sur le compte d'une formation incomplète. Un généraliste sur deux considère sa formation initiale comme insuffisante, un sur quatre comme inexistante.

V. ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION ACTUELLE EN FRANCE.

Quelle est la place de la médecine des voyages dans le cursus médical? Pour les étudiants de second cycle des études médicales, il existait un Certificat de Maîtrise consacré à la « santé internationale ». Ce certificat était dédié aux pathologies tropicales et aux pathologies du voyage. Il a malheureusement été supprimé lors de la dernière réforme des certificats de maîtrise (réforme LMD masters). En dehors du programme officiel de l'ECN (Examen National Classant), il est donc impossible aux étudiants de se former dans le domaine de la médecine des voyages.

Au programme de l'ECN, un item (n°107) concerne explicitement les pathologies du voyage. L'objectif est de donner les conseils d'hygiène et mesures de prévention adaptées avant départ en pays tropical et de rechercher les principales causes de fièvre et de diarrhées au retour. Il existe également un item (n°102) concernant les pathologies infectieuses chez le migrant (avec prise en charge préventive et curative) et enfin un item (n°99) sur le paludisme et sa prise en charge globale. Ces items sont regroupés dans le module n°7, « santé et environnement, maladies transmissibles, » comportant à lui seul 111 items. Le programme de l'ECN comporte au total 13 modules.

Autant dire que la formation initiale est donc succincte, ce qui paraît légitime devant l'importance des connaissances demandées. Alors qu'en est-il de la formation post-universitaire proposée? Les deux thèses réalisées sus-citées sont toutes deux arrivées au même constat: il existe de nombreux DU-DIU (Diplôme universitaires et Diplômes Inter-Universitaires) mais ils paraissent inadaptés quant au contenu et à la forme. Nous avons donc essayé de recenser les DU existant en France, en retenant comme mot clé « voyage » ou « voyageur ». Ceci a permis d'exclure d'emblée les DU consacrés à la médecine humanitaire et à la médecine tropicale « pure ». Nous avons ainsi décompté neuf DU, répartis un peu partout en France, comportant donc le mot voyage dans l'intitulé.

Pour « évaluer » les programmes, nous avons utilisé les objectifs pédagogiques d'un séminaire proposé par MG Form, à savoir: -donner une information objective au patient voyageur sur les risques encourus (paludisme, parasitoses, voyage prolongé, soleil ...) en fonction de leurs destinations,- Prescrire au patient voyageur un traitement adapté à lui-même et au pays visité. -Reconnaître une pathologie de retour: paludisme, parasitoses, dermatoses...-Savoir où s'informer.

Pour le premier DU recensé, celui de Nancy, sur 80 heures d'enseignement, seuls deux items concernent la consultation voyageur, le reste concerne la médecine tropicale, avec entre autres des heures de travaux pratiques, sans intérêt pratique pour un médecin généraliste.

Le second DU recensé, Paris 13, a l'objectif clairement défini de fournir une formation spécifique en médecine des voyages. En détaillant les items du programme, il s'agit d'un catalogue de pathologies tropicales, peu axé sur l'évaluation des risques et la prévention.

A Dijon, Toulouse, Marseille et Clermont-Ferrand, les DU sont surtout consacrés à la médecine tropicale et humanitaire, avec seulement quelques heures pour le voyageur.

Les DU de Tours et Strasbourg ont des cours communs avec les médecins inscrits en Capacité de médecine tropicale.

Un seul DU correspond aux objectifs du médecin généraliste: celui de Paris 6 et 7. L'objectif est de donner les outils nécessaires au généraliste pour réaliser une consultation voyageur. Il est le seul à proposer un enseignement pratique avec un stage en consultation spécialisée (annexe 1).

Ainsi parmi ces dix DU, six concernent aussi et surtout la médecine tropicale et/ou humanitaire, deux proposent des cours communs avec la capacité de médecine tropicale, ce qui n'est pas très adapté aux besoins des généralistes. Un seul semble donc correspondre aux besoins de formation. Quant à la forme, la majorité voire la quasi totalité des enseignements se fait sous forme de cours magistraux. Or les travaux réalisés sur les formations médicales continues montrent clairement que les cours interactifs sont ceux qui ont démontré leur efficacité. Le choix pour se former efficacement en médecine des voyages pour un médecin généraliste se résume donc à un DU sur tout l'hexagone. La région Ouest se trouve ainsi totalement dépourvue de formation vraiment adaptée.

La Faculté de médecine de Nantes est investie dans la formation post-universitaire dans ce domaine. Elle est habilitée à délivrer la Capacité de médecine tropicale, diplôme d'Etat du 3ème cycle, consacré aux médecins thésés, désirant exercer en milieu tropical. Elle a également proposé un DU de médecine tropicale et santé internationale pendant douze ans. Ce DU comportait 150 heures de cours sur un an. Il était destiné aux étudiants en médecine de 2ème et 3ème cycle, ainsi qu'aux dentistes (en 3ème cycle), pharmaciens (en 3ème cycle), infirmières diplômées d'Etat et vétérinaires (fin de 2ème cycle). Ce DU, sous la responsabilité du Pr. M.Marjolet, était donc ouvert à bon nombre de professionnels, désirant travailler outre-mer, à une époque où le Service National permettait à de nombreux jeunes médecins, vétérinaires, pharmaciens d'envisager une expérience « Outre-mer »*. Il a été stoppé, notamment parce qu'inadapté à la demande des médecins généralistes en matière de médecine des voyages.

L'objectif de notre travail est d'essayer de définir de la façon la plus précise possible les besoins de formation des médecins généralistes dans le domaine de la médecine des voyages et de leur proposer une formation en adéquation avec leur pratique.

*Médecins nantais en Outre-mer. 1962-1985. Claude Vermeil.

DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE

I. GENERALITES.

L'objectif de notre travail est donc d'essayer de mettre en évidence les besoins de formation des médecins généralistes dans le domaine de la médecine des voyages. Par « analyse des besoins », on entend « définir les objectifs de compétence en situation réelle » (15). L'intérêt de cette analyse est d'élaborer un filtre entre la somme des savoirs et leur transmission aux médecins.

Le recueil des données basé uniquement sur les besoins exprimés par les généralistes est incomplet. D'une part, parce qu'il reflète plus les intérêts et préférences des médecins que les réels besoins. D'autre part parce qu'il ne permet pas de mettre en exergue les besoins dits « scotomes ». Les besoins « scotomes » ne sont pas ressentis: ils correspondent à des lacunes ou à des idées fausses et sont révélés dans la pratique par les erreurs médicales. Aussi, pour que la détermination des besoins de formations soit la plus exhaustive possible, est-il primordial de soumettre les idées exprimées par les généralistes aux autres intervenants, notamment aux spécialistes.

La détection des besoins passe alors par l'utilisation de plusieurs moyens. On distingue les techniques d'enquête, dont l'objectif est de recueillir des faits, des attitudes ou des opinions, et les techniques de communication dont l'objectif est de déterminer des priorités (16).

Comme nous l'avons vu précédemment, il est important de faire participer différents acteurs.

Pour le recueil des besoins exprimés par les généralistes, qualitativement le plus intéressant, nous avons notamment à notre disposition: le recueil de questions se posant au fur et à mesure des problèmes rencontrés, les questionnaires sondages envoyés aux membres d'un groupe de formation, les tests de connaissances ou cas cliniques, les entretiens semi-dirigés, la méthode de choix raisonné ou méthode d'Ivernois. Chacune de ces méthodes permet d'évaluer les besoins sous différents angles, mais toutes comportent un « défaut ». Par exemple, les cas cliniques mettent en évidence les lacunes mais ne démontrent rien en terme de savoir-faire.

Quant aux besoins perçus par les correspondants, ils peuvent être recueillis par questionnaires, par étude des motifs de consultations chez le spécialiste, par des études menées à l'hôpital, ou également par l'utilisation d'une méthode de choix raisonné. Une fois les besoins recueillis chez les uns et les autres, il est intéressant de soumettre le résultat aux différents intervenants, afin de moduler et critiquer les données.

Ainsi, dans les années 1980, un ensemble de programmes de formations destinées aux généralistes tourangeaux, a été élaboré en utilisant plusieurs méthodes: méthode

de choix raisonné auprès des généralistes, complété par des entretiens ou enquêtes auprès des spécialistes, le tout confronté aux questions posées à S.V.P médecine, standard destiné aux médecins libéraux.

Pour notre enquête, nous avons donc décidé d'utiliser plusieurs méthodes afin d'être le plus complet possible. La première partie correspond à une approche quantitative avec d'une part distribution de questionnaires aux patients se rendant au Centre du Voyageur International* (CVI) du CHU de Nantes et d'autre part une analyse des questions posées aux médecins du CVI par les généralistes. Nous avons dans un second temps poursuivi l'enquête par une approche plus qualitative en utilisant la méthode de choix raisonné ou méthode D'Ivernois, auprès des spécialistes et des généralistes.

*CVI, immeuble Tourville, 5 rue Y. Boquien. wwww.chu-nantes.fr

II. ETUDE QUANTITATIVE OU TECHNIQUE D'ENQUETE

1. Questionnaires aux patients.

a. Objectif.

L'objectif est de comparer les prescriptions faites par les médecins généralistes avec celles faites par les spécialistes.

b. Population cible.

Nous avons distribué un questionnaire à tous les patients se présentant à la consultation spécialisée de vaccination internationale de Nantes. Dès la première question, les patients n'ayant pas préalablement consulté leur médecin généraliste, ont été exclus. Au total, 142 patients ont rempli le questionnaire sur 200 distribués.

c. Période.

Le questionnaire a été distribué les quinze premiers jours de chaque mois, afin de toucher différentes destinations, de septembre 2009 à février 2010.

d. Le questionnaire. (annexe 2)

Il a été bâti avec l'aide d'un médecin spécialisé. Il comporte six questions, la première permettant d'exclure les patients n'ayant pas consulté leur médecin généraliste. Ensuite, il se divise en trois parties, correspondant aux points essentiels d'une consultation avant départ spécifiquement en zone tropicale.

Une partie sur la vaccination prescrite ou recommandée, une partie sur les prescriptions médicamenteuses (antipaludéens et autres traitements) et une troisième partie concernant les recommandations générales. Pour les vaccinations, une liste des vaccins existant était à disposition des patients. La question des prescriptions médicamenteuses était ouverte. Quant aux recommandations, nous avons faits trois propositions, celles qui nous paraissaient essentielles (prévention des piqûres d'insectes, règles hygiéno-diététiques, prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles), les patients n'avaient à répondre que par « oui » ou « non ». Une dernière proposition, ouverte celle-ci, concernait d'autres conseils éventuellement délivrés par le médecin, en lien avec les antécédents du patient.

Ce questionnaire a donc été distribué à l'accueil de la consultation, rempli en salle d'attente et remis au médecin en début de consultation. Chaque patient devait apposer son étiquette d'entrée pour que nous puissions ensuite consulter le logiciel du centre de vaccinations et accéder ainsi aux prescriptions des spécialistes.

e. Exploitation des données.

La saisie des données a été faite sur simple tableau excel. Nous avons utilisé un calcul simple de pourcentage pour chaque catégorie. Puis pour comparer les prescriptions, nous avons utilisé grâce au logiciel Epi-info, un test du chi-deux, avec un petit p à 5%. Seules les prescriptions de vaccination ont été utilisables pour la comparaison. Les données concernant les antipaludéens étaient inexploitable car trop peu de patients ont répondu à la question.

2. Analyse de fax:

a. Principe.

Nous avons récupéré les fax envoyés par les médecins généralistes à la consultation voyageur. Ce système a été mis en place il y a quelques années: lorsqu'un généraliste se trouve en difficultés face à un patient en partance pour une destination à risques, il a la possibilité d'envoyer sa question par fax ou courriels aux médecins du centre de vaccinations.

Nous avons ainsi analysé deux cents documents, envoyés entre juin et octobre 2007, contenant la question posée telle quelle ainsi que la réponse fournie par le spécialiste.

Nous n'avons retenu que les questions posées par les médecins généralistes (exclusion des médecins de PMI ou de services hospitaliers). Il s'agissait de questions « tout-venant ».

b. Objectif.

L'objectif était de transformer ces données qualitatives en données quantifiables, afin de mettre en relief les difficultés ressenties par les médecins libéraux.

c. Analyse.

Dans un premier temps, nous avons lu 100 fax afin de construire une grille d'analyse. Chaque question posée a été répertoriée, afin de dégager les grands thèmes abordés.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence six groupes de questions: Conseils généraux, Indication à un traitement anti-paludéen?, Quel anti-paludéen?, Anti-paludéen et grossesse?, Vaccination?, Autres questions.

Ensuite, pour chaque dossier, nous nous sommes demandé s'il y avait un risque particulier, justifiant l'avis du spécialiste. Pour décider des facteurs de risques, nous nous sommes appuyés sur la littérature et les thèses déjà réalisées sur le sujet. Ainsi, comme facteur de difficulté avons-nous retenu: nourrisson de moins de un an, femme enceinte, patient porteur d'une pathologie chronique, voyage en conditions extrêmes, voyage en itinérance entre plusieurs zones de résistance, durée de séjour inférieure à 8 jours ou supérieure à 3 mois.

Le troisième point d'analyse a consisté à vérifier, pour chaque question posée, si l'on pouvait y répondre en se référant au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ou au site Diplomatie.gouv, deux sites connus de tous les médecins généralistes et faciles d'utilisation. Une fois cette vérification faite, si la réponse fournie par le spécialiste était différente, nous avons considéré que la question nécessitait l'avis du spécialiste.

Enfin, nous terminons par une analyse de la formulation de la question: en effet, pour trancher sur l'indication d'un vaccin ou d'un anti-paludéen, il est indispensable de bien connaître les conditions de voyage, le terrain du patient, la durée et aussi la saison. Nous avons vérifié si ces données étaient présentes dans la formulation de la question, nous permettant ainsi de savoir si le généraliste avait bien appréhendé le problème. L'absence d'une de ces informations montre le manque de compréhension de la problématique de la médecine des voyages.

Toutes ces données ont été mises en forme sous tableau excel avec codage binaire et calcul de pourcentages.

III: LA METHODE DE CHOIX RAISONNE:

1. Principe général et déroulement:

Nous avons choisi d'utiliser la méthode de choix raisonnée ou méthode d'Ivernois. Cette méthode, très utilisée dans l'élaboration des programmes de Formation Médicale Continue, permet d'élaborer des programmes réalistes et cohérents. Elle est à la fois quantitative et qualitative. (17)

Il s'agit de recueillir au sein d'un groupe de FMC de généralistes, lors d'un tour de table, une liste des sujets pouvant être tête de chapitre d'un programme de FMC. Une fois cette liste établie, chaque participant reçoit une grille de cotation appelée grille FGP, Fréquence, Gravité, Problème (annexe 3). Les sujets retenus sont cotés par chacun selon la Fréquence, la Gravité et les Problèmes, en fonction du ressenti de chacun quant à sa pratique personnelle.

La fréquence est cotée de 0 à 2, (de rare à très fréquent), la gravité de 0 à 2 (de bénin à très grave), les problèmes de 0 à 4 (0= aucun problème, 2= problèmes moyens, 4= beaucoup de problèmes). Les problèmes peuvent être des problèmes de savoir, savoir-faire ou savoir-être, que l'on peut détailler dans une grille à 6 colonnes. Une fois les cotations faites, on les additionne horizontalement, pour chaque sujet. Les totaux les plus élevés permettent de mettre en évidence les besoins les plus importants.

Il est possible de faire de même avec les spécialistes, en leur demandant quels sont les problèmes qu'ils estiment être rencontrés par les médecins généralistes.

2. Caractéristiques de la méthode de choix raisonnée pour notre travail.

a. Rencontres avec les spécialistes:

Afin d'être complet, nous avons dans un premier temps rencontré les médecins du CVI, sur la base du volontariat. Chaque entretien était individuel. Nous avons préalablement à cet entretien, envoyé un courrier explicatif exposant l'objectif de notre travail ainsi que la méthodologie utilisée (annexe 4). Pour remplir la grille FGP, nous leur avons demandé de réfléchir aux items devant figurer au programme d'une FMC destinée aux généralistes, sur le thème de la médecine des voyages.

Pour définir ces items, il y avait deux questions essentielles à se poser: quels sujets doivent impérativement figurer au programme d'une formation sur la médecine des voyages? Quelles sont les lacunes observées lors des consultations réalisées au CVI ou détectées via les fax envoyés par les médecins généralistes?

Une fois les items définis, nous demandions au médecin rencontré de coter selon la méthode FGP. Pour la cotation du problème, nous avons décidé de ne coter que le problème de savoir, estimant que la cotation du savoir-être et du savoir-faire par le spécialiste n'était pas pertinente.

Nous avons ensuite fait la somme horizontale des cotations pour chaque thème proposé. A la fin des entretiens, nous avons comparé toutes les grilles, additionné les résultats pour les thèmes récurrents. Nous avons ainsi obtenu une liste hiérarchisée, mettant ainsi en évidence les items les plus importants.

b. Rencontres avec les généralistes.

Après les rencontres avec les médecins du CVI, il était donc important de recueillir les besoins ressentis et exprimés par les médecins généralistes. Nous souhaitions donc rencontrer différents groupes de Formation Médicale Continue afin d'appliquer la méthodologie décrite dans le chapitre « Principe Générale et déroulement ». Nous avons donc envoyé un courrier explicatif à une douzaine de présidents de FMC (annexe 5). Ce courrier exposait les objectifs du travail en cours, la méthodologie utilisée et nos attentes vis à vis des groupes de FMC. Ne recevant aucune réponse de la part des Présidents, nous les avons de nouveau sollicités par téléphone. Sur un plan pratique, la réalisation d'un recueil de données par groupes était impossible car toutes les soirées de formation étaient déjà programmées et il paraissait difficile d'obtenir trente minutes d'intervention. Il nous a donc fallu adapter la méthodologie afin de nous ouvrir les portes des FMC.

Nous avons donc réussi à rencontrer 5 groupes de FMC:

- un groupe de la presqu'île guérandaise
- un groupe de médecins généralistes remplaçants
- un groupe de médecins exerçant en semi-rural
- deux groupes de Nantes centre ville (Nantes-est et ouest).

A chaque début de FMC, nous avons présenté notre travail, expliqué le principe de la méthode de choix raisonnée et distribué à chaque médecin présent une grille vierge à remplir selon la méthode FGP, avec une fiche explicative (annexe n°6). Chaque médecin devait donc réfléchir seul, chez lui, à ses besoins de formation dans le domaine de la médecine des voyages, les coter et nous retourner la grille remplie. Pour chaque groupe de FMC, nous avons synthétisé les réponses obtenues, hiérarchiser les items grâce à la cotation horizontale. Pour nous avons réunis les résultats de chaque groupe pour obtenir une seule et même liste d'items.

TROISIEME PARTIE:

LES RESULTATS

I. ETUDE QUANTITATIVE.

1. Questionnaire aux patients.

a. Patients ayant consulté leur généraliste:

Sur 200 questionnaires distribués, 142 ont été remplis. Parmi ces 142 patients, 46% ont consulté leur médecin généraliste avant de se rendre à la consultation spécialisée.

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Consultation du généraliste	N=66 46%	N=76 54%	N=142

Tableau 1. Proportions de patients consultant leur généraliste.

b. Vérification/Mise à jour vaccinale par le médecin généraliste.

Parmi les patients ayant préalablement consulté leur médecin généraliste, 79% ont bénéficié d'une vérification et/ou d'une mise à jour de leur calendrier vaccinal.

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Mise à jour vaccinale	N=52 79%	N=14 21%	N=66

Tableau 2. Mise à jour vaccinale.

c. Prescription/Recommandation de nouveaux vaccins.

Parmi les patients vus par leur généraliste, 73% d'entre eux ont eu une prescription ou une recommandation de vaccins spécifiques à leur voyage.

	Oui	Non	Total
Nouveaux vaccins en lien avec le voyage	N=48 73%	N=18 27%	N=66

Tableau 3. Nouveaux vaccins

La répartition des vaccins prescrits se fait ainsi: hépatite A pour environ un tiers (33,3%) des patients, Typhoïde 28,7%, hépatite B 13%, méningite 4,5% et enfin la rage 1,5% des patients.

La vaccination contre l'hépatite A est donc la plus prescrite, suivie de près par la vaccination contre la fièvre typhoïde. Loin derrière, les vaccins contre la méningite et la rage, qui sont tous deux liés à des conditions de voyage assez spécifiques et donc moins souvent préconisés.

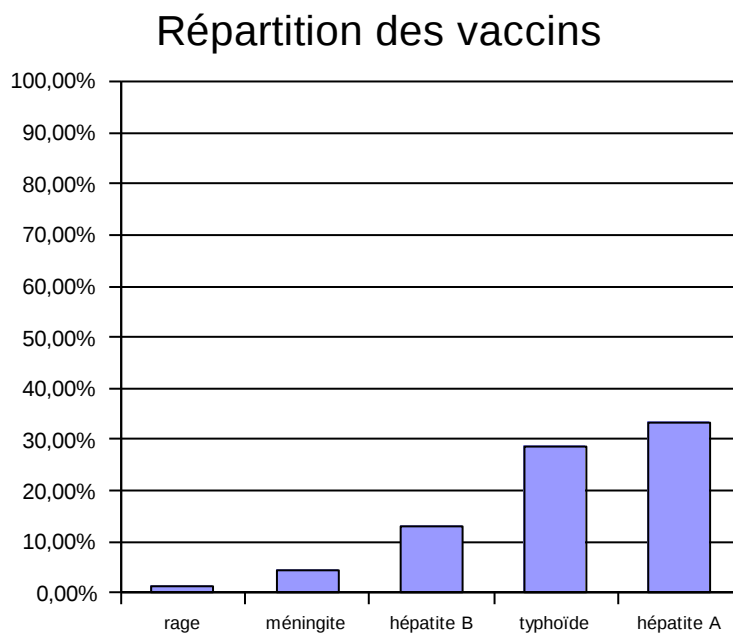


Diagramme 1.

Pour la vaccination contre la fièvre jaune, nous n'avons par rapporté au nombre de patients ayant consulté leur médecin mais au nombre de patients se rendant dans un pays où cette vaccination était obligatoire (N=49). Ainsi, le vaccin anti-amaril a été recommandé par le généraliste chez seulement 53% des patients se rendant en zone à risque.

	Oui	Non	Total
Prescription vaccin anti-amarile	N=26 53%	N=23 47%	N=49

Tableau 4: Vaccination anti-amarile.

d. Prescription des antipaludéens.

La prescription d'antipaludéen par le médecin généraliste n'a été faite que chez 23% des consultants.

	Oui	Non	Total
Prescription anti-paludéen	N=15 23%	N=51 77%	N=66

Tableau 5. Prescription d'anti-paludéens.

e. Comparaison des prescriptions de vaccination par les généralistes avec celles faites par les spécialistes.

Pour effectuer cette comparaison, nous avons donc utilisé un test du Chi deux. Pour chaque patient ayant consulté son médecin généraliste, nous avons comparé les prescriptions de vaccins faites par le médecin traitant avec celles faites par le spécialiste.

Concernant les vaccins hépatite A, hépatite B, Typhoïde, Méningite et Rage, il n'y a pas de différence significative de prescription entre les généralistes et les spécialistes.

Comparaison prescriptions de vaccination

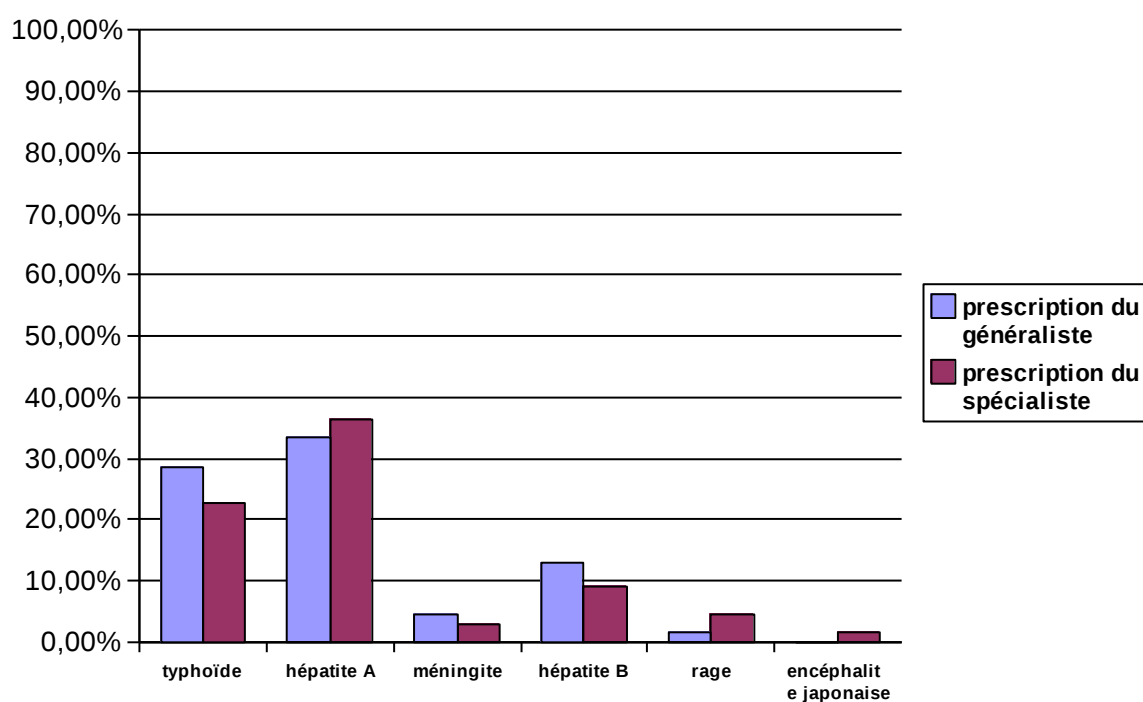


Diagramme 2.

En revanche, concernant la vaccination contre la fièvre jaune, la différence est significative avec un Chi deux s'élevant à 23,68 pour un $p=0,0000011$. En effet, sur 49 patients devant bénéficier d'une vaccination fièvre jaune, seulement 26 ont reçu l'information par leur médecin généraliste. Ce vaccin ne peut être délivré que par les centres de vaccination internationale, expliquant probablement la faible information délivrée par le généraliste.

Vaccin anti-amaril	Par médecin généraliste	Par spécialiste
Oui	N=26 53%	N=47 96%
non	N=23 47%	N=2 4%
Total	49	49

Tableau 6. Comparaison recommandation vaccination anti-amarile par généraliste/spécialiste.

Vaccination anti-amarile

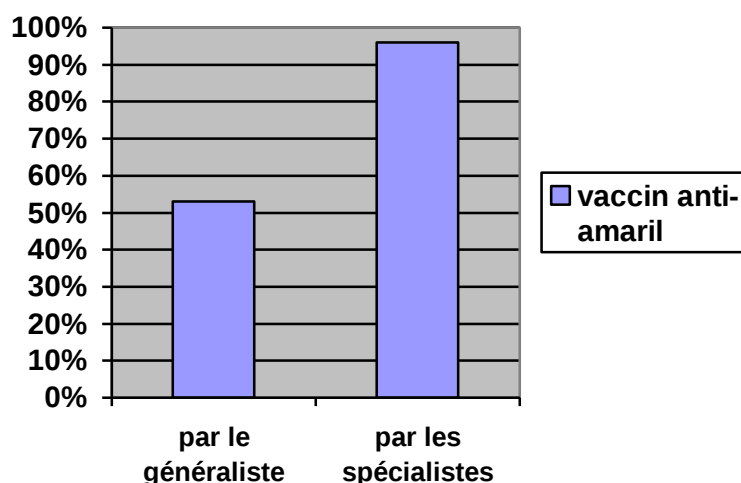


Diagramme 3.

f. Recommandations générales faites par les médecins généralistes.

En ce qui concerne les recommandations faites aux patients, les données montrent que moins d'un patient sur deux bénéficie d'une information de prévention : les informations sur la prévention des piqûres d'insectes sont les plus délivrées (47% des consultants), ce qui est insuffisant, la majorité des voyageurs sous estimant les risques liés aux piqûres.

Viennent ensuite les recommandations quant aux maladies sexuellement transmissibles (39%) puis les conseils sur les règles hygiéno-diététiques (27%), normalement essentiels pour se préserver des pathologies gastro-intestinales. Quant aux autres conseils éventuellement prodigués en lien avec les antécédents du patient, ils sont peu importants et inexploitable car non explicités par les patients.

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>total</i>
Recommandations sur règles hygiéno-diététiques	N=18 27%	N=48 73%	66
Recommandations sur prévention piqûres	N=31 47%	N=35 53%	66
Recommandations sur Maladies Sexuellement Transmissibles	N=26 39%	N=40 61%	66
Autres recommandations	N=13 20%	N=53 80%	66

Tableau 7. Recommandations générales.

2. Analyse des fax envoyés par les médecins généralistes.

a. Questions posées.

Nous avons donc procédé à l'analyse de 200 fax. Sur chaque fax, il pouvait figurer plusieurs questions. Ainsi, nous avons comptabilisé au total 385 questions. Ces questions ont donc été regroupées afin d'en dégager les grands thèmes abordés par les généralistes.

Le plus grand nombre d'interrogations porte sur les anti-paludéens: en effet, dans plus d'un tiers des cas (34,3%), les médecins généralistes se demandent quel anti-paludéen prescrire. La demande, moins importante, porte également sur l'indication ou non de prescrire un anti-paludéen (18,2%). Enfin, l'item « anti-paludéen » et grossesse représente un très petit nombre de questions (1,55% des questions posées).

Par ailleurs, un nombre non négligeable (environ un quart, 25,2%) de demandes porte sur les recommandations de vaccination.

Parmi les questions posées, les simples demandes de « conseils généraux » s'élèvent à 19,2%.

Enfin, un très petit nombre de questions (1,55%) étaient plus précises, comme par exemple des précisions sur la physiopathologie de la dengue hémorragique.

Les indications de vaccination et la prescription d'antipaludéens sont donc les deux thèmes posant le plus de difficultés aux médecins généralistes.

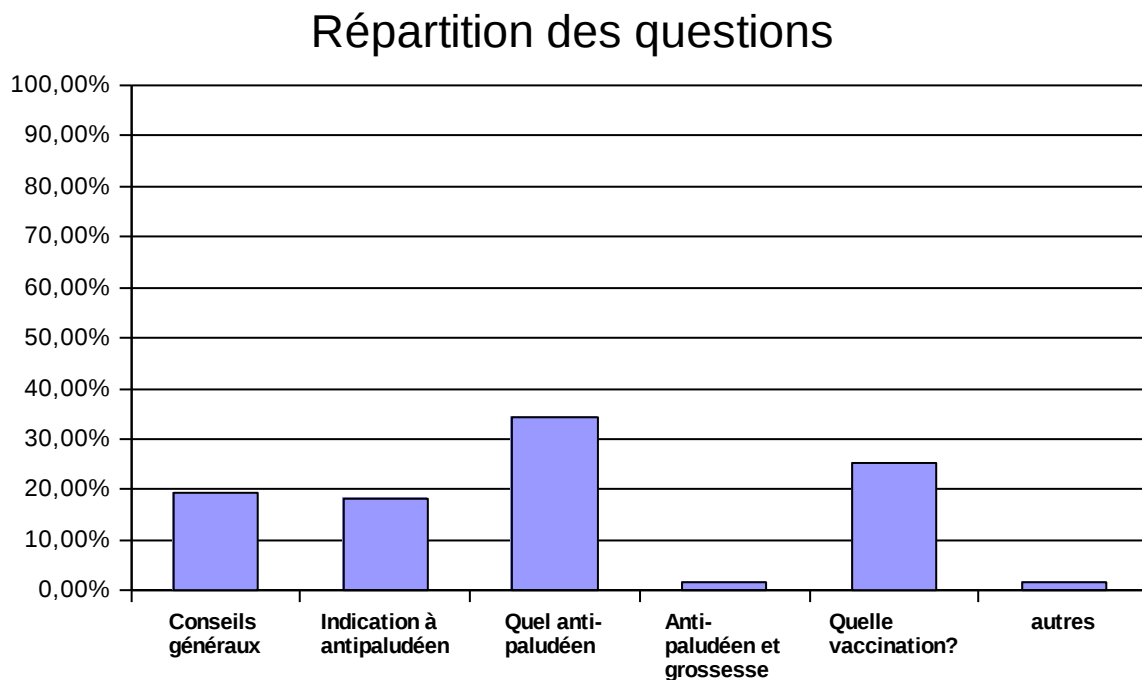


Diagramme 4.

b. Analyse des risques particuliers.

Chaque fax représente un « dossier clinique ». Sur 200 fax, donc 200 patients, nous avons relevé 93 dossiers présentant une difficulté (parmi l'âge de moins de un an, femme enceinte, pathologie chronique, conditions extrêmes, itinérance et durée de séjours). Ainsi la majorité des dossiers présentés ne comportait a priori aucune difficulté justifiant le recours au spécialiste.

Les difficultés les plus représentées sont dans l'ordre: l'itinérance entre plusieurs zones de résistance (53,8%), la durée de séjour (24,7%), les femmes enceintes (9,7%), les nourrissons de moins de un an (7,5%), les pathologies chroniques et conditions extrêmes (2,15%). Cette répartition est cohérente car nourrissons, femmes enceintes et patients porteurs de pathologies chroniques voyagent moins.

Difficultés	Nourrisson <1an	Femme enceinte	Pathologies chroniques	Conditions extrêmes	Itinérance entre zones différentes	Durée >3mois, <8 jours	TOTAL
N=, (%)	7, (7,5%)	9, (9,7%)	2, (2,15%)	2, (2,15%)	50, (53,8%)	23, (24,7%)	93, (46,5%)

Tableau 8 : Répartition des difficultés.

A noter que dans le cas des femmes enceintes, les recommandations du BEH sont claires et précises, il n'est donc pas indispensable de demander l'avis du spécialiste. Quant aux voyages considérés en itinérance, sur 50 dossiers, il était possible de trouver la réponse pour 22 d'entre eux.

c. Comparaison entre réponse du CVI et réponses du BEH et site du ministère de la santé.

Pour chaque question posée, nous avons souhaité vérifier s'il était possible d'y répondre en se référant, de façon simple et rapide, au BEH ou au site www.diplomatie.gouv, deux références connues de la majorité des médecins généralistes.

Nous avons ensuite vérifié la concordance entre la réponse trouvée et celle fournie par le spécialiste: en cas de discordance, nous considérons que la question présentait une difficulté, une subtilité nécessitant alors l'avis du spécialiste. .

Sur les 385 questions posées via les fax, la réponse se trouve rapidement, et sans discordance avec le CVI, pour 283 d'entre elles, soit dans 73,5% des cas.

d. Formulation de la question.

D'une manière générale, les questions sont bien posées dans le sens où la plupart des éléments indispensables à la décision de prescription de vaccins ou d'anti-paludéens sont présents.

	Terrain	Durée	Saison	Conditions de voyage
N=, (%)	178, (89%)	174, (87%)	178, (89%)	125, (62,5%)

Tableau 9: Eléments indispensables à la réponse à la question posée.

Ainsi le terrain, la durée et la saison sont dans la grande majorité des cas précisés. Seules les conditions de voyage sont plus rarement précisées alors qu'elles sont extrêmement importantes dans la problématique de la médecine des voyages.

En effet, un voyageur partant en vacances dans une station balnéaire n'aura pas les mêmes risques qu'un routard: les vaccins et l'indication d'un antipaludéen ou non peuvent être alors radicalement différentes. Il s'agit donc d'un élément important dans la décision médicale, trop souvent oublié par les généralistes.

II. METHODE DE CHOIX RAISONNE:

1. Résultats des rencontres avec les spécialistes.

Au total, sur dix médecins consultant régulièrement au CVI, 6 ont accepté de participer à ce travail. Les entretiens se sont déroulés entre mars 2010 et novembre 2010. Chaque entretien était individuel et a duré entre 30 minutes et une heure. Un recueil de données s'est effectué par retour de mail.

Après analyse des grilles remplies et cotées par les spécialistes, 21 items ont été énoncés.

Par ordre décroissant d'importance, les items sont les suivants:

-Le paludisme: conseils avant départ, prescription d'une prophylaxie anti-paludéenne adaptée chez l'adulte sain. (Cotation à 31)

-Vaccination: bases de vaccinologies, indication et contre-indication des vaccins. Le calendrier vaccinal français et international. (Cotation à 31)

- Diarrhées: rappels physiopathologiques sur les différents types de diarrhées (virales, parasitaires, bactériennes, toxiques). Prise en charge d'une diarrhée au retour. (Cotation à 23)
- Les maladies vectorielles. Arboviroses. Prévention des piqûres d'arthropodes. (Cotation à 22)
- Prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (cotation à 18).
- Prise en charge d'une fièvre au retour d'un pays à risque sanitaire. (Cotation 16)
- Prescription d'une prophylaxie antipaludéenne adaptée chez les femmes enceintes ou allaitantes, chez les enfants. (Cotation à 15)
- Prévention des maladies liées au péril fécal. (Cotation 15)
- Les hépatites virales. (Cotation à 13)
- Prévention de la rage. Prévention des morsures, envenimations. Conduite à tenir en cas de morsure. (Cotation 13)
- Risques liés aux transports. Accidents de la Voie Publique. Rapatriement. (Cotation à 11)
- Risques liés aux voyages en altitude, conditions extrêmes. (Cotation à 11)
- Indications des vaccinations spécifiques: méningite, encéphalite japonaise. (Cotation 11)
- Voyage chez un patient porteur d'une pathologie chronique ou polypathologique. Adaptation du traitement de fond. (Cotation à 9)
- La trousse du voyageur. (Cotation à 8)
- Les pathologies cutanées au retour d'un pays à risque sanitaire. (Cotation à 6)
- Géographie et épidémiologie. Notions sur les pathologies émergentes. (Cotation à 6)
- Voyage et risque thrombo-embolique. (Cotation à 5)
- Les différentes méthodes de purification de l'eau. (Cotation à 5)
- Risques spécifiques liés aux enfants. (Cotation à 4)
- Tuberculose. (Cotation à 3)

2. Résultats des rencontres avec les généralistes.

a. Groupe de la presqu'île guérandaise.

Sur 18 grilles distribuées, cinq retours soit un taux de réponses à 27,7% et vingt-deux items proposés.

- Prise en charge d'une fièvre au retour. (18)
- Troubles digestifs, perturbations hépatiques au retour. (18)
- Chimioprophylaxie antipaludéenne. (17)
- Diarrhées persistantes au retour (16)
- Pathologies pulmonaires et cardiologiques au retour (13)
- Pathologies dermatologiques au retour (13)
- Douleurs musculaires et articulaires au retour (9)
- Céphalées (8)
- Trousse du voyageur (8)
- Vertiges (7)
- Pathologies ophtalmiques (6)
- Répulsifs anti moustiques (6)
- Maladies Sexuellement Transmissibles (5)
- La fièvre jaune (5)
- La dengue (5)
- Pathologies urinaires (5)
- Pathologies neurologiques fébriles (5)
- Hématurie (4)
- Vaccinations (4)
- Les maladies tropicales (4)
- Pathologies neurologiques non fébriles (3)
- Le voyageur fréquent (2)

b. Groupe de FMC des remplaçants.

Pour ce groupe, dix personnes étaient présentes et nous avons reçu trois grilles soit un taux de réponse à 30 %. Les 10 items suivants ont été proposés:

- Prophylaxie antipaludéenne chez l'adulte et l'enfant. (14)
- Diarrhées au retour (8)
- Vaccination selon le type de séjour (6)
- Actualités sanitaires et information (5)
- Les parasitoses (5).
- Actualités thérapeutiques et antibiothérapies principales en médecine tropicale (5)
- La trousse du voyageur (4)
- Fièvre au retour (4)
- Femmes enceintes et voyage (3)
- Examens complémentaires réalisables en ambulatoire versus hôpital (2)

c. Groupe NSA de médecins exerçant en semi-rural.

Pour ce groupe, quinze grilles distribuées avec cinq retours soit un taux de réponse à 33,3%. Les 15 items proposés sont les suivants:

- Prophylaxie antipaludéenne. (27)
- Vaccinations selon les types de voyage, notamment indications des vaccinations fièvre typhoïde et hépatite A. (22)
- Prise en charge d'un état fébrile (18)
- Trousse médicale (14)
- Diarrhées au retour (10)
- Maladies sexuellement transmissibles (6)
- Paludisme au retour: quand y penser? (5)
- Hygiène du voyageur (5)
- Enfant adopté (5)
- Ordonnance pour traitement paludisme sur place (5).

- Toux au retour (4)
- Voyages en altitudes, prévention. (4)
- La vaccination en cas de départ imminent (4)
- Traitement d'accès palustre selon le type de plasmodium (4)
- Eruption cutanée au retour (3).

A noter, une demande par un médecin d'adresses internet et de sites utiles dans le domaine de la médecine des voyages.

d. Groupe de FMC du Sanitat (centre ville Nantes Ouest).

Pour ce groupe, 10 grilles distribuées et trois retours soit un taux de réponse à 30%.

Les 10 items proposés sont les suivants:

- Prévention du paludisme chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson. (25)
- Vaccinations avec particulièrement les vaccinations pour un départ vers l'extrême Orient et l'Europe de l'Est. (16)
- Voyages chez femmes enceintes, allaitantes et les enfants. (12)
- Trousse d'urgence du voyageur (10)
- Mise à jour des connaissances (7)
- Décalages horaires et traitements (6)
- Vaccination contre la fièvre jaune. (5)
- Fièvre au retour (5)
- Pathologies dermatologiques au retour (5)
- Les pathologies du retour (4)

A noter une demande de création de site internet permettant l'actualisation des connaissances.

e. Groupe de Nantes centre ville Est.

Pour ce groupe, 18 personnes présentes et huit retours de grilles soit un taux de réponse à 44,4%. Les 18 items proposés sont les suivants.

- Prévention du paludisme y compris femmes enceintes et enfants. (28)
- Fièvre au retour (15)
- Indications de la vaccination (12)
- Vaccination en cas de départ imminent (6)
- Prévention de la dengue (6)
- Séjour prolongé en zone équatoriale (6)
- Séjour prolongé en Inde (6)
- Problèmes cutanés au retour (6)
- Conseils avant départ pour un enfant voyageur (6)
- Diarrhées au retour (5)
- Les pèlerins de la Mecque (5)
- Intérêt du doxypalu. Effets secondaires. (5)
- Le voyageur fréquent: quel traitement antipaludéen? (5)
- Séjour prolongé au Qatar: conduite à tenir. (5)
- Vaccination pour la Guyane en séjour entreprise. (5)
- Conduite à tenir pour une patiente sous dépakine et neuroleptique partant à Haïti. (5)...
- Prévention du Chikungunya (4)
- Trousse du voyageur (3).

A noter, deux demandes de création de site internet afin d'actualiser les connaissances.

f. Résultats tous groupes confondus.

Nous avons donc procédé à un recouplement des items afin d'obtenir une liste hiérarchisée, correspondant aux besoins exprimés par les médecins généralistes.

Au total, sur 71 médecins rencontrés, 24 ont participé soit un taux de réponse globale à 33,8%.

- Chimioprophylaxie antipaludéenne (111)
- Prise en charge d'une fièvre au retour (60)
- Vaccinations. (60)
- Diarrhées persistantes au retour (39)
- Trousse du voyageur (39)
- Pathologies dermatologiques au retour. (27)
- Voyages et femmes enceintes, allaitantes et enfants. (21)
- Pathologies cardio-pulmonaires. NP (17)
- Maladies sexuellement transmissibles (11)
- La dengue (11)
- La fièvre jaune (10)

- Vaccinations en cas de départ imminent. (10)
- Douleurs musculaires et articulaires au retour (9)
- Céphalées (8)
- Le voyageur fréquent. (7)
- Vertiges. (7)
- Pathologies ophtalmiques (6)
- Les répulsifs anti-moustiques. (6)
- Décalages horaires et traitements. (6)
- Séjour prolongée en Inde (6)
- Séjour prolongé en zone équatoriale. (6)
- Pathologies urinaires (5)
- Pathologies neurologiques fébriles (5)
- Paludisme au retour, quand y penser? (5)
- Hygiène du voyageur. (5)
- L'enfant adopté (5)
- Les parasitoses. (5)
- Actualités sanitaires (5)
- Principales antibiothérapies en médecine tropicale et actualités thérapeutiques. (5)
- Les pèlerins de La Mecque. (5)
- Intérêt du doxypalu et effets secondaires. (5)
- Séjour prolongé au Qatar. (5)
- Vaccination pour un voyage entreprise en Guyane. (5)
- Prévention du chikungunya. (4)
- Les pathologies du retour (4)
- Hématurie (4). (Non groupé avec les pathologies urinaires car bien différenciées)
- Les maladies tropicales. (4)
- Voyage en altitude. Prévention. (4)
- Pathologies neurologiques non fébriles. (3)
- Examens complémentaires réalisables en ville versus hôpital. (2)

En dehors de ces items cotés, trois demandes de création de site internet afin d'actualiser les connaissances en médecine du voyage.

QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION

I. DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE: BIAIS ET LIMITES.

Plusieurs limites et biais sont à évoquer concernant les méthodologies utilisées.

1. Le questionnaire aux patients.

Concernant le questionnaire distribué aux patients se rendant au Centre de Voyage international (CVI), deux limites sont à souligner. Ces biais sont importants à prendre en compte pour l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, le recrutement des patients. En effet, l'objectif était d'évaluer les recommandations et prescriptions faites par les médecins généralistes auprès des patients voyageurs. Dans la mesure où les patients répondant à ce questionnaire étaient dirigés vers les spécialistes, nous pouvons émettre des réserves quant à la prise en charge du généraliste, plus particulièrement concernant les recommandations générales et la prescription d'anti-paludéens. Autre élément important: lorsqu'un patient appelle le CVI, la consigne donnée par les secrétaires est de se diriger en premier vers le généraliste, il y a donc une première sélection. De plus nous ne pouvons évaluer les prises en charges des patients voyageurs faites uniquement par le médecin généraliste, population non ciblée par ce questionnaire.

En revanche, le taux de patients consultant le généraliste avant départ en zone à risques sanitaires, à savoir 46%, reste concordant avec les chiffres des enquêtes aéroports (11) et notamment avec l'enquête menée à l'aéroport de Roissy, seule enquête ne concernant que la population française. Dans cette étude, 41% des voyageurs avaient cherché conseil auprès de leur médecin traitant. (18)

Ensuite, la question portant sur la prescription d'anti-paludéens a été inexploitable car trop ouverte. Pour évaluer la vaccination, nous avons proposé les différents noms commerciaux des vaccins, facilitant ainsi les réponses. Nous aurions dû faire de même pour les prescriptions d'anti-paludéens car notre formulation obligeait le patient à retenir le nom du traitement prescrit. Nous avons eu un taux de réponse beaucoup trop faible pour exploiter les résultats de cette question.

2. Analyse des fax.

Les questions posées émanent de médecins en difficultés. Elles concernent donc une population particulière de généralistes, demandeuse de conseils. Nous n'avons pas interrogé d'une manière plus générale les médecins généralistes sur les situations qui pouvaient leur poser problème. Il s'agit donc d'un biais de recrutement. Toutefois, sur 200 dossiers analysés, moins de dix provenaient d'un même cabinet.

3. La méthode de choix raisonné.

L'application de la méthodologie a dû être adaptée pour les médecins généralistes. En effet, l'intérêt initial de rencontrer les médecins en soirée de Formation Médicale Continue était de profiter de l'émulation intellectuelle d'un groupe afin de stimuler la survenue des questions et mettre ainsi en exergue des besoins de formation. Ceci permet de découvrir plus de besoins et de les affiner.

Malheureusement, demander trente minutes sur une soirée de formation s'est avéré irréalisable et devant un taux de refus à 100%, nous avons dû changer la méthode. Nous avons tout de même maintenu les rencontres par groupes afin de présenter le travail réalisé et le projet d'une formation nantaise.

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.

1. Compréhension de la problématique de la médecine des voyages.

Comme nous l'avons vu en introduction, la médecine des voyages n'est pas une spécialité à part entière mais se trouve à la croisée de plusieurs disciplines. Les compétences à mettre en oeuvre sont très diversifiées et dépassent le cadre de la médecine

La consultation voyageur consiste à évaluer les risques sanitaires, infectieux ou non, liés au voyage. Cette évaluation prend en compte le voyageur lui-même, son état de santé, ses antécédents...et le voyage: la destination, l'itinérance possible, la saison, la durée du séjour, les conditions de voyages et les activités prévues sur place. Pour une même destination, les recommandations ne seront pas identiques: entre un voyageur restant huit jours dans une station balnéaire du Sénégal et un voyageur routard, partant sac à dos trois semaines pour traverser ce même pays, les risques sont différents. Et c'est au médecin réalisant cette consultation de les identifier.

Ceci nécessite donc des connaissances diverses: médicales, précises, sur les modes de transmission des maladies rencontrées, des connaissances de géographie, d'épidémiologie, de sociologie, des notions sur différentes cultures, des connaissances de vaccinologie afin de maîtriser au mieux les indications de certains vaccins spécifiques, des connaissances globales sur la faune rencontrée et les risques inhérents à cette faune, des connaissances sur des aspects plus pratiques comme les assurances

et le rapatriement sanitaire.

De plus, ces connaissances doivent être régulièrement mises à jour. Tout médecin effectue une formation médicale continue. Mais dans ce domaine, le caractère épidémique de certaines pathologies et l'émergence d'autres maladies obligent les médecins à se tenir régulièrement informés. Trois généralistes sur la totalité des généralistes interrogés ont évoqué la nécessité d'un site internet afin d'actualiser les connaissances. La création d'un tel site n'est pas nécessaire car il existe déjà des sites de référence: le site de l'OMS à l'échelon international (en fait très peu connu sinon peu consulté du corps médical français), l'Institut de Veille Sanitaire à l'échelon national. Ce sont des sites clairs, certifiés, permettant le suivi des actualités épidémiologiques et sanitaires dans le monde entier.

En analysant les besoins de formation par la méthode de choix raisonné, nous voyons que certaines des notions évoquées précédemment sont absentes. Les généralistes énumèrent des maladies précises et des items très précis, sur des points pas forcément importants. Ils différencient des items qui appartiennent en réalité à la même problématique: exemple de la notion d'arbovirose absente mais de demandes précises, bien différenciées sur la dengue, le chikungunya et la fièvre jaune.

Toutes ces connaissances et ces grands principes non connus participent au caractère anxiogène de la consultation voyageur. Pour un pays donné, il n'y a pas de « recette » à appliquer. Et c'est un travail d'analyse et de compréhension de plusieurs problématiques qui aboutit aux décisions. Ce que nous faisons quotidiennement dans notre métier de généraliste, mais en se basant sur des éléments que nous maîtrisons mieux car mieux enseignés et plus « habituels ».

Cette angoisse face à la consultation voyageur est clairement évoquée dans les travaux de thèses réalisés précédemment à Rennes et Nantes. Lors de notre travail, c'est l'analyse des fax qui met en exergue cet aspect. Nous avons essayé d'évaluer la nécessité du recours au spécialiste, et seulement 46,5% des dossiers présentaient une difficulté. Faisant abstraction de ces difficultés, sur la totalité des questions posées, la réponse était facile d'accès et en accord avec le CVI dans 73,5% des cas. Ces deux données confirment bien le manque d'assurance des généralistes face à la question du voyageur.

En plus d'une formation sur des items précis de médecine du voyage, il semble important de développer **l'aspect inter-disciplinaire**, hors champs médicaux, de la consultation voyageur.

2. Discordances entre besoins exprimés et besoins identifiés.

D'une manière générale, les besoins exprimés par les généralistes correspondent aux besoins identifiés par les spécialistes. La « prophylaxie anti-paludéenne... » arrive en tête des besoins. Les « vaccinations » et la « prise en charge des diarrhées » font également partie des items les plus importants, chez les généralistes et les spécialistes. Mais il existe tout de même quelques discordances que nous allons détailler.

a. La fièvre au retour.

En effet, cet item figure en deuxième position des besoins des généralistes, en sixième position seulement chez les spécialistes. Il y a donc un besoin de formation clairement exprimé par les groupes de FMC, sous-évalué par les spécialistes. Pourtant on observe une importante sous-estimation de la gravité potentielle d'un état fébrile au retour d'un pays à risque sanitaire par les généralistes. En effet, six généralistes sur onze estiment une fièvre au retour d'un pays tropical comme « moyennement grave », quand cent pour cent des spécialistes l'estiment « très grave ». Nous sommes donc face à un besoin de formation exprimé et ressenti par les généralistes, mais aussi et surtout largement sous-estimé: le besoin est finalement plus important.

D'une manière générale, la fièvre est un des motifs de consultation le plus fréquent au retour d'un pays tropical. (19) Le paludisme en est, selon les pays visités, une des causes principales. Il est responsable chaque année en France d'une centaine d'accès palustres graves et d'une dizaine de décès (20). Toute fièvre au retour d'un pays tropical est potentiellement très grave et doit être considérée comme un accès palustre jusqu'à preuve du contraire.

La mésestimation de la gravité d'une pathologie fébrile par le médecin généraliste peut toutefois s'expliquer. Toutes les études réalisées sur les pathologies fébriles au retour d'un voyage sont réalisées dans des services spécialisés en pathologies tropicales. Nous pourrions penser que le généraliste est peu confronté à la problématique d'une fièvre au retour et en sous-évalue donc la gravité potentielle. Une seule étude a été réalisée sur les motifs de consultation au retour d'un voyage en médecine de ville (21). Mais 58% des voyageurs concernés par l'étude s'étaient rendus au Maghreb, région non touchée par des pathologies fébriles tropicales comme la paludisme à *plasmodium falciparum*.

Ainsi, bien que les pathologies cosmopolites soient plus fréquentes au retour d'un voyage, le paludisme doit rester la grande urgence à rechercher. (22) Une fièvre au retour doit toujours être considérée comme potentiellement grave et le généraliste doit y être sensibilisé.

b. Les Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T)

Pour les spécialistes, il existe également une carence chez les généralistes concernant les Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T): l'item figure en cinquième position. Du côté des généralistes, les IST occupent une place moins importante dans leurs besoins de formation (cotation proportionnellement nettement en deçà de celle des spécialistes, 11 pour 24 généralistes, 18 pour 6 spécialistes).

Pourtant, ce thème paraît indispensable et surtout est insuffisamment abordé par les généralistes lors de la consultation voyageur. Une étude française a montré que les français sous-estimaient le risque de IST lors des voyages en pays tropical, alors même que la prévalence, selon les pays y est élevée (23). Les médecins généralistes interrogés lors de la thèse nantaise déclarent parler peu du risque de IST, la plupart évoquant seulement le risque de transmission du VIH via les transfusions. Ceci concorde avec nos résultats: seulement 39% des patients ayant consulté leur généraliste avant de se rendre au CVI ont reçu des conseils quant à la prévention des IST. L'échantillon de population répondant au questionnaire avait une moyenne d'âge de 44 ans, l'âge ne peut donc être une explication au fait de ne pas aborder ce sujet. Selon les études, environ 30% des voyageurs auront une relation sexuelle occasionnelle au cours d'un voyage (24) et environ 70% seulement utiliseront un préservatif. Il est de plus difficile de définir un profil type de voyageur à « risque », et il ne faut pas négliger cet aspect de la consultation, même chez les patients plus âgés.

Dans cet oubli, nous pouvons supposer qu'il y a un problème de savoir-être ou de savoir faire. Certains médecins n'osent probablement pas aborder ce sujet par peur de « froisser » ou d'être trop intrusifs avec certains patients. Ou bien ils pensent trop bien connaître leur patient et mésestiment ainsi le risque: nous ne pouvons en effet savoir quel comportement aura tel ou tel patient loin de chez lui, en rupture avec son quotidien.

La prévention des IST doit figurer à un programme de formation afin de sensibiliser les généralistes, qu'ils prennent conscience que chaque patient est susceptible de s'exposer au risque d'infections sexuellement transmissibles.

c. Les maladies vectorielles. Notion d'arboviroses.

Enfin, un autre point de divergence qu'il nous semblait important de souligner concerne la notion d'arboviroses et de maladies vectorielles. Cet item apparaît en quatrième position chez les spécialistes, à quasi égalité avec l'item « diarrhées (...) ». Parmi les quatre spécialistes évoquant cet item, trois ont considéré qu'il existait chez les généralistes un gros problème de connaissance (P= 4).

Du côté des généralistes, ce besoin n'est pas ressenti: seulement trois médecins évoquent ces pathologies et différencient la dengue, la fièvre jaune et le chikungunya. Ce besoin n'est donc pas exprimé car correspondant à une lacune, identifiée par les

spécialistes. Ces viroses ont le même mode de transmission. Ce sont des maladies vectorielles, appartenant toutes à la famille des arboviroses, dont les moyens de prévention sont identiques.

Les notions d'arboviroses et de maladies vectorielles sont manifestement absentes. Or de ces notions découlent les mesures de prévention, elle-même peu délivrées par les généralistes. La fièvre jaune bénéficie d'une prévention vaccinale, nous développerons cet aspect plus loin dans la discussion. Mais ce n'est pas le cas de la dengue par exemple.

La dengue, dont l'incidence mondiale progresse énormément, est présente dans les régions tropicales et sub-tropicales et devient un réel problème de santé publique. Deux cinquièmes de la population mondiale y sont exposés (25). Elle est désormais endémique en Afrique, Asie du Sud Est et autres pays très visités par les touristes. C'est une maladie émergente qui fait partie des pathologies du voyageur. (26)

Pour rappel, la dengue est une maladie virale, transmise à l'homme par un moustique, l'aedes. La particularité de ce moustique, contrairement à l'anophèle, vecteur du paludisme, est d'avoir une activité diurne et d'être présent plutôt dans les villes. Les symptômes de la dengue correspondent à un syndrome grippal mais il existe aussi des cas de dengue hémorragique, dont le taux de létalité peut atteindre 20% en l'absence de traitement adapté. Ces cas de dengue plus graves surviennent préférentiellement chez les enfants et les sujets ayant déjà contracté une dengue auparavant. Il n'existe pas de vaccin contre cette maladie, la seule prévention reposant donc sur la lutte anti-vectorielle à l'échelle collective et la protection contre les piqûres d'arthropodes à l'échelle individuelle. Il faut donc expliquer au voyageur les différentes mesures de protection: port de vêtements longs imprégnés, répulsifs sur les parties découvertes à renouveler régulièrement dans la journée et dormir sous une moustiquaire imprégnée pour se protéger des vecteurs nocturnes(27).

Seulement 47% des patients interrogés au CVI ont bénéficié d'une information sur la prévention des piqûres d'arthropodes. Ces résultats corroborent les données de la littérature. Les dernières données sur le paludisme importé en France montrent que 76% des personnes présentant un paludisme n'avaient utilisé aucune protection contre les piqûres de moustiques(28). Les travaux de thèse effectués auprès des médecins généralistes démontrent également la faible importance donnée par les généralistes à la prévention des piqûres d'arthropodes(29).

Eviter les piqûres permet de se protéger non seulement du paludisme (étape indispensable car la prophylaxie anti-paludéenne n'est pas efficace à 100%), mais aussi des arboviroses potentiellement graves et autres maladies transmises par les arthropodes.

d. Autres divergences.

L'élaboration de la trousse du voyageur occupe une place importante dans les besoins de formation des médecins généralistes alors qu'elle n'a été quasiment pas évoquée par les spécialistes. Les patients se tournent vers leur médecin traitant pour la prescription de médicaments de premiers recours, comme par exemple les anti-diarrhéiques, antalgiques, antibiotiques. Les prescriptions sont à évaluer selon la destination, les conditions de voyage, le voyageur... Il n'existe pas de recommandations portant sur une trousse type, notamment concernant les antibiotiques pour lesquels les avis diffèrent. Nous pouvons donc aisément comprendre le besoin ressenti par les généralistes.

Autre thème de formation demandé par les généralistes, à peine évoqué par les spécialistes: les pathologies dermatologiques au retour. Ce besoin est pourtant cohérent avec la littérature car les pathologies dermatologiques font partie des trois problèmes de santé les plus fréquents (30) au retour et figurent parmi les principaux motifs de consultation chez le médecin traitant après un voyage en pays tropical. Les pathologies cutanées les plus fréquentes sont les infections bactériennes cosmopolites, les « larva migrans » et les piqûres ou morsures d'arthropodes surinfectées. (31) Il paraît donc légitime de délivrer une formation concernant cet aspect des pathologies de retour.

D'autres besoins de formation sont identifiés par les spécialistes mais non évoqués par les généralistes: les hépatites virales (la demande des spécialistes consistait surtout à réexpliquer la physiopathologie, les modes de contamination), la prévention de la rage, des morsures et des envenimations. La rage touche encore 150 pays et territoires dans le monde. Quelques conseils de prévention simple et des consignes claires en cas de morsures permettent d'éviter une contamination ou une rage déclarée. De même concernant les envenimations, notamment marines. La plongée sous-marine est une activité touristique qui se démocratise et se développe de plus en plus, dans des eaux qui peuvent être hostiles. Délivrer une simple consigne aux voyageurs de ne toucher à aucun élément sous-marin au cours d'une plongée peut les préserver d'une envenimation sous-marine, parfois mortelle. Quelques mots au cours d'une formation permettraient aux généralistes de prendre conscience de ces risques annexes mais potentiellement graves.

De même, deux spécialistes évoquent les problèmes de rapatriement et de risques liés aux transports. Ce thème n'est pas évoqué par les généralistes mais s'agit-il d'un oubli ou d'une volonté? En effet, les conseils prodigués concernant les assurances, le rapatriement, les dangers liés aux transports sur place sont-ils du domaine de la compétence médicale? Lors du travail nantais réalisé en 2008, les médecins considéraient que ces conseils s'inscrivaient dans une attitude trop maternelle. Le BEH y consacre pourtant un paragraphe. D'autres sources peuvent « prendre en charge » cet

aspect plus administratif et pratique du voyage: les guides de voyages, les agences de voyages. Ceci reste donc un item à discuter.

Enfin dernier aspect peu évoqué par les spécialistes et les généralistes, correspondant pourtant à une demande croissante: les risques liés aux voyages en altitude. L'activité de trekking se développe de plus en plus, sur des sommets au-dessus de 2000 mètres, altitude à partir de laquelle il existe un risque de pathologies: mal aigu des montagnes (MAM), rétinopathie, bronchite de haute altitude, ophtalmie des neiges, troubles du sommeil, majoration du risque thrombo-embolique.(32)

Le nombre de touristes se rendant dans des pays comme le Népal ne cesse d'augmenter (22154 français en 2009, 24678 en 2010) (33). La plupart de ces voyages sont organisés par des agences de voyages et la présence de porteurs permet à des patients plus âgés ou en moins bonne forme physique d'y participer. L'accès à ces voyages n'est pas soumis à l'obtention d'un certificat médical d'aptitude, alors même qu'il existe des contre-indications absolues ou relatives, que nous ne détaillerons pas ici. Le médecin généraliste doit accorder une attention particulière à la recherche de ces contre-indications ou facteurs de risque de survenue du mal aigu des montagnes. (34) Certains patients devront bénéficier d'une consultation spécialisée afin de sécuriser leur départ.

Des consignes de prévention pour éviter tout problème de santé et quelques conseils sur la conduite à tenir en cas de symptômes peuvent être délivrés aux patients. Un item permettant de sensibiliser les généralistes aux risques liés à l'altitude semble indispensable.

3. Concordances entre besoins exprimés et besoins identifiés.

a. Prophylaxie anti-paludéenne.

La prescription des anti-paludéens correspond au besoin de formation le plus important chez les généralistes, très loin devant les autres items évoqués. De l'avis des spécialistes également, il existe un réel besoin de formation sur la chimioprophylaxie anti-paludéenne.

Ces résultats ne sont pas surprenant et correspondent notamment aux données issues de l'analyse des fax: plus d'un tiers des questions posées concernent la prévention du paludisme. Nous observons alors deux types de questions, illustrant la difficulté du généraliste face à la prescription d'une chimioprophylaxie: la demande porte non seulement sur l'antipaludéen à prescrire mais également sur l'indication ou non à en prescrire. Les différents travaux de thèse réalisés ces dernières années aboutissaient aux mêmes conclusions. Lors du travail réalisé par méthode de « focus groupe », les généralistes expriment des réelles difficultés dans ce domaine.

Dans une étude précédemment citée (18), menée auprès des voyageurs français au départ de Paris, les résultats montraient pourtant que 87,6% des voyageurs vus par un généraliste, adoptaient une chimioprophylaxie pertinente. En réalité, les difficultés et les inadéquations de prescriptions observées lors de certains travaux dépendent de

la destination du patient.

Plusieurs raisons expliquent ces difficultés. Tout d'abord, depuis les années 1980, l'extension de la chloroquino-résistance du *Plasmodium falciparum* dans le monde complique les prescriptions. Avant ce phénomène, un seul médicament était préconisé, avec une tolérance correcte. Actuellement, il existe six anti-paludéens potentiels, dont les indications sont liées à la présence ou non d'une chloroquinorésistance et à son degré. Il faut également tenir compte des contre-indications, des effets secondaires des différentes molécules. De plus, selon les sources utilisées, la classification des degrés de résistances est différente, les recommandations quant à la chimioprophylaxie pour un même pays sont donc variables. Et ne portent pas sur la notion de risque de transmission.

Autre facteur de difficulté: au sein d'un même pays, les zones de résistances peuvent aussi varier. Prenons l'exemple de la Thaïlande, pays largement visité. Dans le dernier BEH 2010, la Thaïlande fait partie des pays pour lesquels la situation est présentée comme complexe. (35) Il n'existe pas de risque de transmission du paludisme dans les grandes villes, les stations touristiques de l'île de Phuket: pas de prophylaxie pour les voyageurs se rendant dans ces régions. Pour d'autres îles et certaines régions rurales, le risque existe mais ces zones sont classées en groupe 1. Il faut donc prescrire une prophylaxie correspondante aux voyageurs susceptibles de s'y rendre, à savoir de la chloroquine. Mais pour les régions frontalières, proches du Cambodge et du Myanmar, nous passons à une classification en groupe 3, nécessitant la prise soit de méfloquine, soit d'atovaquone-proguanil, soit de doxycycline. Ceci implique d'une part que le voyageur connaisse bien son parcours, d'autre part que le médecin ait des connaissances géographiques du pays visité.

Enfin, derniers facteurs de difficulté dans la décision de prescription d'une chimioprophylaxie: les conditions de séjour, la durée du séjour et la connaissance des périodes de transmission du paludisme. Ces facteurs sont essentiels dans la détermination d'un traitement préventif ou non. Toutes ces données importantes ne sont jamais enseignées et bien souvent absentes de l'esprit des généralistes, générant souvent une surprescription d'antipaludéens. L'analyse des fax dans notre étude a montré que les conditions de voyage, déterminantes dans la décision de prescription, n'étaient explicitées que dans 62,5% des cas. Souvent d'ailleurs, la réponse du CVI était très longue car détaillait les recommandations en fonction des conditions de séjour.

Ainsi pouvons-nous concevoir que les médecins généralistes ressentent un tel besoin de formation quant à la prophylaxie anti-paludéenne. Cette partie de la consultation voyageur fait appel à des connaissances médicales, mais aussi à des connaissances géographiques et épidémiologiques. Etant donné la formation initiale délivrée en deuxième cycle, il semble difficile d'appréhender ces éléments sans une formation supplémentaire.

b. Femmes enceintes et enfants voyageurs.

Autre besoin exprimé par les généralistes: la prise en charge des femmes enceintes et des enfants voyageurs. Ce besoin est également identifié par les spécialistes mais sur le thème plus précis de la prophylaxie anti-paludéenne.

Du côté des généralistes, il n'y a pas de précision, le besoin manifesté concerne la prise en charge globale, c'est-à-dire la vaccination, les conseils généraux et bien sûr la chimioprophylaxie antipaludéenne. Au cours du travail de thèse réalisé en Ile et Vilaine précédemment cité, trois cas cliniques étaient soumis, dont un concernant une femme enceinte. C'est pour ce dossier que quasiment un médecin sur deux demandait conseil aux spécialistes, de manière égale pour la vaccination, la chimioprophylaxie ou les conseils généraux. De même pour les enfants voyageurs, le travail nantais mené en 2008 montrait que les généralistes n'étaient pas à l'aise face à un enfant voyageur. D'ailleurs, les femmes enceintes et enfants voyageurs font l'objet de paragraphes spécifiques dans le dernier BEH sur les recommandations sanitaires aux voyageurs. Ces données concordent donc avec le ressenti des groupes de FMC et l'avis des spécialistes: il existe un réel besoin de formation sur la femme enceinte et l'enfant voyageurs.

c. La vaccination.

Malgré une certaine adéquation observée entre la vaccination du généraliste et celle du spécialiste, la vaccination du voyageur reste une difficulté pour le médecin généraliste et les résultats obtenus révèlent quelques carences.

D'une part concernant la vérification du carnet de vaccination, réalisée chez 80% des patients « seulement » (bien sûr sous réserve que les patients aient amené leur carnet de santé). C'est un acte de prévention indispensable et d'autant plus important actuellement que la couverture vaccinale contre la rougeole est insuffisante, permettant ainsi depuis 2008 une résurgence des cas de rougeole en France. (36) Ce virus circule également encore en Asie du sud Est et dans la quasi totalité du continent Africain. (37), il est donc indispensable que tout voyageur soit immunisé. De plus les recommandations vaccinales évoluent régulièrement: la vaccination contre le méningocoque C fait partie des vaccins proposés systématiquement jusqu'à l'âge de 24 ans depuis peu. Il est également important de rester vigilant sur la vaccination par le BCG. En effet, depuis 2007, ce vaccin n'est plus obligatoire mais les premières études montrent une couverture vaccinale insuffisante chez les enfants à risques. (38) La consultation avant départ est une occasion de vérifier les vaccinations, notamment chez les adultes. Il nous semble important de préciser, étant donné les mobilités des populations, que d'un pays à l'autre, le calendrier vaccinal diffère. Ainsi dans certains pays européens, les enfants reçoivent moins d'injections de DTPolio, mais ils sont considérés comme vaccinés et protégés.

Parmi les besoins de formation exprimés par les généralistes, la vaccination arrive en seconde position. Les spécialistes considèrent également ce point comme très important, à cotation égale avec le paludisme. Le problème de connaissance sur ce domaine est estimé à 2, donc « problème moyen », par cinq médecins sur six. Les généralistes évoquant la vaccination cotent leur problème de connaissance également à deux, hormis trois qui considèrent avoir de gros problèmes de connaissance. Les questions posées par fax au CVI comptent environ 25% d'interrogations sur les indications de vaccin.

Ces données rejoignent les données bibliographiques. Il n'existe malheureusement pas d'études françaises à grande échelle, permettant de comparer les vaccinations faites par les généralistes avec les recommandations. Mais quelques travaux étayaient notre hypothèse. Une enquête menée en Aquitaine auprès des généralistes révèle également qu'un des axes de la consultation voyageur posant le plus de difficultés est la vaccination(39). Par ailleurs, une thèse rennaise précédemment citée évaluait les recommandations vaccinales des généralistes faites à partir de cas cliniques: quatre médecins sur cinq proposaient des schémas différents du schéma indiqué avec une sur-prescription de la vaccination contre la typhoïde. Dans notre étude, malgré une différence statistiquement non significative, nous observons une tendance à la sur-vaccination contre la typhoïde. Ceci ne représente pas de danger pour le patient mais la vaccination représente un coût non négligeable pour le voyageur, qui risque alors de négliger la prophylaxie anti-paludéenne.

Enfin dernier point important : la fièvre jaune. Le questionnaire distribué aux patients du CVI spécifiait bien « vaccins prescrits ou recommandés ». La vaccination contre la fièvre jaune ne pouvant se faire qu'en centre spécialisé, cette formulation nous permettait de voir si les généralistes y avaient tout de même pensé. Il y a bien sûr un biais car certains ont pu ne pas en parler à leurs patients, sachant qu'ils les dirigeaient vers le CVI. Les résultats montrent que seulement un patient sur deux, parmi ceux nécessitant une vaccination fièvre jaune, a bénéficié de la recommandation par le médecin traitant.

Ces résultats certes biaisés, rejoignent malheureusement quelques données bibliographiques et certaines données de notre travail. Dans ce même travail rennais, la recommandation de la vaccination contre la fièvre jaune chez un patient partant pour le Sénégal a été omise chez un patient sur quatre. Parmi les six médecins interrogés du CVI, trois médecins (soit 50%) considèrent qu'il y a un « gros problème de connaissance » concernant les arboviroses. Du côté des généralistes, sur les vingt-quatre interrogés, seulement deux évoquent la nécessité d'une formation sur la fièvre jaune. Ce qui est alors frappant, c'est la méconnaissance de la gravité de cette maladie, cotée à « moyennement grave » par les deux médecins: 15% des patients atteints de fièvre jaune vont développer une forme grave dont le taux de létalité est alors de 80% environ (40). Aucun traitement spécifique de la maladie n'est à ce jour connu.

Il y a donc un réel besoin de formation, non ressenti par les généralistes, mis en avant par les spécialistes et le questionnaire. Au cours d'une consultation voyageur, la

fièvre jaune doit être présente à l'esprit du généraliste. En effet, il existe actuellement vingt-quatre pays pour lesquels une vaccination contre la fièvre jaune n'est pas obligatoire mais où il y a un réel risque de transmission : le Sénégal, pays très visité par les français en est un exemple. Il revient donc au généraliste d'être vigilant sur les risques afin d'en avertir le patient, et de le diriger vers un centre spécialisé, sans oublier pour autant les mesures de bases de prévention des piqûres d'insectes, trop souvent oubliées.

III. PROPOSITION D'UN MODULE DE FORMATION SPECIFIQUE.

L'objectif final de ce travail consistait à proposer un programme de formation, le plus adapté possible à la pratique du médecin généraliste. Il s'agit d'apporter les connaissances nécessaires, suffisantes et actualisées en matière de prévention des risques sanitaires liés aux voyages internationaux et de prise en charge des pathologies de retour. En se basant sur les besoins identifiés dans ce travail, sur la notion d'interdisciplinarité et de transversalité nécessaires à l'enseignement de la médecine des voyages, une proposition de module a été élaborée.

Cet enseignement s'adresse bien sûr aux médecins généralistes ou spécialistes, étudiants en médecine de second et troisième cycle, mais peut-être proposé à toute autre personne susceptible de délivrer une information de prévention: pharmaciens diplômés ou étudiants, chirurgiens dentistes diplômés ou étudiants, sages-femmes, infirmières...

La formation comporterait une partie théorique, proposée sur plusieurs sessions de deux jours successifs avec une journée de synthèse. Les thèmes retenus sont les suivants:

- Le voyage: le voyageur, la Police aux frontières, la Douane, l'assurance...
- Le voyageur: profil, comportement et attentes du voyageur. Les différents « types » de voyageur (voyageur isolé, en groupe, en famille, les voyageurs « professionnels », étudiants, chercheurs, humanitaires, les expatriés, les femmes enceintes, les voyageurs handicapés, les voyageurs âgés, les migrants et les voyages dans le contexte de l'adoption).
- La perception du risque sanitaire. Les contre-indications au voyage.
- Milieux, climats et cultures.
- Les vaccinations: les vaccins, les différents schémas vaccinaux, les associations vaccinales, le risque vaccinal, les vaccins spécifiques.
- La trousse de santé: la trousse pharmaceutique, les affections chroniques et traitements de fond, les maladies spécifiques, prophylaxie du paludisme et auto-diagnostic.
- Les risques environnementaux: terrestres, risques liés à l'altitude, le milieu marin, les envenimations, les nuisances, les Infections Sexuellement Transmissibles, les allergies...
- Le retour: la fièvre, les diarrhées, les pathologies cutanées, le prurit, les problèmes psychiques, les douleurs, conduite à tenir devant une hyperéosinophilie.
- Les sources d'information et d'actualisation des connaissances.

- Le RSI (Règlement Sanitaire International). Les maladies à déclaration obligatoires.
- Synthèse sur des destinations courantes voyageurs français: Afrique de l'Ouest, de l'Est, Centrale. La Guyane française. L'Asie du Sud-Est. L'Amérique latine et la cordillère des Andes.

Cet enseignement théorique serait complété par une approche pratique avec participation à plusieurs heures de consultations au CVI (CHU de Nantes) ou unité similaire dans une autre structure hospitalière.

Quant à l'actualisation des connaissances, indispensable dans ce domaine, il serait intéressant de réfléchir à un groupe de référents dit « secondaires », s'engageant à communiquer les mises à jour ou actualités épidémiologiques grâce à une banque de données partagée.

Ces propositions sont encore à affiner mais pourrait entrer dans le cadre d'un Diplôme Universitaire et permettre ainsi la création d'un réseau libéral secondaire de médecins compétents en médecine des voyages, capables de prendre en charge la plupart des voyageurs, laissant ainsi le CVI plus disponible aux cas difficiles.

CONCLUSION

La médecine des voyages est en pleine expansion. C'est une discipline difficile à exercer car nécessitant de multiples compétences, dépassant parfois le champ de la médecine au sens strict. Les médecins généralistes, en qualité de « médecins référents », sont les premiers interlocuteurs des voyageurs. Mais leur formation initiale dans ce domaine est insuffisante et peu de possibilités s'offrent à eux quant à la formation médicale continue. Ce rôle, principalement préventif, incombe pourtant en partie aux généralistes. Le recours aux centres spécialisés, en nombre insuffisant et débordés, doit être réservé aux situations complexes.

Dans les travaux précédemment réalisés, le caractère anxiogène de la consultation voyageur était évoqué de façon récurrente. L'association du manque de formation initiale, de l'aspect multi-disciplinaire et de l'évolution constante de ce domaine en est probablement l'explication. Dans notre travail, cette anxiété est également confirmée par l'analyse des fax: la majorité des questions posées ne nécessitant pas le recours au spécialiste.

Grâce à ce travail, et ce malgré les biais et les limites, nous avons tenté de définir les besoins de formation des généralistes, en utilisant plusieurs méthodes. D'une manière générale, les besoins ressentis par les généralistes correspondent à ceux identifiés par les spécialistes: prophylaxie anti-paludéenne, vaccinations, prise en charge de l'enfant et de la femme enceinte voyageurs, les diarrhées au retour sont en tête des items énumérés par chacun.

Il existe tout de même des divergences: la fièvre au retour, les pathologies dermatologiques au retour ainsi que l'élaboration de la trousse du voyageur sont des thèmes largement demandés par les généralistes, correspondant probablement à leur pratique courante, mais très peu évoqués par les spécialistes.

A contrario, certains thèmes ne sont pas évoqués par les généralistes, alors qu'ils sont considérés comme primordiaux par les spécialistes. Certaines notions, indispensables à la réalisation d'une bonne évaluation du risque sanitaire chez le voyageur ne sont pas connues ou mal identifiées par les généralistes. Le risque environnemental par exemple, est peu présent à l'esprit du généraliste et mal appréhendé.

Ces lacunes et ces méconnaissances, mises en avant dans ce travail, proviennent non seulement du peu de temps consacré à l'enseignement de la médecine des voyages en second cycle, mais aussi à la façon dite « verticale » et non transversale dont elle

est enseignée.

Ce constat fait, il était souhaitable de réfléchir à un programme de formation sur la consultation voyageur, accessible à tout médecin souhaitant s'investir dans ce domaine. L'objectif étant de leur donner les connaissances nécessaires à l'évaluation du risque sanitaire et à la prise en charge du patient souffrant au retour. Les thèmes proposés correspondent aux besoins identifiés, reformulés, permettant ainsi une approche pluri-disciplinaire et l'acquisition d'un esprit critique dans ce domaine.

Cette discipline nécessite, peut-être plus encore que les autres disciplines médicales, une mise à jour des connaissances très régulière. Etre au fait des épidémies, des pathologies émergentes, des situations sanitaires des pays est indispensable. Il faut ainsi que les médecins s'engageant dans ce programme de formation, s'engagent également à suivre l'actualité épidémiologique et à la communiquer à leurs pairs.

Certains médecins généralistes se forment secondairement en nutrition, acupuncture, gynécologie, médecine du sport et autres disciplines, sous forme de Diplômes Universitaires, leur permettant ainsi de consacrer une petite partie de leur exercice à ces domaines pour lesquels ils se sont formés plus spécifiquement.

La Faculté de médecine de Nantes a toujours été impliquée dans ce domaine de formation, ayant délivré pendant quinze ans un DU de « médecine exotique et santé internationale », et propose encore la Capacité de médecine tropicale. Pourquoi ne pas évaluer la possibilité de créer un « réseau » de médecins généralistes, habilités par l'obtention d'un Diplôme Universitaire de « Médecine des voyages et santé internationale », à recevoir et prendre en charge les voyageurs dont les conditions de voyages ou situations personnelles ne nécessitent pas un avis spécialisé? Ces médecins pourraient être ainsi des « référents libéraux », permettant ainsi aux généralistes peu intéressés ou mal à l'aise de rediriger leur patients vers un confrère.

Annexe N°1: Programme de DIU.

UPMC – Formation Continue -- www.fp.upmc.fr

Adresse Postale : 4, place Jussieu - 75252 Paris Cedex 05 Tél. : 01 53 10 43 20 - Fax : 01 53 10 43 30 -96-

Médecine des voyages et tropicales

Médecine des voyages — Santé des voyageurs D203

Responsables : Pr. E.Caumes — Pr.O.Bouchaud Faculté de médecine

Public et pré requis

Médecins généralistes, les médecins du travail, les pharmaciens, les biologistes.
Pour les intervenants de santé (ni médecins, ni pharmaciens), une lettre de motivation sera demandée.

Objectifs

Apporter une information concrète et utilisable immédiatement en pratique dans le cadre des conseils aux voyageurs avant le départ et dans le cadre des problèmes de santé au retour d'un séjour à l'étranger.
Apporter les informations scientifiques nécessaires pour permettre une analyse critique et une utilisation rationnelle des vaccins, produits pharmaceutiques ou parapharmaceutiques proposés par l'industrie pharmaceutique dans le cadre de la médecine des voyages.
Permettre une approche pratique des différents aspects de la médecine des voyages grâce à un stage dans un centre de conseil aux voyageurs et de vaccinations internationales et dans une consultation de médecine tropicale.

Contenus

Module 1 - La médecine du voyage et son environnement.
Module 2 - Évaluation des risques sanitaires liés au voyage.
Module 3 - Vaccination du voyageur.
Module 4 - Chimio-prophylaxie du voyageur.
Module 5 - Mode de vie en voyage.
Module 6 - Voyages et terrain particulier.
Module 7 - Voyage et environnement particulier.
Module 8 - Conduite à tenir devant les problèmes de santé au retour de voyage.
Module 9 - Les grandes pathologies du voyageur.
Module 10 - Conseils aux voyageurs et pathologies du retour en situation.

Organisation

Cours théoriques : 78h répartis sur 10 modules les jeudis de 17 h à 20 h.

Stages pratiques : 4 après-midi (facultatif)

Inscriptions tournantes :

2010/2011 à la Faculté de Médecine Xavier Bichat

Tél. 01 57 27 78 12

Email : imea@univ-paris-diderot.fr

2011/2012 à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.

Calendrier

D'octobre 2011 à mai 2012.

Validation

Diplôme interuniversitaire.

Mots clés : Santé publique, épidémiologie, maladies infectieuses, maladies tropicales, parasitologie.

Annexe n°2.

Etiquette patient

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS

3. Avant de vous rendre à la consultation spécialisée du CHU, avez-vous consulté votre médecin traitant pour votre voyage?

- ☐ Oui
☐ non

Si vous avez consulté votre médecin traitant, merci de répondre aux questions suivantes:

1. Votre médecin a-t-il vérifié et mis à jour vos vaccins? (rougeole, oreillon, rubéole=priorix, M-M-R; DTPolio= revaxis, repevax, boostrix; hépatite B)

- ☐ Oui
☐ non

2. Vous a-t-il prescrit ou recommandé des vaccins spécifiques pour votre voyage?

(ex : **hépatite B** =Engerix B, Hbvaxpro, genhevac-B; **hépatite A**= havrix,avaxim; **typhoïde**=typhim, typherix; **hépatite A+typhoïde**= tyavax; **méningite**= animéningococcoïque A et C, méningitec, menjugate, ménomune..., ; **rage**; **fièvre jaune** ; **encéphalite japonaise** ; **encéphalite à tiques**, leptospirose, choléra...)

- ☐ Oui
☐ non

Si oui, lesquels?:

3. Avez-vous eu une prescription pour un traitement préventif du paludisme ?
Laquelle?

4. Quels autres traitements vous a-t-on préconisé?

5. Vous a-t-il donné des informations/recommandations concernant:

-l'hygiène alimentaire (alimentation et boisson):

- ☐ Oui
- ☐ non

-la protection contre les piqûres d'insectes:

- ☐ Oui
- ☐ non

-les maladies sexuellement transmissibles

- ☐ Oui
- ☐ non

-autres recommandations (en lien avec vos antécédents notamment)

6. Vous-a-t-il recommandé d'autres sources d'information : (précisez, ex : centre de vaccination internationale, internet (quels sites le cas échéant ?), livre de voyage ...)

collaboration

Merci de votre attention et de votre

Annexe 3. Grille FGP.

Thèmes	Fréquence	Gravité	Problèmes			Total
			Savoir-faire			
			Savoir		Savoir-être	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	
	0	0	0	0	0	
	1	1	2	2	2	
	2	2	4	4	4	

Annexe n°4: courrier aux spécialistes.

Madame, Monsieur,

médecin généraliste remplaçante, je suis actuellement en thèse avec le Pr Marjolet. Le sujet concerne l'évaluation des besoins de formation des médecins généralistes dans le domaine de la médecine des voyages. L'objectif final de ce travail est de proposer un DU adapté aux besoins des généralistes et correspondant le plus possible à leur pratique.

La première partie de mon travail a consisté à déposer des questionnaires au centre de vaccinations internationales. Ces questionnaires étaient destinés aux patients, les questions étaient fermées et portaient sur les recommandations et prescriptions faites par leur médecin généraliste. J'ai ensuite comparé, grâce au logiciel de la consultation, les prescriptions des généralistes avec celles faites par les médecins de la consultation voyageur.

J'ai par la suite procédé à une analyse des fax envoyés par les médecins généralistes au centre de vaccination. Ce sont les fax envoyés lorsqu'ils ont une question à poser. J'ai donc établi une grille d'analyse et l'ai appliquée à 200 fax. L'objectif était de mettre en évidence les problèmes et aussi de savoir si chaque cas soumis nécessitait ou non l'avis du spécialiste.

La troisième étape de mon travail repose sur un aspect plus qualitatif. Je souhaite ainsi rencontrer les médecins travaillant à la consultation des voyageurs: l'objectif de cet entretien est de mettre en exergue les lacunes des généralistes à travers ce que vous avez pu observer lors des consultations. Pour cela, je vous demande, si vous acceptez de me rencontrer, de réfléchir aux items et sujets devant absolument apparaître dans un programme de formation destiné aux généralistes. Cette réflexion doit être basée sur votre expérience des consultations et sur les lacunes que vous avez décelées. Ensuite, ensemble, nous les cotons selon la fréquence, la gravité et le problème (problème de connaissance, de savoir faire). Cette méthode est appelée méthode D'Ivernois et est très utilisée dans l'élaboration des programmes de FMC. L'intérêt de recueillir votre avis est de mettre le doigt sur des lacunes non ressenties par le généraliste. Pour le moment j'ai rencontré deux de vos confrères, l'entretien a duré 30 minutes.

Une fois vos réponses analysées, je rencontrerai plusieurs groupes de FMC de généralistes en appliquant la même méthodologie. Cette partie permet d'adapter le programme à leur pratique quotidienne.

J'espère que mon travail suscitera votre intérêt et que vous pourrez me consacrer 30 minutes de votre temps. Je vous laisse me contacter par mail si vous êtes intéressés: zaz.morin@wanadoo.fr

Merci de votre attention

Elisabeth MORIN

Annexe n°5: courriers aux présidents de FMC

Madame, monsieur

médecin généraliste remplaçante, je m'adresse à vous comme président(e) de FMC de médecins généralistes.

J'effectue actuellement un travail de thèse sous la direction de Pr. M.Marjolet sur « l'évaluation des besoins de formation du médecin généraliste en médecine du voyage ». (consultation voyageur avant départ en pays à risque sanitaire et pathologies du retour)

L'objectif final de ce travail est de proposer un DU ou autre type de Formation Médicale Continue adapté aux besoins des généralistes et correspondant le plus possible à leur pratique.

Mon travail comporte plusieurs étapes:

- dépôt des questionnaires au centre de vaccinations internationales. Ces questionnaires étaient destinés aux patients, les questions étaient fermées et portaient sur les recommandations et prescriptions faites par leur médecin généraliste. J'ai ensuite comparé, grâce au logiciel de la consultation, les prescriptions des généralistes avec celles faites par les médecins du centre de vaccination.

- analyse des fax envoyés par les médecins généralistes au centre de vaccination. Ce sont les fax envoyés lorsqu'ils ont une question à poser. J'ai donc établi une grille d'analyse et l'ai appliquée à 200 fax. L'objectif était de mettre en évidence les problèmes rencontrés.

- rencontre avec les médecins du centre de voyage international (CVI). Utilisation de la méthode d'Ivernois (méthode Fréquence-Gravité-Problème) sur le thème de la médecine des voyages. J'ai demandé à plusieurs médecins du CVI, en entretien individuel, de me donner les grands thèmes devant paraître au programme d'une Fmc pour les généralistes. Ils devaient notamment s'appuyer sur les lacunes observées. Chaque item a été ensuite coté selon la méthode D'Ivernois.

La dernière étape de ce travail nécessite votre participation. En effet, je souhaite rencontrer quelques groupes de FMC de médecins généralistes afin de réaliser également un recueil de thèmes selon la méthode d'Ivernois. Il s'agit de faire un tour de table pour recueillir les besoins ressentis par les médecins généralistes dans le domaine de la consultation voyageur puis de coter chaque thème retenu selon la Gravité (0=pas grave, 1=gravité moyenne, 2=très grave, la Fréquence 0=pas fréquent, 1=fréquence moyenne, 2=très fréquent) et le Problème qu'il pose (problème de connaissance 0=aucun problème de connaissance, 2=connaissance moyenne, 4= gros problème de connaissance).

Une fois ces cotations réalisées, on effectue la somme horizontale pour chaque thème donné, permettant ainsi de les classer du plus coté au moins coté.

Je souhaiterais rencontrer plusieurs groupes de FMC et comparer ensuite les recueils obtenus auprès des généralistes avec celui obtenu auprès des spécialistes.

Si mon travail est susceptible de vous intéresser et que vous pensez qu'il est possible que je profite de l'une de vos réunions de FMC pour effectuer ce recueil, je vous laisse me contacter par mail. (zaz.morin@wanadoo.fr)

Je suis consciente que votre temps est précieux mais il me semble primordial de pouvoir rencontrer les médecins généralistes.

Annexe n°6: fiche explicative distribuée aux généralistes.

Comment remplir la grille FGP (Fréquence-Gravité-Problème)?

Cette méthodologie est utilisée pour la réalisation de programmes de Formation Médicale Continue.

L'objectif est de connaître, sur un thème donné, les besoins de formation ressentis par les médecins généralistes.

Pour notre travail, nous vous demandons de réfléchir à vos besoins de formation sur le thème de la médecine des voyages (consultation avant départ dans un pays à risques sanitaires et pathologies du retour).

Une fois ces besoins exprimés, l'intérêt de la méthode D'Ivernois est de les hiérarchiser et d'établir des priorités.

Pour remplir cette grille:

-notez dans la colonne de gauche un **thème** correspondant à un besoin ressenti

(exemple: angine à streptocoque... thème n'appartenant pas à la médecine du voyage, choisi sciemment pour ne pas influencer votre réflexion)

-cotez ensuite l'item selon la **fréquence** : 0=rare ; 1=moyennement fréquent; 2=très fréquent. (pour notre exemple F=2)

-puis selon la **gravité** : 0=bénin ; 1= gravité moyenne; 2=très grave.
(pour notre exemple G=0)

-et enfin selon le **problème** que cet item pose sur le plan des connaissances:
0=pas de problème ; 2= problèmes moyens ; 4= beaucoup de problèmes de connaissances
(pour notre exemple P=0)

<i>Thème</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Gravité</i>	<i>Problème</i>	<i>total</i>
Angine à streptocoque	2	0	0	2

La cotation doit se faire en vous référant à votre pratique de médecin généraliste.

Si vous avez des questions, vous pouvez me contacter par mail ou téléphone
zaz.morin@wanadoo.fr ou 06 31 97 64 42

Bibliographie.

1. Spira Alan M. Preparing the traveller. Lancet.2003 , **361**, April 19.
2. OMS. Qu'est ce que le règlement sanitaire international? 2008. www.who.int. Archives questions-réponses.Consultation Avril 2008.
4. SMV.(Société Médecine des Voyages-France-) Statuts de la SMV. Dénominations, buts et composition de l'association. Article 1.Assemblée Générale extraordinaire. 2004 .
5. Rey M. Les voyages, la médecine des voyages et la pathologie exotique. Bull. Soc Path exot. 1997-T90-4. Editorial
6. Genton B, Behrens RH .,Specialized Travel consultation. Part 1: Traveler's Prior Knowledge., Jr Travel Med. 1994,**1**, 8-12
7. Provost S, Soto JC. Perception and Knowledge about some infectious diseases among Travelers from Quebec,Canada., Jr Travel Med 2002 ;**9**:184-189
8. World tourism organization. Historical perspective of world tourism. www.world-tourism.org. Information, analysis and know-how. Consultation 2008.
9. Hill David R.Health problems in a large cohort of americans travelling to developing countries. Jr travel Med. 2000, **7**, n°5, 259-266
10. Rack J, Wichmann O, Kamara B, et al. Risk and spectrum of diseases in travellers to popular tourism destination. Jr Travel med. 2005, **12** (5), 248-253
11. Koen von Herck, Zuckerman J, Castelli Fr. Travellers' knowledge, attitudes and practices on prevention of infections diseases: results from a pilot study: Jr Travel med 2003,**10**;75-78
12. Koen von Herck, Zuckerman J, Castelli Fr. Knowledge, attitudes and practice in travel related infectious diseases: the European airport survey. J Travel Medicine 2004; **11**; 3-8
13. Huneau K. Conseils aux voyageurs: études des représentations et du vécu des médecins généralistes de Loire-atlantique par méthode de focus groupe.Thèse Doctorat médecine générale, Nantes, Février 2008
14. Pin. A.S .Voyage en zone tropicale:place des conseils aux voyageurs en médecin générale. Enquête auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine en 2004. Thèse Doctorat médecine générale. Rennes, 2004.
15. Tattevin P, Chevrier S. Augmentation du paludisme d'importation au CHU de Rennes: étude épidémiologique et analyse de la chimioprophylaxie et des traitements curatifs. Med Mal Inf 2002, **32**, (8):418-426
16. Rigoullet N, Détermination des besoins de formation médicale continue du médecin généraliste: intérêts et méthodes. Thèse Doctorat en médecine générale. Lyon, 1996.
17. Jouquan J, La problématique de l'analyse des besoins de formation. Revue internationale Francophone d'éducation médicale.2004, **5**(3), Editorial 133-135
18. « Agora-formation », UNFORMEC, R.Picot. Technique de détection et d'analyse des besoins de formation, la grille FGP. Pédagogie médicale 2004, **5**(3). 185-186.
19. Santin A., Semaille C.,Prazuck T., Bargain P., Lafaix C., Fisch A.. Chimioprophylaxie anti-paludique des voyageurs français au départ de Paris pour huit destinations tropicales. BEH n°19/98. 78-79.

20. Sadorge C., Bechet S., Jolly N., Jeannel D., Zeller H., Poveda J.D.,. Etiologies des fièvres de l'adulte au retour d'un voyage récent en zone tropicale, France, 1999-2001. BEH Thématique **25-26**, 19 juin 2007; 226-228.
21. CNREPIA. Rapport d'activité 2005.
22. Mosnier A., Legros F., Duhot D., Cohen J.M., Arnould P., Goujon C., Caumes E. Pathologie au retour de voyage observée en médecine de ville, France, 2005-2006. BEH thématique **25-26**; 19 juin 2007.
23. Caumes.E. Principales pathologies au retour d'un séjour tropical. La revue du praticien, vol.57, 30 avril 2007; 845-850.
24. Jeannel D., Lassel L., Dorléans F., Gautier A., Jauffret-Roustide M. Perception des risques infectieux lors des déplacements à l'étranger, attitudes et pratiques de français métropolitains, 2006. BHE thématique. **25-26**; 19 juin 2007.
25. Matteelli A., Carosi G., Sexually transmitted diseases in travellers. Clin. Inf. Dis. 2001, Apr. 1; **32**(7). 1063-7
26. OMS. Dengue et dengue hémorragique. Aide-mémoire N°117. Mars 2009.
27. Deparis X., Marechal V., Matheus S. Mécanismes physiopathologiques de la dengue: revue critique des hypothèses. Revue de médecine tropicale 2009; **69**; 351-357.
28. Girou J.N. Prévention de la dengue: une lutte anti-vectorielle. La revue du praticien-médecin générale. Tome 17; N°**617**; 825-827; 2 Juin 2003.
29. Danis M., Legros F., Thellier M., Caumes E. et les correspondant du réseau CNRMI. Données actuelles sur le paludisme en France métropolitaine. Méd. Trop. 2002; **62**; 214-218.
30. Guihard B. La prévention du paludisme à la Réunion: évaluation des pratiques des médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Qualification en médecine générale. Nantes, 2006.
31. Freedman DO., Weld LH., Kozarsky PE., et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers. N Engl J Med. 2006; **354**, 119-30.
32. Monsel G., Caumes.E. Dermatoses au retour de voyage: étiologies en fonction de la présentation clinique. La Revue Médical Suisse. N°**248**.
33. Fleury C. Proposition d'une consultation de médecine générale avant départ en trek. A propos d'une revue de littérature. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine-médecine générale Nantes. 2008.
34. Nepal tourism statistics 2010. Ministère du tourisme du Népal. www.tourism.gov.np
35. J.P.Richalet, P.Larmignat, Haute montagne. La Revue du praticien-médecine générale.Tome **20**; 738-739; juin 2006.
36. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2010. BEH **21-22**, 01 juin 2010.
37. Floret D. Vaccination contre la rougeole. La revue du Praticien Déc.2010, tome 60 n°10 1368-1370.
38. BEH. Recommandations sanitaires pour les voyageurs. Juin 2010, n°21/22. 230-231.
39. Guthmann J.P, Fonteneau L., Antoine D., Cohen R., Levy-Bruhl D., Che D. Couverture vaccinale BCG et épidémiologie de la tuberculose chez l'enfant: où en est-on un an après la levée de l'obligation vaccinale en France? BEH 24 mars 2009, **12-13**.

40. Raccurt C.P, Labadie J.C., Champion L., Le Courtois P., Saint-Charles N., Le Bras M. Médecine des voyages: impact d'une campagne d'information auprès des médecins généralistes en Aquitaine. Les Cahiers de la santé 1991; 1:228-234.
41. Fièvre jaune. Aide mémoire N°100. OMS. Janvier 2011.

EVALUATION DES BESOINS DE FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EN MEDECINE DES VOYAGE. PROPOSITION D'UN MODULE DE FORMATION SPECIFIQUE.

La médecine des voyages est une discipline en pleine expansion, du fait de la croissance incessante des échanges internationaux. De plus en plus de voyageurs partent vers de destinations considérées comme à risques sanitaires. Ils recherchent une information avant départ, se tournant ainsi en premier lieu vers leur généraliste.

Les derniers travaux réalisés dans ce domaine montraient des carences dans la prise en charge effectuée par le généraliste et un certain malaise, du entre autre au manque de formation initiale.

Nous avons tenté de définir ces besoins de formation, notamment en s'adressant aux spécialistes et aux généralistes. Il ressort, en plus des lacunes et des besoins clairement exprimés, une mauvaise compréhension de la problématique de la médecine des voyages et de son aspect inter-disciplinaire.

MOTS CLES

Médecine des voyages, prévention, multidisciplinarité, médecine générale, formation.