

Année 2013

2013 TOU3 1010

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Février 2013

Par Emmanuel VERCHERAND

LE CONSEIL SANITAIRE AU VOYAGEUR MIGRANT : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE MIDI-PYRÉNÉES

Directeur de thèse : Dr P.MESTHE

JURY

Monsieur le Professeur S.OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur B.MARCHOU	Assesseur
Monsieur le Professeur J.C.POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur P.MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur J.SUBRA	Assesseur

TABLEAU DU PERSONNEL HU

Des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier

au 1^{er} Septembre 2012

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER F.
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PASCAL JP
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O.R.L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUDAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E.)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECramer S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDJ S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique
	M.C.U.
M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A
Dr. BRILLAC Th
Dr. ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.

Je tiens à remercier particulièrement,

Le Dr Mesthe, mon directeur de thèse, pour ses conseils et sa patience.

Le Pr Oustric pour avoir accepté d'être mon président de jury.

Le Pr Marchou pour sa relecture attentive de mon travail.

Le Pr Poutrain et le Dr Subra pour avoir intégré mon jury de thèse malgré leurs emplois du temps chargés.

Ma Maman qui m'a permis d'entreprendre ces longues études et qui a toujours été là dans les moments difficiles.

Ma sœur, ma famille, mes amis pour leur présence indispensable.

Laure-Line qui a accompli la performance de supporter l'intégralité de mes études ; j'espère qu'elle me supportera encore longtemps...

Mon petit Raphaël qui illumine mes jours et écoute mes nuits...

Enfin une pensée particulière pour mon Papa et ma grand-mère ...

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	3
2. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE	5
3. MATERIEL ET MÉTHODES	6
3.1 Schéma d'étude	6
3.2 Questionnaire et Population	6
4. RÉSULTATS	8
4.1 Constitution de l'échantillon.....	8
4.2 Profil des médecins interrogés.....	8
4.2.1 Sexe et âge des médecins	8
4.2.2 Département d'exercice	9
4.2.3 Année d'installation	9
4.2.4 Mode d'exercice.....	10
4.2.5 Formation relative aux migrants	10
4.3 Le migrant dans la patientèle	10
4.3.1 Part du patient migrant	10
4.3.2 Part du conseil au voyageur migrant retournant au pays	11
4.3.3 Destination des voyageurs migrants	11
4.4 Vaccinations avant le voyage au pays	12
4.4.1 Migrant/non migrant	12
4.4.2 Vérification du calendrier vaccinal	12
4.5 Risques liés aux moustiques.....	13
4.5.1 Adaptation de la prescription des antipaludiques en fonction de leur prix	13
4.5.2 Chimio prophylaxie pour un voyage en zone 3.....	13
4.5.3 Moyens préventifs conseillés avant le départ contre les piqûres de moustique	14
4.6 Précautions générales.....	14
4.6.1 Hygiène de l'alimentation.....	14
4.6.2 Prévention de certains risques.....	14
4.7 Précautions particulières en fonction des personnes	15
4.8 La trousse à pharmacie	16
4.9 Difficultés éprouvées par le médecin généraliste lors de la consultation	17
4.9.1 Problèmes de communication	17
4.9.2 Autres.....	17
4.10 Prise en charge spécifique appliquée par le médecin généraliste dans son cabinet	18
5. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	19
5.1 Limites de l'étude	19
5.1.1 Représentativité et taille de l'échantillon	19
5.1.2 Les limites du questionnaire	19

5.2 Les résultats	20
5.2.1 <i>Le généraliste et le patient migrant</i>	20
5.2.2 <i>Les vaccinations.....</i>	21
5.2.3 <i>À propos des risques liés aux moustiques</i>	22
5.2.4 <i>La chimioprophylaxie</i>	23
5.2.5 <i>La protection personnelle antivectorielle</i>	24
5.2.6 <i>À propos de l'hygiène alimentaire</i>	24
5.2.7 <i>À propos de la prévention de certains risques</i>	25
5.2.8 <i>À propos de l'hygiène corporelle.....</i>	26
5.2.9 <i>À propos des précautions particulières en fonction des personnes</i>	27
5.2.10 <i>À propos de la constitution de la trousse de secours</i>	29
5.2.11 <i>À propos des difficultés éprouvées par le médecin généraliste lors de la consultation</i>	30
5.2.12 <i>À propos d'une prise en charge spécifique du migrant appliquée au cabinet</i>	31
 6. CONCLUSION	 32
 BIBLIOGRAPHIE	 34
 Annexe 1 : FICHE-CONSEIL.....	 38
 Annexe 2 : QUESTIONNAIRE	 41

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation des Nations Unies, le nombre d'immigrants internationaux est passé de 120 millions en 1990 à plus de 200 millions en 2006. Dans de nombreux pays, les immigrants constituent désormais plus de 20 % de la population. Ils sont de plus en plus nombreux à retourner dans leur pays d'origine pour rendre visite à leur famille et à leurs amis, et ce type de déplacement représente aujourd'hui une part importante des voyages internationaux dénombrés tous les ans¹.

On désigne généralement, dans les pays anglo-saxons, par « VFR » (Visiting Friends and Relatives),² les personnes ayant émigré d'un pays en développement vers un pays industrialisé qui retournent dans leur pays d'origine pour voir leur famille et leurs amis.

À l'heure actuelle, fort peu de données sont disponibles concernant les facteurs de risque objectivement observés, mais on constate depuis quelques années qu'ils forment un groupe de voyageurs particulièrement exposés. Dans de nombreux pays, ils représentent la majorité des cas de paludisme importés. En 2010, 54 % des cas importés de paludisme par des civils aux États-Unis étaient observés chez ces migrants voyageurs³; la même année, ils représentaient 61% des cas de paludisme importés en Grande-Bretagne⁴. En France, 74% des cas importés sont observés chez des migrants d'origine africaine.^{5,6}

D'après les données de surveillance réunies au niveau mondial par le réseau GeoSentinel (réseau international de praticiens spécialistes de la médecine des voyages) sur les voyageurs à leur retour, les VFR sont huit fois plus nombreux que les touristes à avoir un diagnostic de paludisme. On estime qu'ils représentent plus de la moitié du nombre total de cas de paludisme importés en Europe et en Amérique du Nord.^{7,8}

Le risque d'acquisition d'autres pathologies infectieuses est également plus élevé chez ce type de voyageurs. Une étude sur un an des cas de typhoïde importés aux États-Unis a montré que les touristes représentent 4% contre 40% pour les migrants voyageurs.⁹ À Paris, une étude prospective portant sur des migrants africains retournant au pays a montré un taux de mortalité particulièrement élevé de 0,24 % par mois de séjour, le taux de « référence » étant 0,001 %.¹⁰

La cause de ces taux d'infection est multifactorielle. Retournant au pays, les migrants ont probablement un faux sentiment de sécurité, sous-estiment les risques, se considèrent immuns contre le paludisme. Ils sont moins informés et suivent moins les mesures de prévention (prophylaxie antipaludique, vaccinations, protection antimoustique). Aussi, l'accès à des services de santé lors du voyage peut être difficile.¹¹

Par ailleurs, disposant souvent de moyens limités, le coût d'une consultation médicale et

des moyens de prévention (vaccins, antipaludiques) avant le voyage peuvent être un obstacle supplémentaire.

Il convient donc du point de vue de la santé publique d'atteindre ce groupe de voyageurs à plus haut risque.

2. CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE

En France, l'Insee dénombrait à la fin des années 2000 un effectif de 5,3 millions d'immigrés (8,4% de la population), dont 38% originaires d'Europe et 43% d'Afrique.¹² Pour information, un immigré ou migrant est une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant en France.

Au 1^{er} janvier 2006, on comptait 2167000 migrants africains dont 692000 algériens, 634000 marocains, 227000 tunisiens qui représentaient environ 70% des migrants africains. Le nombre d'immigrés originaires de pays européens s'élevait quant à lui à 1995000 (570000 portugais), de pays asiatiques à 712000.¹³ Le retour au pays est un événement important auquel aspire la plupart des migrants résidant en France.

Comme pour tout voyageur, un certain nombre de précautions s'impose pour limiter les risques sanitaires. Mais le migrant faisant partie d'un groupe de voyageurs plus exposé, il semble important de mettre en œuvre des actions de prévention adaptées avant le voyage.

Le médecin généraliste étant un des principaux acteurs de santé publique et un interlocuteur privilégié, c'est essentiellement à lui qu'incombe cette tâche.

On peut donc s'interroger sur sa manière d'appréhender cette consultation de voyage spécifique au migrant : Donne-t-il des conseils ? Quels conseils ? Epreuve-t-il des difficultés durant la consultation ? Ressent-il des besoins de formation ?

De plus, il semblerait intéressant afin de faciliter sa prise en charge de proposer un vade mecum pour le bon déroulement de cette consultation.

L'**objectif principal** de la thèse est d'analyser une consultation de voyageur migrant par le médecin généraliste.

L'**objectif secondaire** est de proposer en annexe une fiche-conseil pour le praticien afin de mener à bien la consultation de voyage du migrant. (Annexe 1)

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude déclarative portant sur un échantillon de médecins généralistes libéraux exerçant dans la région Midi-Pyrénées.

L'enquête a été réalisée du mois de mars 2012 au mois de mai 2012.

3.2 Questionnaire et Population

Un questionnaire électronique a été élaboré afin de renseigner les rubriques suivantes (annexe 2) :

- Caractéristiques individuelles des médecins (sexe, âge, département d'exercice, formation relative aux migrants).
- Le migrant dans la patientèle (proportion de migrants, fréquence des consultations de conseil au voyageur migrant, destination des patients lors d'un voyage au pays).
- Vaccinations du migrant avant le voyage au pays (vaccinations spécifiques au pays visité, vérification du calendrier vaccinal français).
- Risques liés aux moustiques (prix et choix des antipaludiques, moyens préventifs contre les piqûres de moustiques).
- Précautions générales (hygiène alimentaire, prévention des risques divers, hygiène corporelle).
- Précaution en fonction des personnes (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes atteintes d'affections chroniques et du VIH).
- Constitution de la trousse à pharmacie.
- Difficultés éprouvées par le médecin généraliste lors de la consultation (communication, autre ...).
- Prise en charge spécifique appliquée par le médecin généraliste dans son cabinet.

Il a été rédigé grâce au Logiciel LimeSurvey.

Pour l'intérêt de l'étude, les sauts de questions n'étaient pas autorisés par les interviewés ; la réponse à l'intégralité du questionnaire était requise pour pouvoir le valider.

Le questionnaire a été envoyé par le biais d'Internet aux Médecins Généralistes libéraux de Midi-Pyrénées dont les adresses mail étaient connues de l'Union Régionale des

Professionnels de Santé (U.R.P.S). A la fin de celui-ci, il était proposé aux médecins de leur transmettre par mail une synthèse du travail effectué.

Les tests statistiques du Chi² et de Student ont été utilisés pour l'analyse de certaines données.

4. RÉSULTATS

4.1 Constitution de l'échantillon

Le 1^{er} mars 2012 le questionnaire a été envoyé une première fois à 1749 médecins.

A l'issue du premier envoi, 92 réponses ont été obtenues.

Un mois plus tard, un questionnaire identique de relance a été adressé aux médecins qui n'avaient pas retourné le questionnaire lors du premier envoi.

Vingt-neuf réponses supplémentaires ont été renvoyées. L'analyse porte donc sur 121 questionnaires.

4.2 Profil des médecins interrogés

4.2.1 Sexe et âge des médecins

Les médecins généralistes de notre échantillon sont à forte prédominance masculine (72%).

Concernant l'âge, voici la répartition des médecins selon leur classe d'âge.

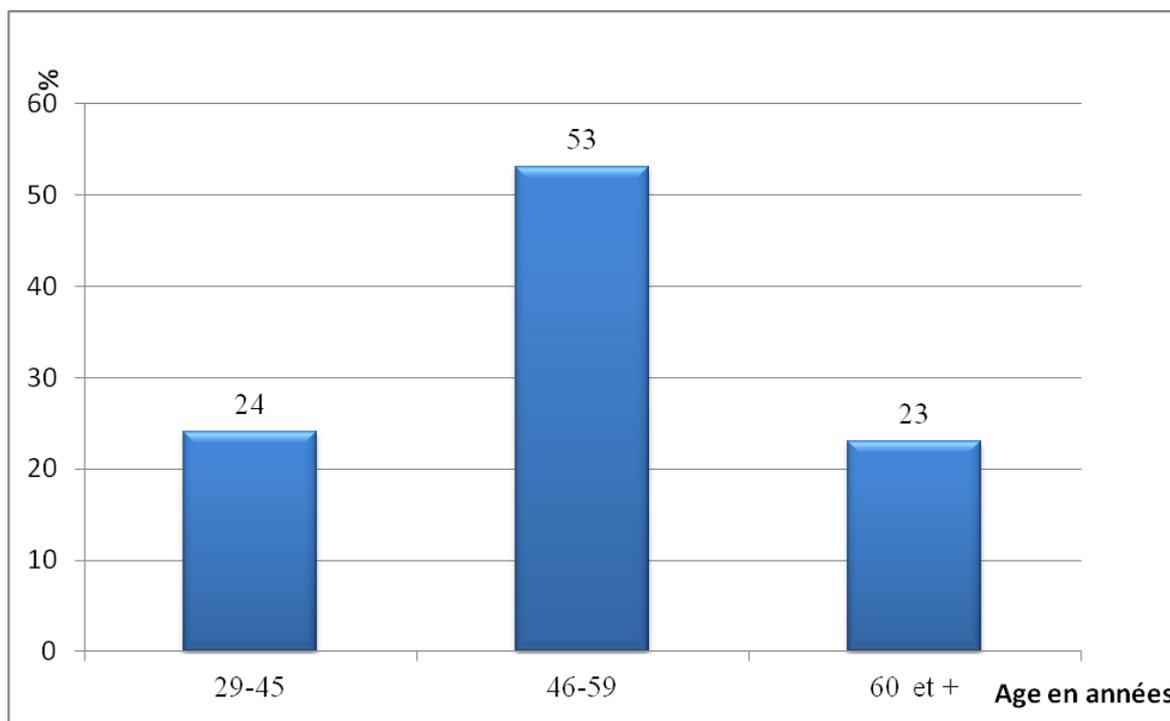


Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon l'âge

4.2.2 Département d'exercice

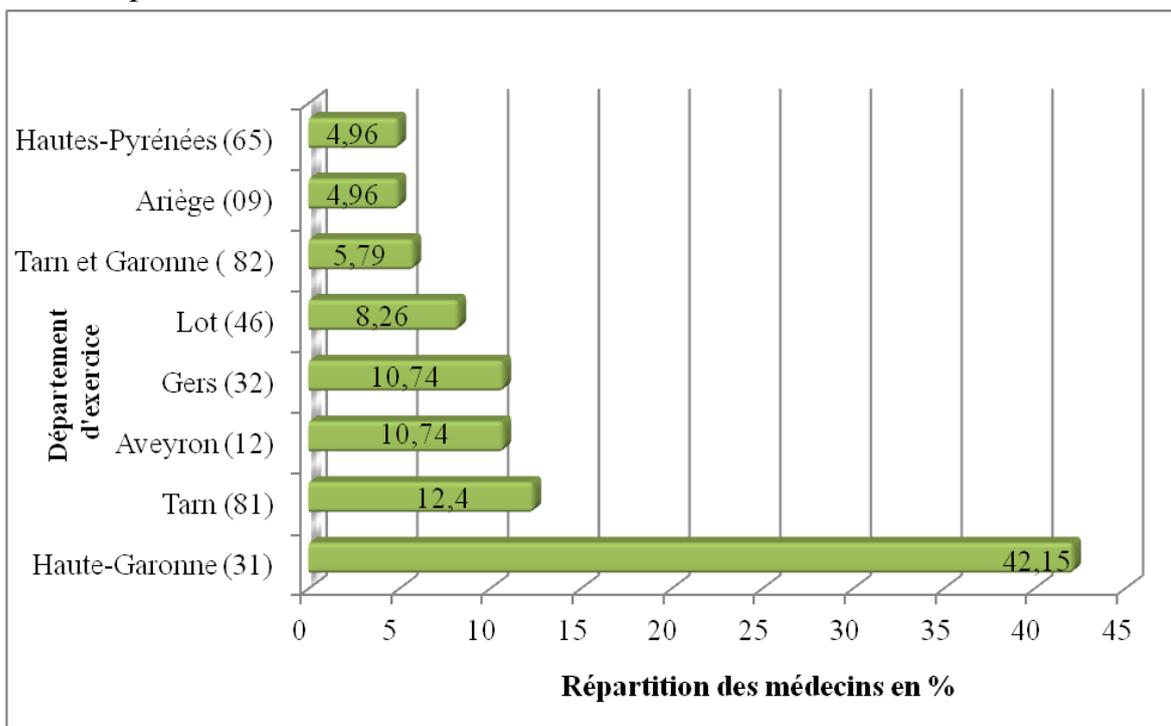


Figure 2 : Répartition des médecins par département

4.2.3 Année d'installation

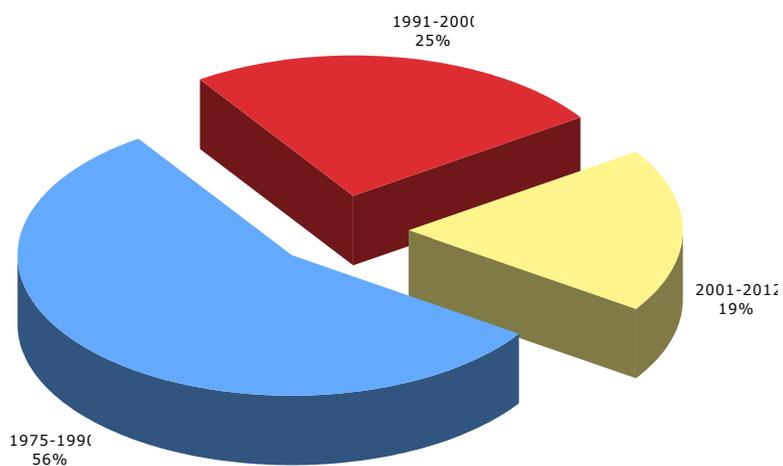


Figure 3 : Répartition des médecins selon l'année d'installation

On observe que la majorité des médecins s'est installée avant 1990.

4.2.4 Mode d'exercice

Cinquante-sept pour cent des médecins exercent en cabinet de groupe, 5,8% en maison pluridisciplinaire et 37,2 % travaillent seuls.

4.2.5 Formation relative aux migrants

La majorité des médecins interrogés, à savoir 94,2%, n'a jamais reçu au cours d'une FMC une information spécifique au patient migrant.

Les 5,8% restants ont reçu une formation; 3,3 % d'entre eux ont travaillé sur le voyage au pays et les conseils médicaux, 0,83% sur la prise en charge des demandeurs d'asile, 0,83% sur le travail associatif et 0,83% avait passé le DU de Médecine Tropicale.

4.3 Le migrant dans la patientèle

4.3.1 Part du patient migrant

Environ 80% des médecins ont moins de 10% de patients migrants dans leur patientèle.

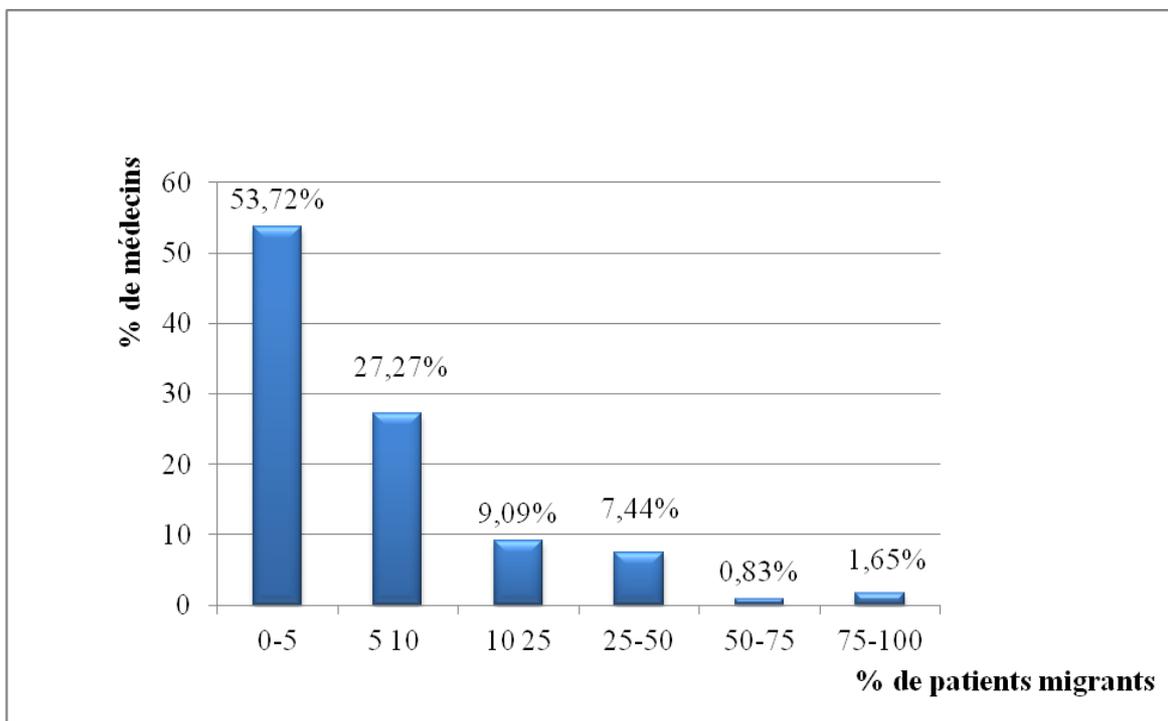


Figure 4 : Part du patient migrant dans la patientèle des médecins interrogés

4.3.2 Part du conseil au voyageur migrant retournant au pays

On observe que 91% des médecins interrogés ne recensent ce motif de consultation que de façon rare ou exceptionnelle.

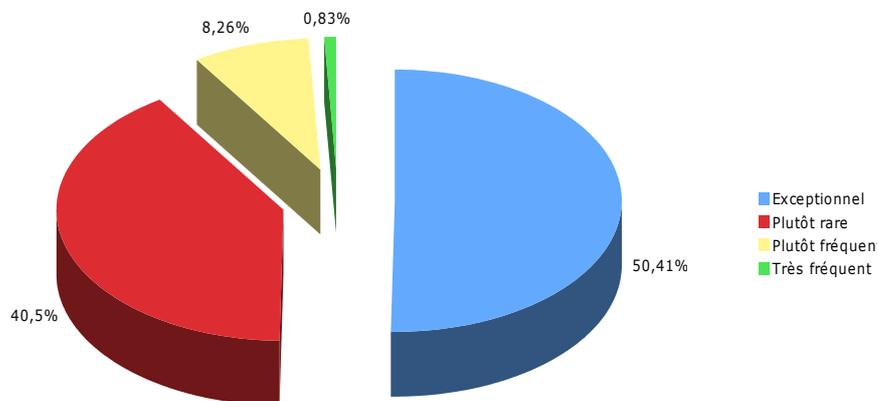


Figure 5 : Part du conseil au voyageur migrant dans les motifs de consultation

4.3.3 Destination des voyageurs migrants

Pour 83% des médecins interrogés, l'Afrique est la première destination.

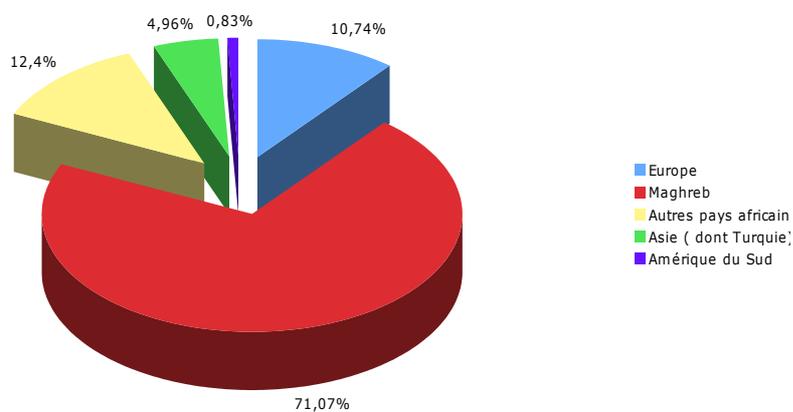


Figure 6 : Destination principale des migrants lors de leur voyage au pays

4.4 Vaccinations avant le voyage au pays

4.4.1 Migrant/non migrant

A la question où il leur était demandé de dire si, pour une même destination en pays tropical, ils conseillaient les mêmes vaccins pour des patients migrants ou des non-migrants, la majorité des médecins de l'échantillon (100 médecins soit environ 83% de l'échantillon) a répondu « oui ».

Les 21 restants (17%) qui ont donc répondu par la négative se sont justifiés de la façon suivante :

- 2 médecins adaptent leurs conseils vaccinaux en fonction de la durée du séjour et des conditions de vie sur place ;
- 4 pensent que le migrant a acquis une protection suffisante pour certaines maladies du fait de la durée de son séjour dans le pays concerné auparavant ;
- 1 vaccine les enfants migrants contre la tuberculose avant un départ pour un pays à risque ;
- 2 font des différences au niveau de la vaccination contre l'hépatite A, à savoir qu'ils ne vaccinent pas si la personne a vécu « suffisamment » longtemps en pays à risque ;
- 4 ne conseillent pas de vaccins aux migrants car ceux-ci n'en font pas la demande, au contraire des voyageurs lambda ;
- 2 ne conseillent pas les mêmes vaccins du fait du non-remboursement de ceux-ci, coût que le migrant ne pourrait souvent pas assumer ;
- 1 ne conseille pas de vaccins pour le voyage au migrant car il pense que ceux-ci connaissent les risques et qu'une prévention efficace sur place permettrait de se passer de la vaccination ;
- 5 n'ont donné aucune raison à cette différence de prise en charge.

4.4.2 Vérification du calendrier vaccinal

Quatre-vingt-huit pour cent des médecins vérifient le calendrier vaccinal de leurs patients migrants avant le départ.

4.5 Risques liés aux moustiques

4.5.1 Adaptation de la prescription des antipaludiques en fonction de leur prix

Sur les 121 médecins de l'échantillon, 60% accordent une importance au prix du traitement préventif du paludisme lorsqu'ils choisissent d'en prescrire un (étant entendu que la chimioprophylaxie prodiguée est en adéquation avec la zone impaludée visitée).

4.5.2 Chimioprophylaxie pour un voyage en zone 3

Lorsqu'on demande aux médecins quelle chimioprophylaxie antipaludique ils prescriraient au migrant pour un voyage en zone 3, leurs réponses sont les suivantes :

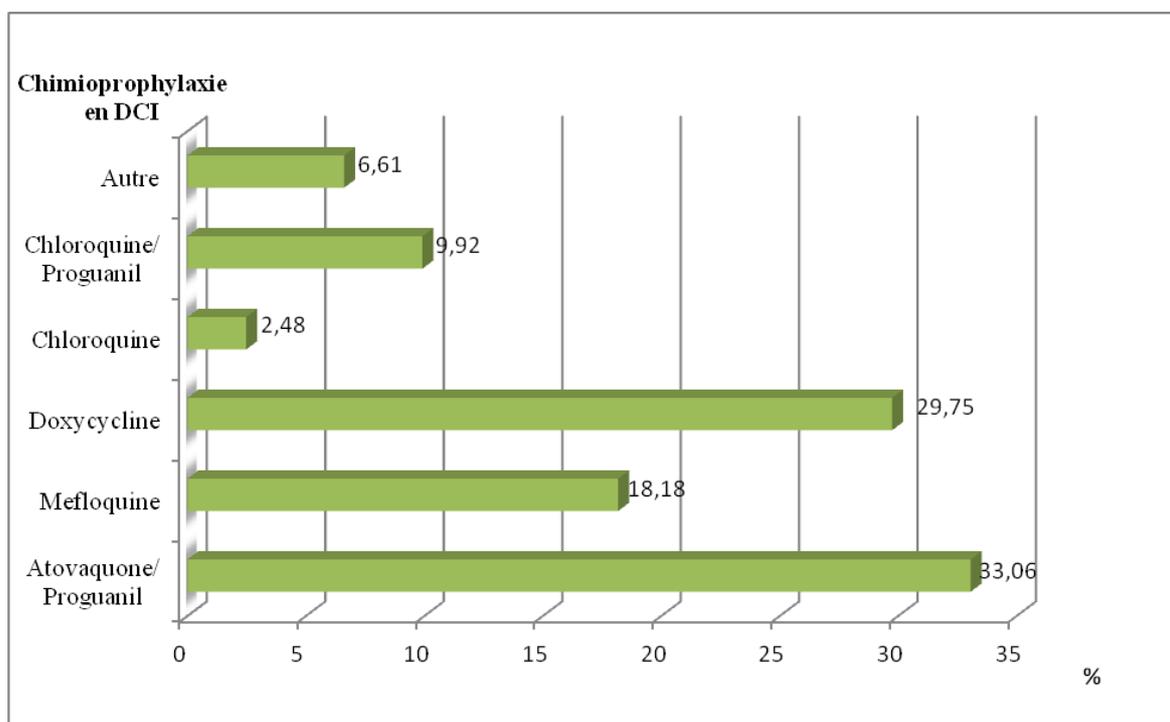


Figure 7 : Chimioprophylaxies antipaludiques prescrites par les médecins interrogés pour un voyage en zone 3

Concernant les 8 médecins qui ont répondu « autre », ils se sont justifiés de la manière suivante :

- 3 demandent toujours conseil au SMIT de l'hôpital Purpan de Toulouse ;
- 1 prescrit l'artéméter ;

- 3 n'ont jamais ce genre de demande ;
- 1 ne le savait pas mais vérifiait toujours dans un ouvrage spécifique.

4.5.3 Moyens préventifs conseillés avant le départ contre les piqûres de moustique

- 94% des médecins conseillent le port de vêtements couvrants.
- 92,5% des personnes interrogées préconisent l'utilisation de répulsifs cutanés.
- 74% préconisent l'utilisation de moustiquaires imprégnées.

4.6 Précautions générales

4.6.1 Hygiène de l'alimentation

Lorsqu'il leur est demandé s'ils préconisent des mesures concernant l'hygiène alimentaire, à savoir le lavage des mains, la consommation d'eau en bouteille capsulée, l'évitement des crudités, coquillages, glaçons ou la cuisson suffisante des aliments, 80% des médecins répondent positivement.

4.6.2 Prévention de certains risques

- En ce qui concerne la prévention des risques liés à la circulation dans les pays étrangers, seuls 14% des médecins exhortent leurs patients migrants à s'en prémunir par plusieurs moyens comme le port de la ceinture, du casque, ou marcher en sens contraire de l'arrivée des véhicules ;
- 35,5% seulement des médecins interrogés pensent à aborder le problème des risques encourus liés à des soins en cas d'hospitalisation et leurs moyens de prévention ; par exemple, procurer soi-même le matériel ou refuser tout geste si celui-ci semble suspect ;
- 64,5% des généralistes insistent sur la prévention des risques liés aux IST comme le port du préservatif ;
- 60% des médecins poussent les migrants à se prémunir contre les risques liés à la chaleur (exposition prolongée au soleil, hydratation insuffisante).

4.7 Précautions particulières en fonction des personnes

Il est demandé aux généralistes s'ils prévoient des dispositions particulières en fonction des groupes de personnes suivants :

- Les enfants : 86% des praticiens ont répondu « oui » à cette question et penseraient donc à insister sur des sujets comme la bonne hydratation de l'enfant en bas âge, son alimentation, la protection solaire, l'évitement du contact avec les animaux locaux, l'utilisation d'eau minérale filtrée ou bouillie pour les biberons.
- Les femmes enceintes : 82% des médecins donnent des conseils spécifiques aux femmes enceintes comme la prévention du risque thromboembolique pour les voyages en avion, la nécessité de prendre un avis obstétrical avant un départ, de limiter les activités physiques et les longs voyages en voiture une fois arrivées sur place.
- Les personnes âgées : 78,5% des médecins recommandent aux personnes âgées de se montrer vigilantes sur leur état d'hydratation ou la diminution de leur capacité d'adaptation physiologique à une situation aiguë en général.
- Les personnes atteintes d'affection chronique : 83% des médecins pensent à aviser ce groupe sur les risques de décompensation de leur pathologie, le risque des traitements chroniques selon les conditions du voyage (comme diurétiques et chaleur), la prise d'un avis spécialisé avant le départ ou la délivrance exceptionnelle de médicaments pour une longue durée.
- Les personnes infectées par le VIH : 45% des praticiens donnent des précautions particulières à leurs patients migrants atteints par le VIH. Une vigilance accrue doit être exercée sur : le risque de contracter certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou la leishmaniose, le risque d'interaction entre certaines chimioprophylaxies antipaludiques et certains traitements du VIH, ou la diminution d'efficacité de leur traitement par la chaleur.

4.8 La trousse à pharmacie

Le tableau suivant résume la liste des produits que choisiraient les médecins généralistes pour constituer la trousse de secours de leurs patients migrants.

Les produits surlignés en vert sont prescrits par les médecins.

	Prescrits		Non prescrits	
	Nombre de médecins	% échantillon	Nombre de médecins	% échantillon
Antalgiques	116	96	5	4
Antipyrétiques	120	99	1	1
Antidiarrhéiques	112	92,5	9	7,5
Pansements intestinaux	60	49,5	61	50,5
Antiémétiques	88	72,5	33	27,5
Sédatifs	15	12,5	106	87,5
Répulsifs moustiques	109	90	12	10
Antipaludiques à usage préventif	107	88,5	14	11,5
Collyres	51	42	70	58
Thermomètre	27	22,5	94	77,5
Épingles de sûreté	13	10,5	108	89,5
Pince à épiler	20	16,5	101	83,5
Crème écran solaire	80	67	40	33
Crème anti-brûlures	59	49	62	51
Pansements stériles	78	64,5	43	35,5
Sutures adhésives	20	16,5	101	83,5
Gel ou solution hydro-alcoolique	50	41,5	71	58,5
Antiseptiques cutanés	99	82	22	18
Produits de désinfection de l'eau de boisson	72	59,5	49	40,5
Soluté de réhydratation	42	34,5	79	65,5
Sachets de sucre	5	4	116	96
Bandes de contention	28	23	93	77
Set de matériel à usage unique	9	7,5	112	92,5
Préservatifs	58	48	63	52

Produits pour imprégner les moustiquaires	65	53,5	56	46,5
Traitement curatif antipaludique présomptif	32	26,5	89	73,5
Traitement antibiotique probabiliste pour la diarrhée du voyageur	69	57	52	43

Tableau 1 : Eléments de la trousse à pharmacie prescrits par les médecins interrogés

4.9 Difficultés éprouvées par le médecin généraliste lors de la consultation

4.9.1 Problèmes de communication

Lorsqu'on leur demande s'ils éprouvent des difficultés pour communiquer avec le migrant lors de la consultation, 59,5% des médecins répondent positivement contre 40,5% de leurs confrères qui ne semblent pas avoir de souci.

4.9.2 Autres

La communication mise à part, 73,5% des médecins n'éprouvent pas d'autres difficultés lors de la consultation.

Vingt-six virgule cinq pour cent, quant à eux, font part d'autres embarras, que l'on peut rassembler dans les six catégories suivantes :

- La langue : 5 praticiens mentionnent la barrière de la langue en tant que frein au bon déroulement de la consultation.
- La méconnaissance du terrain : 3 expliquent souffrir pour leur prise en charge de leur méconnaissance des conditions de vie sur place et des habitudes locales.
- Les problèmes financiers : 3 d'entre eux évoquent les problèmes financiers de leurs patients qui limitent la prescription des vaccins ou autres médicaments du voyage.
- Les « fausses-croyances » des patients : 9 médecins évoquent des convictions erronées de la part de certains migrants entraînant une mauvaise observance. Ainsi peut-on relever parmi les commentaires : la difficulté à comprendre que retour au pays puisse être synonyme de prophylaxie, que leurs défenses vis-à-vis des agents pathogènes locaux ne soient plus les mêmes car ils vivent en France depuis

plusieurs années, que leur retour au pays puisse présenter des risques, que leur médecin puisse connaître des choses sur leur pays et ses dangers qu'eux-mêmes ne connaissent pas.

- La culture : 9 médecins évoquent une barrière culturelle entre le patient et eux à l'origine d'une incompréhension mutuelle. Cette notion de « barrière culturelle » n'est pas clairement explicitée.
- L'exigence des patients : 2 praticiens suggèrent que ces patients revendiquent un grand nombre de prescriptions médicamenteuses pour se rendre au pays.
- 1 médecin ne s'est pas justifié.

4.10 Prise en charge spécifique appliquée par le médecin généraliste dans son cabinet

La dernière question porte sur des commentaires que les praticiens souhaitent faire quant à une prise en charge spécifique du migrant. Les réponses étaient libres. 31,5 % d'entre eux (38 médecins) ont fait des commentaires, les autres s'étant abstenus.

Seuls 6 d'entre eux ont donné des réponses en adéquation avec la question :

- Une personne pense que le migrant étant devenu un métropolitain, il bénéficie des modes de prise en charge des métropolitains. La prise en charge n'est donc pas spécifique au vu de son statut de migrant mais plutôt de la destination où il se rend et des conditions du voyage ;
- Un autre ne prescrit jamais d'aspirine comme antipyrétique en cas de voyage en zone tropicale à cause du risque hémorragique si la dengue est contractée au cours du séjour ;
- Un médecin préconise le port de contentions élastiques pour les voyages longs plus ou moins des injections d'HBPM pour les patients à risque ;
- Les trois dernières réponses portent plutôt sur des souhaits de prise en charge spécifique :
 - une concerne la mise à disposition de manuels de traduction,
 - une autre décrit la nécessité de mise en place d'un guide à disposition des médecins,
 - une dernière interroge sur la mise en place d'une rémunération spéciale au vu de la durée nécessaire pour ces consultations.

5. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

5.1 Limites de l'étude

5.1.1 Représentativité et taille de l'échantillon

Le refus de répondre au questionnaire par manque de temps ou par désintérêt peut créer un biais de sélection de médecins concernés par le sujet et de ce fait influencer l'analyse des réponses obtenues.

Cent vingt et un médecins ont répondu au questionnaire sur les 1749 interrogés soit environ 7% des interviewés. La taille de notre échantillon peut ainsi manquer de puissance. Cependant, le fait de remplir un questionnaire par Internet était le seul moyen envisageable pour interroger une population si dense de médecins.

Notre échantillon est comparable à la population des médecins généralistes de Midi-Pyrénées en ce qui concerne l'âge (52,4 ans de moyenne d'âge en Midi-Pyrénées) ($p < 0,05$). Il l'est aussi en ce qui concerne le sexe (68% d'hommes et 32% de femmes parmi les généralistes de la Région) ($p < 0,05$).

5.1.2 Les limites du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé aux médecins par courrier électronique. Le risque de ce mode de sondage est le taux de non-réponse important. Le questionnaire doit donc être court, les questions le plus souvent fermées. Dans celui-ci, le parti pris est de favoriser ce genre de questions avec des options de réponse restreintes type oui/non. Ceci peut être à l'origine de biais d'information par subjectivité des enquêtés ou biais de minimisation : la personne interrogée ne réalise pas ou que partiellement l'action évaluée dans une question. Un autre risque à prendre en compte est celui de créer des biais de confusion du fait d'un sujet mal connu par la plupart des médecins. Ceux-ci peuvent avoir tendance à rendre compte dans leurs réponses des conseils sanitaires qu'ils prodiguent au voyageur en général, et pas spécifiquement au migrant voyageur.

5.2 Les résultats

5.2.1 *Le généraliste et le patient migrant*

Quatre-vingt-quatorze pour cent des médecins généralistes de l'échantillon n'ont jamais reçu de formation spécifique au patient migrant. Ce chiffre parle de lui-même quant à la méconnaissance du problème par les pouvoirs publics et les acteurs de santé.

Une autre donnée pouvant expliquer le peu de formation suivie et le taux de réponse modéré au questionnaire est la faible proportion de migrants dans les patientèles des médecins de l'échantillon. En effet, plus de 50% des praticiens en ont moins de 5%.

Enfin, plus de 50% des praticiens déclarent aborder le thème du conseil au voyageur migrant de façon exceptionnelle en consultation ; ce qui vient corroborer ce qui est dit ci-dessus.

Néanmoins, il peut être permis de relativiser ces chiffres peu encourageants quant à l'importance du sujet. En 2007, une étude des connaissances et des pratiques, portant sur le conseil sanitaire au voyageur (en général) a été menée. Sur un échantillon de 100 médecins généralistes marseillais, 58 médecins trouvent que la place de la médecine des voyages dans leur consultation était rare, voire exceptionnelle¹⁴. Soixante pour cent estiment ne pas avoir reçu d'enseignement sur la médecine tropicale. Pour autant, il existe bien une Société de Médecine des Voyages et il y a chaque année un numéro du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire consacré aux recommandations sanitaires pour les voyageurs !

Concernant les destinations des patients immigrés, on observe que 80% des migrants retournent en Afrique et majoritairement au Maghreb. Curieusement, lorsqu'on se reporte au tableau des populations immigrées par pays d'origine en Midi-Pyrénées, ce sont les populations issues de pays européens qui sont les plus nombreuses (55%), suivies des populations originaires d'Afrique (33%) (nb : originaire du Maghreb : 26%), d'Asie (8%) et d'Amérique/Océanie (4%)¹³.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : soit les médecins qui ont répondu au questionnaire ont dans leur patientèle une forte proportion de migrants originaires d'Afrique, soit les migrants originaires d'Afrique retournent en plus grand nombre au pays,

soit ils consultent davantage leur médecin avant le départ (les pays d'Afrique présentant un plus grand risque sanitaire que les pays d'Europe¹⁵).

5.2.2 *Les vaccinations*

Plus de 80% des médecins conseillent les mêmes vaccins au migrant et au non-migrant pour un voyage en pays tropical et donc ne différencient pas leur prise en charge sur ce thème.

Cependant, il faut rappeler que le migrant est particulièrement à risque d'être infecté par les maladies du voyage. Il doit donc faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne les vaccinations. Plusieurs études le confirment^{16,17,18}. Par exemple, au Québec sur une étude menée entre 2004 et 2007, 56,9% des cas d'hépatite A et 94,4% des cas de typhoïde ont été importés par des VFR.¹⁷

Il est donc très important de s'enquérir, au-delà évidemment de la zone visitée, des conditions du séjour et de sa durée. Sur une revue de la littérature réalisée en 2010, le risque relatif de contracter l'hépatite A en voyage était de 5,6 en ce qui concernait une durée de séjour supérieure à 30 jours.¹⁹

Les critères de choix de la vaccination doivent se porter :

- sur la situation épidémiologique du pays visité :
 - La fièvre jaune si voyage dans une zone intertropicale d'Afrique ou d'Amérique du Sud
 - L'encéphalite japonaise si séjour prolongé en zone rurale à la saison des pluies en Asie du Sud ou de l'Est
 - L'encéphalite à tiques si séjour en zone rurale ou en forêt, dans une région endémique (Europe centrale, orientale, septentrionale, Sibérie, nord de la Chine, nord du Japon) du printemps à l'automne.
 - Les infections invasives à méningocoques si séjour prolongé en situation de forte promiscuité et en période épidémique, notamment en Afrique sahélienne en saison sèche.

- en fonction des conditions et de la durée du séjour.
 - L'hépatite A pour tous types de séjours dans un pays à bas niveau d'hygiène, et particulièrement chez les voyageurs porteurs d'une maladie chronique du foie. A noter qu'un examen sérologique préalable (recherche IgG) a un intérêt pour les personnes

ayant des antécédents d'ictère , ayant passé leur enfance en zone d'endémie ou nées avant 1945.

- La typhoïde si séjour prolongé ou dans des conditions d'hygiène précaires.
- La rage à titre préventif si séjour prolongé et « aventureux » en situation d'isolement (surtout en Asie, notamment en Inde et en Afrique du Nord et subsaharienne).
- Pour le choléra, la vaccination n'est recommandée que pour les professionnels de santé allant travailler dans des camps de réfugiés, ou les personnes devant s'occuper de malades, lors d'une épidémie.^{20,21}

Concernant le calendrier vaccinal en vigueur, la majorité des médecins vérifient à juste titre celui de leurs patients migrants.

Pour tous, il y a en effet indication de mise à jour des vaccinations du calendrier vaccinal français, notamment contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole(gratuit dans la plupart des centres de vaccination) .

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, elle est fortement recommandée pour les enfants. Pour les adultes, elle sera pratiquée essentiellement en cas de séjours prolongés ou fréquents dans des pays à forte prévalence ou en cas d'activités ou comportements à risque.

Concernant le BCG, il est recommandé pour les enfants en cas de séjours fréquents ou prolongés dans les pays à forte incidence tuberculeuse.¹⁵

À noter qu'en France, parmi les 5 276 cas de tuberculose maladie déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants. Parmi les 1 715 patients pris en charge pour une hépatite B chronique (HBC) en 2008-2009, les trois-quarts étaient migrants.²² Il serait donc intéressant de renforcer les stratégies de dépistage dans toutes les populations migrantes et la consultation du voyage pourrait en être l'occasion.

5.2.3 À propos des risques liés aux moustiques

On ne reviendra pas sur les taux de paludisme d'importation des pays développés cités en introduction qui soulignent la nécessité absolue pour le médecin d'aborder au cours de la consultation le thème des risques liés aux moustiques.

L'immunité acquise contre le paludisme disparaît rapidement lorsqu'elle n'est pas stimulée. En effet, les personnes ayant résidé 2 à 3 ans hors des pays d'endémie doivent

être considérées comme non immunes, même si les formes graves semblent moins fréquentes.^{11,23}

5.2.4 La chimioprophylaxie

Soixante pour cent des médecins accordent une importance au prix des antipaludiques dans leur prescription. Le prix est souvent un des principaux freins à l'adhésion à une chimioprophylaxie antipaludique.²⁴

Du fait de son faible coût, on peut recommander par exemple la doxycycline pour un voyage en pays africain, référencé le plus souvent comme pays de groupe 3 de chimiorésistance aux antipaludiques.²⁵

La question sur la chimioprophylaxie prescrite pour un voyage en zone 3 a pour but de vérifier les connaissances des médecins sur les recommandations existantes. On observe que 81% des médecins ont donné les réponses exactes, à savoir la Malarone® (Atovaquone + Proguanil), le Lariam® (Mefloquine) et le Doxypalu® (Doxycycline).

Nous retrouvons des taux d'inadaptation des chimioprophylaxies antipaludiques plus élevés dans différentes études.^{26,27}

Dans une étude rétrospective française portant sur des cas de paludisme importés dans un hôpital Parisien de 2006 à 2010, 239 cas de paludisme importés ont été diagnostiqués.

Sur ces 239 cas, 199 sont des migrants (86 VFR et 13 des migrants récemment arrivés).

Pour ceux qui ont pris des antipaludiques, ils sont inadaptés dans 43,7 % des cas et pris irrégulièrement dans 84,4 %.²⁸

Les chiffres supérieurs obtenus dans notre étude ont pu être améliorés par l'indication de la zone visitée alors que les autres études ne mentionnaient que le pays visité et non la zone dans le questionnaire.

Dans tous les cas, la conclusion est identique, il y a une nécessité de formation ou d'information pour les médecins en ce qui concerne la prophylaxie antipaludique.

De plus, une grande pédagogie quant à la nécessité et la régularité des prises doit être mise en œuvre par le médecin.

5.2.5 *La protection personnelle antivectorielle*

« Pour la prévention du paludisme, il est fortement recommandé de considérer la protection personnelle anti-vectorielle comme indissociable de la chimioprophylaxie préconisée par les autorités de santé (Grade A) ». Cette phrase est issue des recommandations de bonne pratique concernant la protection personnelle antivectorielle.²⁹

Dans notre étude, les praticiens dans leur grande majorité conseillent le port de vêtements couvrants, l'utilisation de répulsifs cutanés et l'utilisation de moustiquaires imprégnées (respectivement 94%, 92,5% et 74%).

Dans les recommandations citées ci-dessus l'utilisation de moustiquaire imprégnée est jugée comme « essentielle », celle de répulsifs cutanés et de vêtements longs comme « importants ».

Les médecins de l'étude considèrent donc que le migrant en séjour au pays doit se protéger, au même titre que le voyageur touriste.

On peut rajouter que la protection personnelle antivectorielle ne consiste pas seulement à se protéger du paludisme mais de toutes les maladies transmises par les arthropodes, insectes et arachnides. Dans une autre étude portant sur des voyageurs ayant contracté des infections filariennes au cours d'un voyage, le pourcentage parmi les VFR était de 19% et chez les touristes de 9%, d'après les données du réseau Geosentinel.³⁰

5.2.6 *À propos de l'hygiène alimentaire*

La plupart des médecins prête attention, à raison, à la prévention des risques liés à l'hygiène de l'alimentation.

Les VFR ont un risque majoré de contracter l'hépatite A, typhoïde¹⁸, parasitoses hépatiques ou intestinales.³¹

Dans une étude parisienne portant sur des migrants africains qui retournent au pays, 40% des migrants estiment avoir eu au moins un problème de santé. Les plus fréquemment rapportés chez les adultes étaient les troubles digestifs (68% des problèmes de santé dont 76% de diarrhées), de même chez les enfants (60% des problèmes de santé dont 90% de diarrhées).¹⁰

Revenir sur les règles d'hygiène de l'alimentation paraît incontournable au cours de la consultation.

5.2.7 À propos de la prévention de certains risques

- La circulation

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études comparatives sur les risques liés à la circulation sur le VFR vs touriste. Cela peut en partie expliquer le désintérêt des médecins de l'étude concernant la prévention de ces risques.

Néanmoins il est bon de rappeler certaines données : les accidents de la circulation représentent 50% des décès pendant les voyages. Les taux de mortalité sont particulièrement élevés en Afrique (entre 18,9 et 29,1/100000) et en Asie du Sud-Est (entre 29,2 et 34,5/100000). Pour mémoire, en Europe, ce chiffre est de 11,2 à 16,1/100000). Voyager en zone rurale dans les pays en développement présente un plus grand risque du fait d'un code de la route parfois inexistant, d'une vitesse excessive, de véhicules moins bien entretenus, bondés ou sans ceinture de sécurité.³²

Le migrant au cours de son séjour est amené à prendre les us et coutumes de son pays d'origine, les transports locaux en font partie. La prévention de ces risques est importante.

- Soins en cas d'hospitalisation

Là encore, le sujet n'est pas abordé dans la plupart des consultations. Pourtant, il est vrai que la plus grande prudence est à adopter lors de soins d'hospitalisation.

On estime que dans les pays en développement, plus de 75% du matériel utilisé n'est ni stérile ni vraiment décontaminé.³³

En fonction des conditions du voyage et de la durée, il peut être intéressant de fournir au migrant des kits de perfusion à usage unique en cas d'hospitalisation.

On peut aussi rappeler au patient de souscrire un contrat d'assurance-assistance pour rapatriement sanitaire.¹⁵ (en vérifiant les clauses d'exclusion)

- Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles doit faire évidemment partie des recommandations aux migrants et spécialement chez ceux voyageant seuls, en particulier dans les pays en développement affectés par le VIH.³⁴

Dans une étude menée chez des africains d'origine subsaharienne vivant à Londres, 40%

des hommes et 20% des femmes ont eu au moins un partenaire sexuel pendant leur voyage dans leur pays d'origine.³⁵

Dans une autre étude menée en Hollande chez des migrants originaires du Surinam et des Antilles Néerlandaises, 47% des hommes et 11% des femmes ont au moins un partenaire sexuel durant leur séjour. Parmi eux, 36% des hommes et 50% des femmes ont eu au moins un rapport sexuel non protégé.³⁶

Dans une étude observationnelle internationale portant sur des individus ayant contracté des IST lors d'un voyage, des associations significatives ($p < 0,05$) ont été retrouvées entre le diagnostic d'une IST et :

- le fait d'être un voyageur VFR,
- une durée de voyage supérieure à un mois,
- l'absence de consultation avant le voyage.³⁷

Les médecins de l'étude abordent en majorité ce thème dans leur consultation.

L'usage du préservatif doit être très fortement recommandé.

- Exposition à la chaleur

Soixante pour cent des praticiens font de la prévention quant aux risques liés à la chaleur de la plupart des pays visités. Ces recommandations s'adaptent particulièrement aux personnes âgées et aux enfants.

5.2.8 À propos de l'hygiène corporelle

Une bonne hygiène corporelle est importante, particulièrement dans les pays tropicaux ou sub-tropicaux :

- Se laver régulièrement à l'eau et au savon et bien se sécher. Apporter un soin particulier en cas de plaie ou de blessure cutanée : laver, couvrir, ne pas laisser macérer ;
 - Ne pas marcher pieds nus sur les plages. Ne pas s'allonger à même le sable (risque de larva migrans cutanée ankylostomienne) ;
 - Porter des chaussures fermées sur les sols boueux ou humides (risque d'anguillulose, d'ankylostomose, etc),
 - Ne pas marcher ou se baigner dans les eaux douces (risque de bilharziose, leptospirose)
- .Dans une étude, des sérologies schistosomiasis ont été effectuées avant et après un départ en pays endémique. Le taux de prévalence de la maladie pour les VFR vs Touristes était de 17,1% vs 8,1% ($p < 0,05$).³⁸

-L'habillement doit être léger, lavable, aisément perméable (coton et tissus non

synthétiques),

-Eviter de laisser sécher le linge à l'extérieur ou sur le sol (risque de myase), à défaut le repasser des deux côtés.¹⁵

Le migrant en voyage est plus à risque de présenter des infections parasitaires.³¹

Les médecins ont été majoritairement sensibles à ce thème et pratiquent une prévention efficace à ce sujet.

5.2.9 A propos des précautions particulières en fonction des personnes

- Les enfants

Les enfants sont plus souvent victimes de diarrhées au cours de voyages à l'étranger que les adultes³⁹. Entre 2007 et 2008, deux tiers des cas rapportés d'hépatite A sont survenus chez des VFR, et parmi eux 60% sont des enfants ou adolescents.⁴⁰ Les enfants sont plus susceptibles que les adultes d'approcher les animaux et d'être mordus.⁴¹ Ils sont globalement moins vaccinés contre la rage⁴². Du fait d'une plus grande constitution en eau, les nourrissons sont beaucoup plus sensibles à la déshydratation. Des conseils peu coûteux à prodiguer sont : faire bouillir l'eau une minute, utiliser des comprimés de DCCNa, se laver les mains avant de manger, manger les plats très chauds, laver les fruits et légumes avec de l'eau désinfectée, peler les fruits soi-même.⁴³

Les praticiens, à raison, ciblent cette population durant leur consultation. Il est essentiel d'insister sur ces précautions qui n'ont qu'un faible coût et peuvent être mis en place facilement quelles que soient les conditions de voyage.

- Les femmes enceintes

En cours de grossesse, il est préférable de déconseiller les voyages en zone tropicale pour plusieurs raisons : - gravité du paludisme (en particulier pour les pays du groupe 3), majorée par l'état de grossesse (retentissement maternel et fœtal)

- risques d'autres infections (fièvre jaune, dengue, chikungunya, parasitoses ...)

- conditions sanitaires.⁴⁴

La grossesse est un facteur de risque de maladie thromboembolique à considérer.⁴⁵

Elles peuvent réduire leur risque de TVP en portant des bas de contention, en marchant

fréquemment, en faisant des mouvements du bas des jambes et en maintenant une bonne hydratation.⁴⁶

De plus, une vigilance accrue doit être exercée sur les longs voyages en voiture (état des routes, pistes...) ou les activités physiques inadaptées (trekking, plongée).¹⁵

Il faut prévenir les risques liés à l'alimentation.

Un avis obstétrical est conseillé avant le départ.

La prise en charge des risques liés aux moustiques doit évidemment être réalisée.

- Les personnes âgées

Lors de l'évaluation de l'aptitude à voyager, il convient de tenir compte des risques liés aux transports, à la destination, à l'environnement et aux comorbidités.

Une vigilance accrue doit être exercée sur :

- l'existence de pathologies chroniques plus fréquentes,
- la diminution des capacités d'adaptation physiologique à une situation aiguë,
- la sensibilité à une déshydratation,
- lors de voyages exposant à de fortes chaleurs,
- lors de voyages exposant à de grands froids.¹⁵

- Personnes atteintes d'affection chronique

Une vigilance accrue doit être exercée sur :

- la compatibilité de l'état de santé avec le type de voyage prévu, en particulier en présence de troubles cognitifs ;
- le risque de décompensation de co-morbidités (insuffisance cardiaque ou respiratoires, diabète, épilepsie, maladies neurodégénératives, etc) ;
- le risque des traitements chroniques selon les conditions du voyage (comme par exemple diurétique et chaleur, etc) ;
- le risque d'interaction du traitement chronique avec la prescription de nouveaux traitements pour le voyage ;
- l'exposition à de fortes chaleurs ;
- l'exposition à de grands froids ;
- les pathologies chroniques ;
- les traitements ;
- la constitution d'un dossier médical de voyage ;
- en cas de voyage aérien ;
- les conditions du voyage.¹⁵

- Personnes infectées par le VIH

Une attention particulière doit être portée sur :

- le risque de contracter certaines maladies infectieuses chez le sujet porteur du VIH (leishmanioses, salmonelloses, tuberculose, infections dues à des coccidies intestinales, histoplasmoses, etc) ;
- la nécessité de précautions d'hygiène notamment alimentaire ;
- les vaccinations ;
- les associations lopinavir/ritonavir et atazanavir/ritonavir diminuent les concentrations plasmatiques d'atovaquone et de proguanil, avec donc un risque d'échec de la prophylaxie antipaludique par la Malarone dans ces situations ;
- le risque de photosensibilisation provoquée par les sulfamides souvent utilisés par ces patients. Une protection solaire (vêtements et crèmes écran) est fortement recommandée.¹⁵

Sous réserve de contraintes thérapeutiques, aucune restriction ne saurait être apportée aux voyages des personnes infectées par le VIH. Cependant, une consultation médicale avec avis spécialisé est indispensable avant le départ, afin d'examiner certaines spécificités.

Les médecins interrogés ne prodiguent pas de conseils particuliers aux personnes infectées par le VIH pour la majorité d'entre eux. Peut-être peut-on penser que cela vient d'une mauvaise connaissance du sujet ou de l'extrême rareté de ces cas de figure, le patient VIH prenant sans doute un avis spécialisé.

5.2.10 A propos de la constitution de la trousse de secours

Selon les médecins interrogés, la trousse de pharmacie-type se compose des produits suivants : Antalgiques/Antipyrétiques/Antidiarrhéiques/Antiémétiques/Répulsifs anti-moustiques/Antipaludiques à usage préventif/Crème écran solaire/Pansements stériles/Antiseptiques cutanés/Produit de désinfection de l'eau de boisson/Produit d'imprégnation des moustiquaires/Traitement antibiotique probabiliste pour la diarrhée du voyageur.

Peut-être pourrait-on rajouter étant donné les risques cités plus hauts des préservatifs, à fortiori si le patient voyage seul.

En fonction des conditions du voyage, on peut discuter d'intégrer un set de matériel à usage unique et/ou un traitement curatif antipaludique présomptif.

Pour les nourrissons, il faut adjoindre des sachets de réhydratation orale.

Pour les personnes âgées ou les femmes enceintes, les bas de contention pour les longs voyages peuvent être utiles.

5.2.11 A propos des difficultés éprouvées par le médecin généraliste lors de la consultation

La communication entre le médecin et le patient migrant est la principale difficulté rapportée lors de la consultation.

Cette question aurait peut-être mérité de détailler les freins à la communication mis en jeu (la difficulté provient-elle de la langue ? de l'incompatibilité de caractères ? d'un référentiel culturel différent ? de croyances religieuses ?...)

Pour aider à trouver une réponse, on peut se référer à un travail de thèse effectué en 2011 qui décrivait les difficultés ressenties par des médecins généralistes au sein de leurs consultations avec un patient migrant.⁴⁷ La barrière de la langue était définie par les médecins interrogés comme le seul frein à la communication durant la consultation. Les autres difficultés rencontrées provenaient de la méconnaissance du système de soins par les patients et l'existence d'un référentiel culturel différent.

On peut citer comme aide à la consultation les guides de traduction de l'INPES en plus de vingt langues mis à disposition par le COMEDE.⁴⁸

Les autres problèmes rencontrés par les médecins sont ceux dits de fausses croyances ou culturels.

Un article tente de donner des pistes pour une meilleure prise en charge du patient migrant. Les conseils traditionnels donnés au touriste ne marchent habituellement pas chez le voyageur migrant. Ces conseils insistent sur les maladies existantes et les risques encourus, dans le but de faire adopter au touriste les bons comportements sur place. Chez le migrant, ceux-ci se heurtent souvent à leurs souvenirs dans lesquels les dangers rapportés n'existent pas ; les conseils prodigués de cette façon risquent donc d'être éludés. Il faut donc adapter le conseil en insistant plus sur les comportements de prévention recommandés que sur les dangers de cette destination.¹⁸

5.2.12 À propos d'une prise en charge spécifique du migrant appliquée au cabinet

Un médecin signifie que, pour lui, le migrant étant devenu un métropolitain, il bénéficie des modes de prise en charge des métropolitains. La prise en charge ne serait donc pas spécifique de son statut de migrant mais de celui de la destination et des conditions du voyage.

Cette réflexion est intéressante à plus d'un titre. Les Anglo-Saxons se sont récemment penchés sur une nouvelle définition du terme VFR, qui désignait jusqu'alors les personnes ayant émigré d'un pays en développement vers un pays industrialisé qui retournent dans leur pays d'origine pour voir leur famille et leurs amis. Cette définition ne paraît plus adaptée à la lumière d'une époque où la population mondiale est toujours plus mobile. Deux études ont fait une revue de la littérature relative aux déterminants de la santé et du voyage des VFR. Dans ce nouveau cadre, l'intention de rendre visite à de la famille ou à des amis est fondamentale. En effet, connaître la population locale modifie plusieurs aspects du voyage comme sa durée, le type de logement, les moyens de locomotion sur place, l'exposition à la nourriture et à l'eau, les rapports à la population locale, et l'accès aux systèmes sociaux incluant le système de soins.

Une autre condition est qu'il doit exister un gradient épidémiologique de risque pour la santé entre le pays visité et le pays dont le voyageur était issu.

En conclusion, il a été proposé d'élargir la définition du VFR aux voyageurs dont le but principal du voyage était de rendre visite à la famille et aux amis et pour qui il existe un gradient de risque épidémiologique entre la région visitée et le lieu dont celui-ci est issu ; en faisant abstraction de considérations ethniques ou administratives.^{49,50}

6. CONCLUSION

Ainsi, cette étude a permis de préciser comment le médecin généraliste appréhende une consultation de voyage chez un patient migrant. C'est la première étude de ce type sur le sujet.

Tout d'abord, deux problèmes ressortent : c'est un thème relativement rare en consultation et la formation le concernant est quasi inexistante. Toutefois, l'importance du sujet sur le plan de la santé publique n'est plus à démontrer et une information aux professionnels de santé doit être donnée.

Par ailleurs, on constate que les praticiens fournissent aux migrants des conseils généraux adaptés pour un voyage au pays en ce qui concerne les vaccinations, la prévention des risques liés aux moustiques, la prévention des IST, les précautions d'hygiène générale ou les précautions en fonction des personnes.

Quelques items ne sont pas abordés comme les risques liés à la circulation, aux soins en cas d'hospitalisation ou les précautions à adopter chez les patients VIH, sujets considérés souvent comme trop spécialisés ou anecdotiques dans la consultation.

Pour les vaccinations du voyage, il serait souhaitable au vu des nombreuses études effectuées de s'enquérir principalement des statuts vaccinaux quant à la typhoïde (moins de trois ans ?) et à l'hépatite A et de proposer le cas échéant le vaccin.

Concernant les risques liés aux moustiques, il est judicieux de tenir compte du prix des antipaludiques ; à cela il est essentiel d'insister sur la protection personnelle antivectorielle, parfois seul moyen de prévention au vu du coût de la chimioprophylaxie.

Au cours de la consultation, il est aussi nécessaire de revenir particulièrement sur les principes de base de l'hygiène alimentaire et corporelle lors du retour au pays.

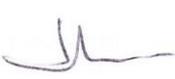
Il faut de même insister sur la prévention des IST, au vu des risques dans les Pays en Développement.

Les points à souligner au cours de cette consultation sont repris ci-après en annexe 1 dans la fiche-conseil.

Enfin, les difficultés ressenties par les médecins ont aussi été mises en exergue comme la barrière de la langue, la méconnaissance des conditions de vie sur place, les problèmes financiers du patient, les incompréhensions du fait de « fausses-croyances », d'un rapport culturel différent à la maladie. Ces obstacles peuvent être surmontés par la mise à

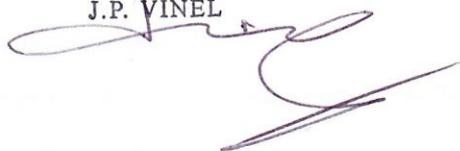
disposition de guides de traduction, d'un interrogatoire précis, de la prescription d'une pharmacopée adaptée, d'une adaptation dans la formulation du conseil délivré au patient.

Bien que le thème du conseil au voyageur migrant en consultation de médecine générale soit peu abordé, le médecin de premier recours reste un acteur primordial de santé publique et peut donc permettre d'améliorer la prévention au voyage, quelles que soient les populations concernées.

 le 22/01/13
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil Purpan
Professeur Stéphane Oustric
Coordonnateur du D.E.S. de médecine générale

Toulouse le 22.01.13

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



BIBLIOGRAPHIE

- ¹**WHO**. International travel and Health 2011 ; chapter 9 :187-188.
- ²**Angell SY, Cetron MS**. Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Ann Intern Med* 2005; 142:67-72.
- ³**Mali S, Kachur SP, Arguin PM**. Malaria surveillance--United States, 2010. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Surveill Summ*. 2012 Mar 2;61(2):1-17.
- ⁴**Health Protection Agency**. Malaria imported in the United Kingdom in 2010 : implications for those advising travellers. *CDR Weekly* 2011;5 (April 28 2011).
- ⁵**InVS**. Numéro thématique – Santé des voyageurs 2011. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire* 2011 ; n°18-19 : 214.
- ⁶**Parola P, Soula G, Gazin P, et al**. Étiologie des fièvres au retour des tropiques: particularités du recrutement dans une étude de 613 cas hospitalisés à Marseille, 1999-2003. *BEH* 2006;23-24:172-4.
- ⁷**Torresi J, Leder K**. Defining infections in international travellers through the GeoSentinel surveillance network. *Nat Rev Microbiol*. 2009 Dec;7(12):895-901.
- ⁸**Gautret P, Schlagenhauf P, Gaudart J, et al**. Multicenter EuroTravNet/GeoSentinel study of travel-related infectious diseases in Europe. *Emerg Infect Dis*. 2009 Nov;15(11):1783-90.
- ⁹**Ackers ML, Puhr ND, Tauxe RV, Mintz ED**. Laboratory-based surveillance of Salmonella serotype Typhi infections in the United States: antimicrobial resistance on the rise. *JAMA* 2000;283:2668-73.
- ¹⁰**Genty S, Ralaimazava P, Matheron S, et al**. Problèmes de santé des migrants africains qui voyagent au pays. *BEH* 2006;23-24:168-70.
- ¹¹**Louis Loutan**. Migrants : new travellers in a mobile world. *Rev Prat* 2007;57: 861-66.
- ¹²**Breuil-Genier P, Borrel C, Lhommeau B**. Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants. In : France, portrait social. Paris : Insee : 2011 ; pp. 33-9.
Disponible à
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FPORSOC11d_VE22Immig.
- ¹³**Ministère de l'intérieur**. La population étrangère résidant en France. Infos migrations octobre 2009 ; n°10 :1-4.
- ¹⁴**Drilhe V**. Conseil sanitaires aux voyageurs : étude des connaissances et des pratiques sur un échantillon de cent médecins généralistes marseillais. Thèse de doctorat en médecine. Marseille : université de Marseille, 2007, 74p.
- ¹⁵**InVS**. Numéro thématique – Santé des voyageurs 2012. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire* 2012 ; n°20-21: 230.

- ¹⁶**Ansart S, Perez L, Vergely O, et al.** Illnesses in travelers returning from the tropics: a prospective study of 622 patients. *J Travel Med.* 2005 Nov-Dec;12(6):312-8.
- ¹⁷**Bui YG, Trépanier S, Milord F, et al.** Cases of malaria, hepatitis A, and typhoid fever among VFRs, Quebec (Canada).. *J Travel Med.* 2011 Nov-Dec;18(6):373-8.
- ¹⁸**Angell SY, Behrens RH.** Risk assessment and disease prevention in travelers visiting friends and relatives. *Infect Dis Clin N Am.* 2005;19:49-65.
- ¹⁹**Boggild AK, Castelli F, Gautret P, et al.** Vaccine preventable diseases in returned international travelers: results from the GeoSentinel Surveillance Network. *Vaccine.* 2010 Oct 28;28(46):7389-95.
- ²⁰**INPES.** Guide des vaccinations – Edition 2012. p 276-278.
- ²¹**InVS.** Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2012 ; n°14-15 : 166-168.
- ²²**Florence Lot, Delphine Antoine, Corinne Pioche, et al.** Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *Santé et recours aux soins des migrants en France - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2012 ; n°2-3-4 : p 25-29.
- ²³**Bouchaud O, Cot M, Kony S, et al.** Do African immigrants living in France have long term malarial immunity? *Am J Trop Med Hyg* 2005;72:21-5.
- ²⁴**COMEDE.** Voyage au pays et conseils médicaux. In: Guide pratique destiné aux professionnels.-Edition 2008 ; p389-390.
- ²⁵**Service des Maladies Infectieuses et Tropicales Hôpital Saint-Louis APHP.** Conseils avant le départ. Consulté le 13 août 2012 dans <http://www.chu-stlouis.fr/voyage/avant.htm>.
- ²⁶**Malvy D, Pistone T, Rezvani A, et al.** Risk of malaria among French adult travellers. *Travel Med Infect Dis.* 2006 Sep;4(5):259-69. Epub 2005 Sep 23.
- ²⁷**Belfort M-C.** Chimio prophylaxie antipaludique chez le voyageur : enquête auprès des médecins généralistes des Hauts-de-Seine. Thèse de doctorat en médecine. Paris : Université Paris Descartes. 2008, 69p.
- ²⁸**Develoux M, Le Loup G, Dautheville S, et al.** Malaria among immigrants, experience of a Parisian hospital (2006-2010). *Bull Soc Pathol Exot.* 2012 May;105(2):95-102.
- ²⁹**Société de Médecine des Voyages.** Recommandations de Bonne Pratique Protection Personnelle Antivectorielle – Recommandations de Bonne Pratique texte court. septembre 2010 ; p 35-36.
- ³⁰**Lipner EM, Law MA, Barnett E, et al.** Filariasis in travelers presenting to the GeoSentinel Surveillance Network. *PLoS Negl Trop Dis.* 2007 Dec 26;1(3):e88.
- ³¹**Checkley AM, Chiodini PL, Dockrell DH, et al.** Eosinophilia in returning travellers and migrants from the tropics: UK recommendations for investigation and initial management. *J Infect.* 2010 Jan;60(1):1-20.

- ³²**Spira AM.** Preventive guidance for travel: trauma avoidance and medical evacuation. *Dis Mon.* 2006 Jul;52(7):261-88.
- ³³**Hutin UJF, Hauri AM, Armstrong GL.** Use of injections in healthcare settings worldwide. *BMJ* 2003;327:1075-80.
- ³⁴**OMS.** Statistiques sanitaires mondiales 2011 ; Partie 2 : p57-77.
- ³⁵**Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, et al.** HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS* 2001;15:1442-5.
- ³⁶**Kramer MA, van Veen MG, de Coul EL, et al.** Migrants travelling to their country of origin: a bridge population for HIV transmission? *Sex Transm Infect.* 2008 Dec;84(7):554-5.
- ³⁷**Matteelli A, Schlagenhauf P, Carvalho AC, et al.** Travel-associated sexually transmitted infections: an observational cross-sectional study of the GeoSentinel surveillance database. *Lancet Infect Dis.* 2012 Nov 22. doi:pii: S1473-3099(12)70291-8. 10.1016/S1473-3099(12)70291-8. [Epub ahead of print].
- ³⁸**Baaten GG, Sonder GJ, van Gool T, et al.** Travel-related schistosomiasis, strongyloidiasis, filariasis, and toxocariasis: the risk of infection and the diagnostic relevance of blood eosinophilia. *BMC Infect Dis.* 2011 Apr 5;11:84.
- ³⁹**Hagmann S, Neugebauer R, Schwartz E, et al.** Illness in children after international travel: analysis from the GeoSentinel Surveillance Network. *Pediatrics* 2010 May;125(5): e1072e80.
- ⁴⁰**Faber MS, Stark K, Behnke SC, et al.** Epidemiology of hepatitis A virus infections, Germany, 2007-2008. *Emerg Infect Dis* 2009 Nov;15(11):1760e8.
- ⁴¹**Gautret P, Schwartz E, Shaw M, et al.** Animal-associated injuries and related diseases among returned travellers: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Vaccine* 2007 Mar 30;25(14):2656-63.
- ⁴²**Hagmann S, Benavides V, Neugebauer R, et al.** Travel health care for immigrant children visiting friends and relatives abroad: retrospective analysis of a hospital-based travel health service in a US urban underserved area. *J Travel Med* 2009 Nov-Dec;16(6):407e12.
- ⁴³**Hendel-Paterson B, Swanson SJ.** Pediatric travelers visiting friends and relatives (VFR) abroad: illnesses, barriers and pre-travel recommendations. *Travel Med Infect Dis.* 2011 Jul;9(4):192-203.
- ⁴⁴**Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes.** Recommandations aux femmes enceintes qui voyagent. Site disponible sur : http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=31 (page consultée le 25/06/12).
- ⁴⁵**Delluc A, Le Ven F, Mottier D, et al.** Epidemiology and risk factors of venous thromboembolism. *Rev Mal Respir.* 2012 Feb;29(2):254-66.

⁴⁶**Agence de santé publique du Canada.** Voyageuses enceintes. Site disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/info/tp-ve-fra.php>.

⁴⁷**Allory E.** Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? : description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes , au sein de leurs consultations avec les migrants : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Université de Rennes, 2011, 106p.

⁴⁸**INPES.** Publications : Livret de santé bilingue. Site disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/resultatsTPSP.asp>.

⁴⁹**Barnett ED, MacPherson DW, Stauffer WM, et al.** The visiting friends or relatives traveler in the 21st century: time for a new definition. *J Travel Med.* 2010 May-Jun;17(3):163-70. Review.

⁵⁰**Behrens RH, Stauffer WM, Barnett ED, et al.** Travel case scenarios as a demonstration of risk assessment of VFR travelers: introduction to criteria and evidence-based definition and framework. *J Travel Med.* 2010 May-Jun;17(3):153-62.

Annexe 1 : FICHE-CONSEIL

1. LES VACCINATIONS

S'enquérir du lieu visité- des conditions sur place - de la durée du séjour

Critères de choix :

1.1 La situation épidémiologique du pays visité

- La fièvre jaune : régions intertropicales d'Afrique ou d'Amérique du Sud (zone amazonienne)
- L'encéphalite japonaise : séjour prolongé en zone rurale à la saison des pluies en Asie du Sud ou de l'Est
- L'encéphalite à tiques : séjour en zone rurale ou en forêt, dans une région endémique (Europe centrale, orientale, septentrionale, Sibérie, nord de la Chine, nord du Japon) du printemps à l'automne.
- Les infections invasives à méningocoques : séjour prolongé en situation de forte promiscuité et en période épidémique, notamment en Afrique sahélienne en saison sèche.

1.2 Les conditions et de la durée du séjour

- L'hépatite A : tous types de séjours dans un pays à bas niveau d'hygiène, et particulièrement chez les voyageurs porteurs d'une maladie chronique du foie. À noter qu'un examen sérologique préalable (recherche IgG) a un intérêt pour les personnes ayant des antécédents d'ictère , ayant passé leur enfance en zone d'endémie ou nées avant 1945.
- La typhoïde : séjour prolongé ou dans des conditions d'hygiène précaires.
- La rage : à titre préventif si séjour prolongé et « aventureux » et en situation d'isolement (surtout en Asie, notamment en Inde et en Afrique du Nord et subsaharienne).
- Pour le choléra, la vaccination n'est recommandée que pour les professionnels de santé allant travailler dans des camps de réfugiés, ou les personnes devant s'occuper de malades, lors d'une épidémie.^{20,21}

Mettre à jour le calendrier vaccinal français plus ou moins dépistage hépatite B et tuberculose pour le migrant.

2. PROTECTION ANTI-MOUSTIQUE

- lieu visité - conditions sur place – durée du séjour
- Zone impaludée visitée
- Antipaludiques et prix :

Groupe 1 : NIVAQUINE® 100mg : 5,50 euros (boîte de 100 comprimés à 100 mg) : 1cpr/j pendant le séjour et pendant les 4 semaines qui suivent.

Groupe 2 : SAVARINE® : 20,50 euros (boîte de 28 cpr) : 1cpr/j pendant le séjour et pendant les 4 semaines qui suivent.

Groupe 2 et 3 : MALARONE® : 42,50 euros (boîte de 12 cpr) : 1cpr/j pendant le séjour et durant la semaine qui suit le retour.

Groupe 3 : LARIAM® : 41,50 euros (boîte de 8 cpr) : 1cpr/semaine à commencer 10 jours avant le départ et durant les 3 semaines qui suivent le retour.

DOXYPALU® : 7,50 euros (boîte de 8 cpr) : 1cpr/j durant le séjour et durant les 4 semaines qui suivent le retour.

Préférer doxycycline pour le prix.

- Expliquer la chimioprophylaxie ++
- Insister sur la Protection personnelle antivectorielle : moustiquaire / répulsif / vêtements amples

3. HYGIENE ALIMENTAIRE

Trouble digestif = problème de santé le plus fréquemment rencontré par le VFR

- Lavage des mains avant le repas
- Faire bouillir l'eau une minute ou utiliser des comprimés de DCCNa avant de l'absorber y compris pour faire des glaçons
- Bien cuire les aliments
- Nettoyer fruits et légumes avec de l'eau décontaminée

4. CIRCULATION

- Être casqué ou ceinturé, marcher en sens contraire de l'arrivée des véhicules
- Éviter si possible de circuler en deux-roues

5. EN CAS D'HOSPITALISATION

- Inciter à la plus grande prudence lors de soins, 75% du matériel dans les PVD ni stérile ni vraiment décontaminé
- Exiger dans la mesure du possible du matériel neuf à usage unique
- En fonction des conditions du voyage, prescrire un kit de perfusion neuf à usage unique
- Penser au contrat d'assurance-assistance pour le rapatriement sanitaire en vérifiant les clauses d'exclusion

6. IST

- Préservatifs surtout si voyage seul : gratuité dans les plannings familiaux ou les CDAG (listes sur <http://www.planning-familial.org/carte/metropole> ou <http://www.sida-info-service.org>)

7. HYGIENE CORPORELLE

- Se laver régulièrement à l'eau et au savon ; bien se sécher.
- En cas de plaie ou de blessure cutanée : laver, couvrir, ne pas laisser macérer ;
- Ne pas marcher pieds nus sur les plages. Ne pas s'allonger à même le sable ;
- Porter des chaussures fermées sur les sols boueux ou humides,
- Ne pas marcher ou se baigner dans les eaux douces

8. ENFANTS

- Mettre les vaccins à jour pour le calendrier vaccinal français
- Faire les vaccins nécessaires pour le voyage (cf vaccination)
- Bien hydrater
- Faire bouillir l'eau des biberons
- Éviter l'exposition à la chaleur et au soleil
- Éviter le contact avec les animaux
- Prévention anti-moustiques
- Envisager prescription de SRO en préventif

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE

« Le Conseil Sanitaire au migrant lors d'un voyage au pays »

1) *SEXE* : Femme
 Homme

2) *ÂGE* : ans

3) *DEPARTEMENT* :

4) *ANNEE D'INSTALLATION* :

5) *MODE D'EXERCICE* : Seul -
 Cabinet de groupe -
 Maison pluridisciplinaire

6) *AVEZ-VOUS DEJA RECU UNE FORMATION RELATIVE AUX PATIENTS
MIGRANTS ?* : Oui
 Non

6bis) SI OUI QUELLE EN ETAIT LA TENEUR ? :
 Protection maladie du migrant -
 Prévention et soins chez le migrant -
 Voyage au pays et conseils médicaux -
 Autre

7) *POURCENTAGE DE PATIENTS MIGRANTS DANS LA PATIENTELE (EN %) :*
0-5 /
5-10 /
10-25 /
25-50 /
50-75 /
75-100

8) *PART DU CONSEIL AU VOYAGEUR MIGRANT RETOURNANT AU PAYS DANS LES
MOTIFS DE CONSULTATION* : Exceptionnel -
 Plutôt rare -
 Plutôt fréquent -
 Très fréquent

9) *QUELLE EST LA PREMIERE DESTINATION DE VOS PATIENTS MIGRANTS LORS
DE LEUR VOYAGE AU PAYS ? :*
Europe
Maghreb
Autres pays Africains
Asie (dont la Turquie)
Amérique du Sud
Amérique du Nord
Océanie

10) EN TENANT COMPTE DES RECOMMANDATIONS EXISTANTES SUR LES VACCINATIONS CONTRE LES MALADIES DU VOYAGE EN PAYS TROPICAL (Encéphalites japonaises ou à tiques , Hépatite A , Typhoïde , Rage , Infections invasives à méningocoque) , CONSEILLEZ-VOUS POUR UNE MEME DESTINATION LES MEMES VACCINS POUR LE PATIENT MIGRANT ET LE PATIENT LAMBDA ? :

Oui

Non

10 bis) SI NON POURQUOI ? :

11) VERIFIEZ-VOUS , EN CE QUI CONCERNE LE CALENDRIER VACCINAL FRANÇAIS , LE STATUT VACCINAL DE VOS PATIENTS MIGRANTS AVANT LE DEPART ? :

Oui -

Non

12) ADAPTEZ-VOUS CHEZ LE MIGRANT VOTRE PRESCRIPTION DE CHIMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE EN FONCTION DU PRIX DES ANTIPALUDIQUES (ETANT ENTENDU QUE LA CHIMIOPROPYLAXIE PRODIGUEE EST EN ADEQUATION AVEC LA ZONE IMPALUDEE VISITEE) ? :

Oui -

Non

13) QUELLE CHIMIOPROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE PRESCRIRIEZ-VOUS PLUTÔT AU MIGRANT POUR UN VOYAGE EN ZONE 3 ? :

- | | | | |
|--|---|-----|-----|
| - Atovaquone/Proguanil (Malarone) | : | oui | non |
| - Mefloquine (Lariam) | : | oui | non |
| - Doxycycline (Doxypalu / DoxyGé/Granudoxy) | : | oui | non |
| - Chloroquine (Nivaquine) | : | oui | non |
| - Chloroquine + Proguanil (Nivaquine + Paludrine , Savarine) | : | oui | non |
| - Autre | | | |

14) AVANT UN DEPART EN PAYS TROPICAL , QUELS MOYENS PREVENTIFS CONSEILLEZ-VOUS AU MIGRANT CONTRE LES PIQURES DE MOUSTIQUES ? :

Vêtements couvrants oui non

répulsifs cutanés : oui non

moustiquaires imprégnées : oui non

15) DONNEZ-VOUS DES CONSEILS AU VOYAGEUR MIGRANT SUR L'HYGIENE DE L'ALIMENTATION (lavage des mains , consommation d'eau en bouteille capsulée , éviter les crudités , coquillages , glaçons , bien cuire les aliments ..) ? :

oui

non

16) INSISTEZ-VOUS CHEZ LE VOYAGEUR MIGRANT SUR LA PREVENTION DES RISQUES ? :

- Liés à la circulation(ceinture , casque...) : Oui - Non
- Liés à des soins en cas d'hospitalisation (refus de tout geste sans matériel neuf à usage unique...) : Oui - Non
- Liés aux IST (port du préservatif...) : Oui - Non
- Liés à l'exposition à la chaleur (éviter l'exposition au soleil , bien s'hydrater...) : Oui - Non

17) INSISTEZ-VOUS CHEZ LES MIGRANTS SUR DES PRECAUTIONS GENERALES CONCERNANT L'HYGIENE CORPORELLE (lavage régulier à l'eau et au savon , éviter baignades en eaux douces , ne pas marcher pieds nus sur la plage...) ? :

- Oui
- Non

18) DONNEZ-VOUS DES PRECAUTIONS PARTICULIERES CHEZ LE VOYAGEUR MIGRANT EN FONCTION DES PERSONNES SUIVANTES ? :

Les ENFANTS (hydratation , alimentation , protection solaire , éviter le contact avec les animaux , eau minérale ou filtrée bouillie pour les biberons) :

- Oui
- Non

Les FEMMES ENCEINTES (risque de thrombophlébite avec avion , prendre un avis obstétrical , limiter les activités physiques et les longs voyages en voiture ...) :

- Oui
- Non

Les PERSONNES AGEES (prévention de la déshydratation, diminution des capacités d'adaptation physiologique à une situation aiguë...) :

- Oui
- Non

Les PERSONNES ATTEINTES D'AFFECTION CHRONIQUE(risque de décompensation , risque des traitements chroniques selon les conditions du voyage, conseiller un avis spécialisé , délivrance exceptionnelle de médicaments pour une durée supérieure à un mois ...) :

- Oui
- Non

Les PERSONNES INFECTES PAR LE VIH (risque de contracter certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou la leishmaniose , risque d'interaction entre chimioprophylaxie antipaludique et les traitements du VIH , diminution d'efficacité des traitements du VIH par la chaleur) :

- Oui
- Non

19) QUELS PRODUITS CHOISIRIEZ-VOUS POUR CONSTITUER LA TROUSSE DE SECOURS DU VOYAGEUR MIGRANT ?

- Antalgiques	oui	non
- Antipyrétiques	oui	non
- Antidiarrhéiques	oui	non
- Pansements intestinaux	oui	non
- Antiémétiques	oui	non
- Sédatifs	oui	non
- Répulsifs moustiques	oui	non
- Antipaludique à usage préventif	oui	non
- Collyre	oui	non
- Thermomètre incassable	oui	non
- Epingle de sûreté	oui	non
- Pince à épiler	oui	non
- Tire-tique	oui	non
- Crème écran solaire	oui	non
- Crème anti-brûlures	oui	non
- Pansements stériles	oui	non
- Sutures adhésives	oui	non
- Gel ou solution hydro-alcoolique	oui	non
- Antiseptique cutané	oui	non
- Produit de désinfection de l'eau de boisson	oui	non
- Solutés de réhydratation	oui	non
- Sachets de sucre	oui	non
- Bande de contention	oui	non
- Set de matériel à usage unique	oui	non
- Préservatifs	oui	non
- Produits pour imprégner les moustiquaires	oui	non
- Traitement curatif antipaludique préemptif	oui	non
- Traitement antibiotique probabiliste pour la diarrhée du voyageur	oui	non

20) VOUS ARRIVE-T-IL D'ÉPROUVER DES DIFFICULTES POUR COMMUNIQUER AVEC UN PATIENT MIGRANT LORS DE LA CONSULTATION ?

Oui
Non

21) EPROUVEZ-VOUS D'AUTRES DIFFICULTES DURANT LA CONSULTATION ?

Oui
Non

21 bis) SI OUI LESQUELLES ?

22) Y A-T-IL DES COMMENTAIRES QUE VOUS DESIRERIEZ FAIRE QUANT À UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU MIGRANT QUE VOUS APPLIQUEZ DANS VOTRE CABINET ET QUI N'AURAIT PAS ETE MENTIONNÉE DANS CE QUESTIONNAIRE ?

23) SI VOUS SOUHAITEZ OBTENIR LES RESULTATS DE CETTE ETUDE, MERCI DE LAISSER CI-DESSOUS VOTRE ADRESSE MAIL :

Le conseil sanitaire au voyageur migrant : Enquête auprès des Médecins Généralistes de Midi-Pyrénées

Toulouse le 26 Février 2013

Les migrants forment un groupe de voyageurs particulièrement exposé du point de vue sanitaire. Des actions de prévention doivent être mises en place par le médecin avant le départ. On va analyser une consultation du voyage d'un migrant au cabinet de médecine générale et mettre en place un vade-mecum pour le praticien. Une étude déclarative portant sur un échantillon de médecins généralistes de Midi-Pyrénées a été effectuée par le biais d'un questionnaire électronique de mars à mai 2012. Cent vingt et un questionnaires étaient analysés. Ce motif de consultation est rare et la formation sur ce sujet est quasi-inexistante. Les praticiens fournissent au migrant des conseils au voyage adaptés. Les principales difficultés sont la barrière de la langue, la méconnaissance des conditions de vie sur place, les problèmes financiers du patient, ses « fausses croyances », le rapport différent à la maladie. Il faut s'enquérir des statuts vaccinaux de la typhoïde et de l'hépatite A ; tenir compte du prix des antipaludiques, insister sur la protection personnelle antivectorielle, revenir sur les principes de base de l'hygiène corporelle et alimentaire, mettre l'accent sur la prévention des IST.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : Migrant – Voyage – Conseil – Prévention – Médecine Générale - Enquête de pratique – Midi-Pyrénées – 2012

Faculté de Médecine Rangueil- 133 route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex 04 France

Directeur de thèse : Docteur Pierre MESTHE

The sanitary advice to the migrant traveler : survey with the General Practitioners of Midi-Pyrénées

The migrants are a particularly vulnerable group of travelers from the point of view of health. Preventive measures must be implemented by the general practitioner before departure. We are going to analyse the consultation of a migrant's trip to the cabinet of general medicine and develop a vade mecum for the practitioner. A declarative study concerning a general practitioners' sample of Midi-Pyrénées was made by means of an electronic questionnaire from March till May, 2012. 121 questionnaires were analyzed. This motive for consultation is rare and the training on this subject is almost non-existent. Practitioners advise these patients appropriately. The main difficulties are the language barrier, the lack of knowledge of living conditions on site, the financial problems of the patient, his « false faiths », the different way he perceives the disease. It may be interesting to inquire about the status of typhoid vaccine and hepatitis A ; to take into account the price of antimalarial drugs and to insist on the antivectorial personal protection, to get back to the basic principles of the personal and food hygiene, to emphasize the prevention of STI.

Keywords : Migrant – Travel – Advice – Prevention – General Medicine – Survey – Midi-Pyrénées – 2012