

Connaissance, attitude et pratiques des voyageurs français face au paludisme, 2004-2005

Sabine Genty (sabine.genty.j@wanadoo.fr)^{1,2}, Fabrice Legros^{3,2}, Olivier Bouchaud^{4,1}

1 / Centre hospitalier universitaire, Avicenne, Bobigny, France 2 / Commission recherche-société de médecine des voyages-Paris, France 3 / Centre national de référence du paludisme, Paris 6, IRD-Paris, France 4 / Université Paris 13, France

Résumé / Abstract

Le profil du voyageur en zone impaludée et son comportement face au risque de paludisme est mal connu. Nous avons étudié, grâce à une enquête faite par un institut de sondage et un laboratoire pharmaceutique auprès d'un panel de 401 personnes ayant voyagé en zone d'endémie palustre, les paramètres suivants : recherche d'informations et sources d'information avant le départ, moyens de prévention utilisés, observance ou non de la prophylaxie pendant le séjour, choix de la prophylaxie en fonction du voyage. L'information est recherchée par les voyageurs mais elle est incomplète et inadaptée. Elle n'est pas toujours donnée par les sources les plus compétentes mais souvent par les agences de voyages, l'entourage et les médias. Le rôle du médecin n'est pas suffisant car bien qu'indispensable à la prescription, il n'est pas systématiquement consulté. Il faut réfléchir à la manière d'améliorer l'information du voyageur par l'intermédiaire des interlocuteurs les plus incontournables lors de l'élaboration d'un voyage.

Knowledge, behaviour and practices of French tourists face to malaria, 2004-2005

The profile of travelers to malaria endemic areas and their risk awareness are insufficiently known. Following a survey, carried out by a company specialised in opinion polls and a pharmaceutical laboratory, we studied a panel of 401 travelers who had recently traveled to malaria endemic areas. The following parameters were documented: search for information and sources of information before traveling, prevention means used, observance of chemoprophylaxis regarding the country visited and its compliance during the trip. The study revealed that travelers searched for information although it was incomplete and inadequate, and mostly given by travel agents, family members, medias instead of the most competent authorities. The practitioner's role was not important enough because he was not consulted systematically, even if his prescription is essential. Information intended to travelers needs to be improved through the involvement of the concerned parties who are in the frontline while preparing a trip.

Mots clés / Key words

Paludisme, prophylaxie, information, voyageurs / Malaria, prophylaxis, information, travelers

Introduction

La prévalence du paludisme d'importation en France est la plus élevée des pays industrialisés [1]. Le profil type du voyageur en zone impaludée est mal connu, en particulier son comportement vis-à-vis du risque de paludisme, sa connaissance de la maladie et son appréhension. Devant ce constat, un laboratoire pharmaceutique commercialisant un antipaludique a réalisé une enquête auprès de voyageurs.

Son objectif était de mieux connaître la population voyageant en zone d'endémie palustre, d'étudier les comportements prophylactiques et les motifs de mauvaise observance. Les données présentées ici ont été extraites de cette enquête et rétro-analysées de façon indépendante au sein d'un groupe de travail de la Société de Médecine des Voyages.

Méthodologie

L'échantillon a été extrait de l'enquête « Suivi de la demande touristique » réalisée mensuellement par TNS-Sofres pour le ministère du tourisme [2]. A la demande du laboratoire pharmaceutique, les personnes qui avaient effectué au moins un voyage en zone d'endémie palustre entre janvier 2004 et août 2005, ont été réinterrogées par téléphone avec un questionnaire spécifique standardisé portant sur le dernier voyage lorsqu'il y en avait eu plusieurs, notamment sur les risques ressentis du voyage avant le départ.

Nous avons évalué les paramètres suivants parmi ceux enregistrés dans l'enquête: connaissances des voyageurs quant aux risques encourus lors du voyage, en particulier ceux du paludisme, moyens d'information utilisés, prophylaxie conseillée avant le départ et utilisée pendant le voyage. Les réponses

étaient libres, ou proposées de manière aléatoire lorsqu'il s'agissait d'une question fermée.

Résultats

Au sein du panel, 24,2 % des personnes avaient voyagé à l'étranger (4 841/20 000) dont 2,6 % en zone d'endémie palustre (518/20 000). Sur ces personnes, 401 ont finalement été interrogées (les autres ont été perdues de vue pour des raisons variées, renouvellement du panel, déménagement, etc.).

Population

Le sex ratio était de 0,91, l'âge moyen – également distribué dans les 2 sexes – était de 52 ans (écartype : 15,4) [17; 87], avec une médiane à 55 ans (interquartiles : 39-66).

Les catégories socioprofessionnelles se répartissaient en : retraités et inactifs (45 %), cadres supérieurs-professions libérales (18,5 %), professions intermédiaires (17,5 %), employés (9 %), ouvriers (7 %), commerçants artisans (3 %). Les agriculteurs étaient absents. Vingt-neuf pour cent de ces personnes habitaient en Ile-de-France, 32 % vivaient en agglomération de plus de 100 000 habitants, 23 % en agglomération de 2 000 à 100 000 habitants et 16 % en zone rurale.

Plus de la moitié (57,4 %) des personnes interrogées avaient voyagé au moins quatre fois à l'étranger, sans précision de destination, dans les cinq dernières années et 16 % n'avaient effectué qu'un seul voyage. Les principales destinations étaient l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine/Caraiïbe (tableau 1).

La durée moyenne de séjour était de 12 nuits, 53 % des séjours étant de huit à 14 nuits, 22,5 %, de quatre à sept nuits, 3 % de au moins un mois et 7 % des séjours étaient inférieurs à quatre nuits.

Risque de maladies et information

Concernant les seuls risques liés aux maladies, 42 % des voyageurs ne craignaient rien de particulier.

Le niveau d'information allégué des 401 voyageurs était estimé parfait (51 %), partiel (24 %) ou mauvais à nul (25 %). Certains voyageurs (3,7 %) avaient utilisé jusqu'à six moyens d'information différents. Le niveau d'information évalué par l'individu était significativement meilleur ($p < 0,001$) pour les voyages en Afrique (70 %) que pour les voyages dans les Amériques ou la Caraïbe (43 %).

Le médecin était la première source d'informations sur les risques sanitaires pour 60 % des voyageurs. L'agence de voyages consultée par 47 % des personnes donnait les premières informations dans 17 % des cas.

Les autres sources d'information, mais toujours en seconde intention, étaient les guides touristiques (42 %), les sites Internet (33 %), l'entourage (27 %), le pharmacien (13 %), les media audio visuels (télévision et radio) (13 %), et la presse écrite (11 %). Tous ces voyageurs avaient déjà entendu parler du paludisme avant leur départ. Le risque était considéré comme élevé ou très élevé par 51 % et nul par 11 %. Les symptômes d'appel le plus souvent cités étaient la fièvre, élevée et/ou modérée (82 %), la fatigue (70 %), les nausées (47 %) et/ou les vomissements (43 %), les problèmes respiratoires (29 %) et enfin les éruptions ou « boutons » (6 %). Le risque de décès était signalé par 54 % d'entre eux. Seize voyageurs (4 %) ont déclaré avoir déjà contracté un paludisme lors d'un voyage antérieur.

Moyens de prévention utilisés au cours du voyage

Vingt-huit pour cent des personnes n'avaient utilisé aucune protection antivectorielle personnelle,

Tableau 1 Répartition des séjours par régions géographiques impaludées, voyageurs français, 2004-2005 / Table 1 Distribution of stays by malaria endemic geographical areas, French tourists, 2004-2005

Groupe	Pays	Effectif	%
Moyen-Orient	Iran, Yémen	5	1,2
Asie Centrale et Sud	Inde, Sri Lanka, Chine	73	18,2
Asie Sud-Est	Thaïlande, Vietnam, Laos, Cambodge, Myanmar, Malaisie, Philippines, Indonésie	64	16,0
Amérique Centrale, Caraïbes & Argentine	Mexique, Costa Rica, Guatemala,	51	12,7
	République Dominicaine, Haïti,	44	11
	Argentine	9	2,2
	Total	04	25,9
Amérique du Sud	Bolivie, Equateur, Pérou, Brésil, Guyane, Venezuela	51	12,7
Afrique - groupe 2	Côte d'Ivoire, Burkina-Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Madagascar, Sénégal, Sierra Leone	56	14
Afrique - groupe 3	Afrique du Sud, République Démocratique du Congo, Congo Brazzaville, Cameroun, République Centrafricaine, Djibouti, Kenya, Tanzanie, Ethiopie, Mayotte et Comores, Burundi	48	12

Figure 1 Répartition des chimioprophylaxies en fonction des destinations, voyageurs français, 2004-2005 / Figure 1 Distribution of chemoprophylaxis depending on destinations, French tourists, 2004-2005

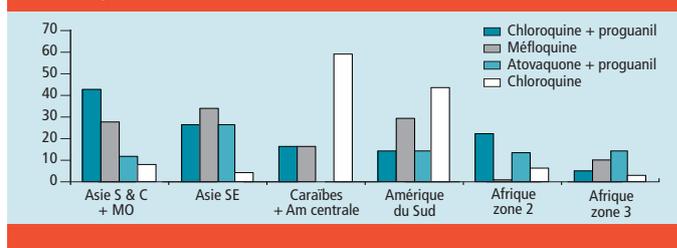


Tableau 2 Observance et tolérance de la chimioprophylaxie, voyageurs français, 2004-2005 / Table 2 Observance and tolerance to chemoprophylaxis, French tourists, 2004-2005

	Atovaquone + proguanil	Méfloquine	Chloroquine + proguanil	Chloroquine	Total ^a
n (%)	38 (23 %)	27 (16,5 %)	53 (32,5 %)	28 (17 %)	163
Prise effective pendant le séjour (n)	38	27	48	27	157 (96 %)
Prise au retour (n)	35 (92 %)	24 (89 %)	45 (94 %)	24	144 (88 %)
Bonne tolérance	36 (95 %)	22 (81 %)	47 (98 %)	ND	146 (90 %)

^aTotal < 100 % du fait de traitements non préconisés

26 % avaient utilisé une protection continue et 46 % une protection irrégulière. En Afrique 44 % des voyageurs s'étaient protégés en permanence, versus 17 % sans protection. L'utilisation de ces mesures était significativement meilleure dans la population alléguant d'un risque élevé ($p < 0,001$).

Une chimioprophylaxie antipaludique avait été suivie par 41 % des personnes interrogées, dont 76 % des voyageurs vers l'Afrique (hormis l'Afrique du Sud). A l'inverse, 59 % des voyageurs, dont 83 % à destination de l'Amérique Latine ou de la Caraïbe, et 63 % à destination de l'Asie et du Moyen Orient, n'avaient pas pris de traitement préventif. Les chimioprophylaxies varient en fonction du lieu de séjour (figure 1). Ni la durée du séjour, ni le nombre de voyages antérieurs n'ont eu une influence significative sur le choix de la chimioprophylaxie. La prise d'un traitement préventif était significativement meilleure lorsque le voyageur disait avoir été informé des risques de maladies avant son départ ($p < 0,001$). La chimioprophylaxie était significativement meilleure pour les séjours en Afrique quel que soit le groupe de chimiorésistance où se situait le pays visité ($p < 0,001$).

Les raisons de l'absence de chimioprophylaxie étaient l'absence de paludisme dans la zone visitée à cette saison (36 %), les effets secondaires des médicaments (14 %), l'absence de nécessité (13 %), le manque d'information (10 %) et le caractère trop contraignant du traitement (5 %). Le coût et l'absence de remboursement n'ont été cités que deux fois, en second motif.

Parmi les 323 voyageurs s'estimant informés, 52 % n'avaient pas pris de traitement, 32 % d'entre eux invoquant l'absence de paludisme. Cette dernière information avait été donnée par le médecin 53 fois (47 %). De plus la prophylaxie médicamenteuse avait été jugée inutile par le médecin pour 9 % des voyages.

Les autres sources d'information sur la prévention du paludisme (plusieurs réponses possibles) étaient l'agence de voyage (50 %), les guides touristiques (44 %), Internet (44 %), l'entourage (32 %), la radio ou à la télévision (20 %).

Le choix du médicament figure dans le tableau 2. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les durées moyennes de séjour selon le type de traitement pris. Ces dernières s'élevaient respec-

tivement à 12,5, 13,9 et 12,7 jours pour l'association atovaquone-proguanil, la méfloquine et l'association chloroquine-proguanil.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, l'association atovaquone-proguanil, la méfloquine et l'association chloroquine-proguanil étaient pris de manière équivalente par les retraités ; l'association chloroquine-proguanil et la méfloquine étaient prises respectivement deux et trois fois plus souvent par les ouvriers que l'association atovaquone-proguanil, privilégiée par les cadres et professions libérales. Ces derniers étaient aussi les plus nombreux à se rendre dans les pays du groupe 3.

Le choix du médicament s'est fait à l'initiative du médecin dans 86 % des cas, du voyageur dans 11 %, et du pharmacien dans 3 % des cas.

Sur les 18 personnes ayant mal supporté leur traitement préventif, 17 l'ont malgré tout pris correctement pendant tout leur séjour quelle qu'ait été sa durée et 14 l'ont poursuivi après le retour.

Discussion

Il ressort de cette étude que : la majorité des voyageurs est âgée de 50 ans et plus, le plus souvent citadine, de milieu social favorisé et libérée du rythme scolaire (moindre coût du voyage).

Ces voyageurs réguliers sont bien conscients de l'existence de certains risques. Ils s'informent souvent, en particulier sur le paludisme.

Leurs sources sont cependant hétérogènes et de valeur inégale. Les conseils donnés par les agences de voyage, – premier interlocuteur rencontré – et l'entourage, dont l'influence est prépondérante ne véhiculent pas la meilleure information, mais le médecin reste la source d'information pour 60 % des voyageurs.

Aucun voyageur à destination de l'Afrique, pourvoyeuse des 85 % des cas de paludisme d'importation [3,4], ne méconnaissait ce risque. La chimioprophylaxie était plutôt bien observée, cependant moins de la moitié des voyageurs avait utilisé des moyens de protection antivectorielle (ce qui était déjà très supérieur à la moyenne des voyageurs).

Un voyage en pays impaludé n'est pas synonyme de chimioprophylaxie systématique, notamment en Amérique Latine et Asie, où le niveau de risque est fonction du type de séjour, les pays ayant été considérés dans leur intégralité, sans distinction de zones

impaludées ou non, il est impossible de juger de l'exposition réelle des voyageurs. Il est néanmoins inquiétant de voir que la décision est basée dans 50 % des cas sur une information d'origine non médicale, même si un avis médical a été sollicité. Les recommandations de chimioprophylaxie par zone de voyage [5] ne semblent pas toujours bien connues des prescripteurs. Le non remboursement ou le coût des médicaments ne semble pas, dans cet échantillon, avoir influé significativement sur la prise du traitement préventif. La fièvre est un signe d'alerte connu, mais la notion de gravité comme le risque léthal, sont sous évalués. Au total, il importe de développer une information fiable, de qualité contrôlée et harmonisée, régulièrement remise à jour et d'accès facile, pour les professionnels de santé, les professionnels du voyage et les voyageurs eux-mêmes.

Le développement de l'information et la formation des personnes sollicitées par les voyageurs devient indispensable : agences, tours opérateurs, compagnies aériennes, plateformes aéroportuaires, etc, points de passage obligé du voyageur, sont une cible fondamentale, à défaut de l'informer directement, tous doivent pouvoir orienter efficacement le voyageur ou au minimum être le vecteur passif de conseils pertinents (affichage, notices distribuées à bord de certains vols, etc.). Le développement d'un partenariat médical avec les guides touristiques, et les sites Internet les plus consultés, permettant de valider les informations données, serait souhaitable. Le médecin doit pouvoir accéder facilement à une source claire et actualisée pour prescrire une conduite adaptée au voyage. Son rôle est aussi d'informer le voyageur sur la mise en jeu du pronostic vital, en cas de retard au diagnostic de paludisme.

Références

- [1] OMS-Bureau Europe - CISID : <http://data.euro.who.int/>
- [2] Armand L. Les touristes français à l'étranger en 2006. Bull Epidemiol Hebd 2007; 25-26:218-21.
- [3] Legros F, Danis M et le comité éditorial d'Eurosurveillance. Surveillance du paludisme dans les pays de l'Union Européenne. Eurosurveillance 1998; 3(5):45-47.
- [4] Danis M, Legros F, Thelleir M, Caumes E et les correspondants du réseau CNRMI. Données actuelles sur le paludisme en France métropolitaine. Med Trop 2002; 62:214-8.
- [5] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2004 (date de l'étude). Bull Epidemiol Hebd 2004; 26-27:113-20. www.invs.sante.fr/bef