

# Voyages et risques de décompensations psychiatriques

**Parmi les troubles survenant à l'occasion d'un voyage les problèmes psychiatriques sont à prendre en compte. Quels sont-ils et quelles sont leurs causes ?**

*« On croit que l'on va faire un voyage, mais bientôt c'est le voyage qui vous fait ou vous défait ». Nicolas Bouvier, L'Usage du monde.*

Parmi les maladies liées aux voyages peu de place est laissée à la santé mentale alors que le pourcentage de problèmes psychiatriques à l'origine d'un retour anticipé, voire d'un rapatriement psychiatrique (suivi ou non d'une hospitalisation), est loin d'être négligeable parmi les transferts sanitaires effectués par les compagnies d'assurance<sup>1</sup>. En effet tout voyage constitue un stress qui peut déclencher ou aggraver des troubles psychiatriques : du simple « choc culturel » au « voyage pathologique ». Que ce soit le touriste ou le routard en quête d'exotisme, l'expatrié, le réfugié politique ou l'immigré à la recherche de meilleures conditions économiques, l'homme en marche peut trébucher sur les traces du « fantasme collectif » de sa culture d'origine ou de son propre « roman familial » et présenter à un moment de son parcours des troubles psychologiques. Chaque culture semble désigner à ses membres des lieux où il est plus facile de « vaciller » : sur les chemins de l'Orient pour les Occidentaux, sur les routes des pays du Nord attirés par la culture occidentale pour d'autres, ou sur des lieux chargés de mysticisme...

La plupart du temps un retour dans le pays d'origine s'impose afin de reprendre pied dans

la réalité à laquelle le sujet a été initialement « formaté »...

## Les motivations du voyage

– Touristiques (voyages individuels ou en groupe) sont le plus souvent de courte durée, dans le cadre de loisirs : ce sont des voyages à but récréatif, pour fuir la routine, faire une parenthèse de vie, découvrir une autre culture, mais aussi les pèlerinages religieux...

– Professionnelles : voyages d'affaires, expatriations...

– Initiatives : ils concernent une population qui part découvrir le « vaste monde ». Ils permettent aux jeunes de connaître leurs limites, non seulement physiques, mais aussi morales : mission humanitaire, études (programme Erasmus)<sup>2</sup>, formation, recherche, année sabbatique...

– Les voyages « d'aventure » : aboutissement d'un projet de vie, réalisation d'un rêve (tour du monde, croisière, exploit sportif...), projet scientifique, globe-trotters, routards...

Dans tous ces cas, le voyage implique un retour dans la culture d'origine : il s'agit d'une parenthèse de vie.

Ces voyages sont à distinguer des migrations pour fuir la pauvreté ou suite à des problèmes politiques, des guerres, des catastrophes naturelles (tremblements de terre, sécheresse, tsunamis, cyclones...) avec souvent une pathologie de *stress post-traumatique* associée.

La pathologie de l'exil est un vaste sujet qui ne peut qu'être évoquée dans cet article.

**Dr Régis Airault**  
Psychiatre hospitalier, Paris

1. Dont sont le plus souvent exclues les personnes déjà rapatriées pour des raisons psychiatriques, celles ayant fait usage de drogue, les tentatives de suicide...

2. Cf. l'article « Guide de survie de l'étudiant Erasmus » (*Courrier international* n° 1073 du 26 -31 mai 2011, p. 38).



### Les troubles psychiatriques liés aux voyages

#### Les troubles liés au choc culturel

Transplanté dans une culture où les repères sont différents, tout voyageur est soumis à un *choc culturel* à l'origine soit d'une fascination avec le sentiment de « se sentir chez soi », soit au contraire d'un rejet de cette nouvelle culture (pauvreté, foule, nourriture, codes sociaux, langue et écriture différents...). Les troubles révélés ou accentués par la perte des repères habituels peuvent aller de l'anxiété à la dépression, de la somatisation à un sentiment de déréalisation, voire de dépersonnalisation. Après ce choc ou au contraire cette « lune de miel », le candidat à l'expatriation passera par une étape de nostalgie avant de s'adapter à cette nouvelle culture.

#### Le jet lag

La fatigue liée au décalage horaire est fréquente lorsque l'on voyage à travers plusieurs fuseaux horaires, avec asthénie, irritabilité, somnolence diurne, baisse de la concentration et parfois dépression modérée.

Les épisodes maniaques sont parfois déclenchés chez les patients bipolaires par la privation de sommeil.

#### Les décompensations psychiatriques

Les voyageurs présentant des pathologies psychiatriques stabilisées peuvent « décompenser » au cours de leur voyage. Ils sont alors mis (à tort) dans la catégorie des *voyageurs pathologiques* (voyages motivés par un délire) alors qu'ils sont parfois plus prudents qu'un voyageur qui ne connaît pas ses limites, comme nous le verrons dans le cadre du *voyage pathogène*.

Ils pourront ainsi présenter des symptômes (au même titre que les autres voyageurs) dès l'arrivée (choc culturel, jet lag...) ou au cours de leur séjour, parfois suite à l'arrêt de leur traitement, soit de manière volontaire (fenêtre thérapeutique...), soit de manière involontaire (médicaments non disponibles, négation de la pathologie)...

On peut également regrouper dans cette catégorie le voyage thérapeutique : le patient attend du déplacement une amélioration des troubles dont il souffre, comme le voyage dans les pays ensoleillés l'hiver pour échapper à une dépression saisonnière (il était fréquent de soigner ainsi sa mélancolie au début du XIX<sup>e</sup> siècle).

### Les troubles psychiatriques déclenchés par les médicaments

De nombreuses molécules ont des effets adverses pourvoyeurs de manifestations psychiatriques comme la méfloquine (le Lariam® est utilisé dans la prévention du paludisme), qui peut être à l'origine de troubles anxieux ou dépressifs voire d'hallucinations... On peut également citer pour mémoire l'interféron, les antiparkinsoniens de synthèse (Artane®), les psychotropes (benzodiazépines, barbituriques...).

Dans le cas des patients sous Lithium®, les changements climatiques peuvent provoquer une variation des taux plasmatiques qui peuvent entraîner soit une inefficacité du traitement (sous-dosage), soit au contraire une intoxication (surdosage).

#### Le voyage pathologique

Les troubles psychiatriques peuvent être à l'origine du déplacement : le voyage est alors qualifié de pathologique.

La notion de voyage pathologique apparaît pour la 1<sup>re</sup> fois en 1875 dans un article d'Achille Foville, qui décrit deux types « *d'aliénés migrants* » : les persécutés qui fuient leurs persécuteurs et les mégalomanes qui cherchent une reconnaissance ailleurs.

En 1887, Jean-Martin Charcot décrit l'« *automatisme ambulatoire* » dans certaines formes d'épilepsies temporales, et dans le cadre du *somnambulisme hystérique* (avec déambulations inconscientes et amnésiques). Puis arrive l'ère des *fugues* (voyage conscient chez des personnes ni folles, ni hystériques, ni épileptiques) comme les « *fugues psychasthéniques* » de Raymond et Janet (1889), de la « *dromomanie* » ou tendance impulsive à voyager de Régis (1893), des « *voyages impulsifs* » de Pitres, et enfin des « *fugues hébéphréniques* » de Krapelin qui développe le concept de « *démence précoce* » (la future schizophrénie).

En 1914, Briand et Morel opposent « *voyage pathologique* » (symptomatique d'un état délirant) et « *fugues* » (souvent réactionnelles) dues à des troubles de la personnalité ou à l'épilepsie (avec troubles de la conscience et impulsivité).

Plus tard au XX<sup>e</sup> siècle, Caroli et Massé (1981) gardent cette distinction.

Avec la démocratisation des voyages au long court, le voyage devient « *pathogène* » : apparition de troubles psychiques chez des personnes sans antécédent en des lieux chargés de sens pour la culture d'origine : syndrome de Stendhal, de Jérusalem, ou Indien...

Dans les classifications internationales des

maladies mentales (la CIM 10 de l'OMS) et du DSM IV, le voyage pathologique n'existe pas encore en tant que tel : on ne retrouve que « *la fugue dissociative, non due à des toxiques, avec départ soudain et confusion d'identité* » (F44-1) et « *les troubles des conduites chez l'enfant* » (F9).

Dans la pratique, on étend abusivement la notion de voyage pathologique à toute personne qui a des antécédents psychiatriques et qui présente des troubles psychiques au cours d'un déplacement.

### Abus de substances, troubles addictifs et voyage

La drogue a toujours été associée au voyage : ne parle-t-on pas de « trip » pour qualifier ces expériences ? Ainsi celles de Moreau de Tour avec le haschich au XIX<sup>e</sup> siècle et des hippies dans les années 1970. À l'époque coloniale, l'alcool pour lutter contre la nostalgie est un cliché de la vie sous les tropiques, mais les troubles addictifs sont le plus souvent antérieurs au départ et peuvent faire écran à des pathologies psychiatriques sous-jacentes.

Les voyages à la recherche de toxiques (en Inde et en Thaïlande pour les opiacés dans les années 1970) ont nettement diminué avec la mise en place des traitements de substitution des opiacés (TSO). Ils sont encore fréquents au Maroc et en Asie pour le cannabis, en Colombie pour la cocaïne et peuvent poser des problèmes légaux (détenation, trafic...).

Les patients stabilisés sous TSO (la méthadone ou le subutex) pourront rencontrer des problèmes en cas de perte ou d'insuffisance de traitement.

Plus récents sont les « voyages chamaniques » avec usage d'hallucinogènes comme l'iboga en Afrique ou l'ayahuasca en Amérique du Sud qui peuvent déclencher des pharmacopsychoses, mode d'entrée possible dans une pathologie chronique.

Sur les vols long-courriers, les fumeurs pourront bénéficier de substituts nicotiques pour éviter les troubles dus au sevrage : irritabilité, agressivité...

De même, les personnes dépendantes de l'alcool peuvent présenter un syndrome de sevrage à l'arrivée dans un pays où ce produit est prohibé.

#### Le voyage pathogène

Le voyage, comme tout événement de vie stressant, peut être à l'origine de troubles psychiatriques, que ce soit une anxiété massive, des attaques de panique, un sentiment de dépersonnalisation, de déréalisation, des

idées de référence, un vécu persécutif, des hallucinations...

Ces symptômes déclenchés par le voyage, survenant chez une personne sans antécédent psychiatrique et sans prise de drogue sont alors qualifiés de pathogènes. Ils régressent habituellement après le retour dans le milieu habituel.

Certains lieux sont plus propices à ce « syndrome du voyageur » car plus investis par la culture d'origine. Ainsi l'axe oriental pour les Occidentaux sur les traces de Marco Polo (et de la route des Indes), des croisés (syndrome de Jérusalem), du grand tour en Italie (syndrome de Florence), mais aussi à la recherche du paradis perdu : syndrome des îles ou insulaire.

Pour les cultures de confession musulmane ce sera La Mecque, pour les hindouistes, Bénarès, pour les Japonais, Paris...

Le syndrome de Jérusalem est un épisode psychotique aigu déclenché par le séjour dans cette ville. Ce délire mystique s'accompagne le plus souvent de troubles du comportement : après s'être purifié et drapé dans une toge blanche, la personne part prêcher l'amour universel. Décrit dans les années 1990 par le Dr Bar-El de l'hôpital Kfar Shaul à Jérusalem, ce délire régresse spontanément après un rapatriement vers le pays d'origine.

Le syndrome de Stendhal (ou de Florence) a été décrit par le Dr Graziella Magherini de l'hôpital Santa Maria Nuova de Florence dans les années 1990.

Il touche les touristes d'origine occidentale qui sont pris d'un vertige avec extase ou angoisse face à la beauté des œuvres d'art, comme Stendhal lors de sa visite de l'église de Santa Croce à Florence.

Le syndrome indien a été décrit dans les années 1980 par les psychiatres en poste à l'ambassade de France en Inde. Les troubles ont d'abord été mis sur le compte des prises de drogue ou sur le fait que ce pays attirait les psychotiques. Cette bouffée délirante apparaît après un séjour de quelques semaines en Inde avec des mécanismes interprétatifs, hallucinatoires, à thématique persécutive, mystique...

Le syndrome des Japonais à Paris a été décrit par le Dr Ota à la fin des années 1980. Déçus par la culture française qu'ils avaient idéalisée<sup>3</sup> et des codes culturels opposés, les voyageurs nippons présentent un vécu d'hostilité qui peut déboucher sur un tableau de bouffée

délirante avec des idées de persécution, des hallucinations...

Le syndrome des îles ou insulaire (d'Hawaï, de Tahiti, de La Réunion, de Mayotte...). Après une lune de miel pouvant aller de quelques semaines à quelques mois, la personne se retrouve « prisonnière » de son fantasme insulaire avec : sentiment d'enfermement, anxiété, vécu dépressif, idées de référence, vécu persécutif<sup>4</sup>. Certains tentent d'échapper à ce malaise par les toxiques (alcool, cannabis...), d'autres par les aventures sexuelles (maison du jour de Gauguin...) ou par un surinvestissement de leur travail.

Le syndrome d'Ulysse concerne le retour des expatriés et les difficultés qu'ils rencontrent pour se réadapter à leur culture d'origine. Tout comme dans le mythe d'Ulysse on retrouve : la punition, l'interdiction du retour et le sentiment d'être étranger en des lieux en d'autres temps si familiers. S'ensuivent une période dépressive et un travail de deuil pour retrouver une place qui n'existe plus dans son propre pays : la tentation est alors grande de repartir.

### En conclusion

Toutes les pathologies psychiatriques peuvent se trouver exacerbées ou se déclencher sous l'effet du stress que représente le voyage.

Vu l'augmentation toujours croissante des mouvements de populations, il faut être vigilant face à cette problématique car le nombre de personnes victimes du « syndrome du voyage » ne peut qu'augmenter.

Le retour anticipé, voire le rapatriement en cas de troubles avérés, est un acte thérapeutique qui doit se faire dans de bonnes conditions avec participation active du patient. Se réappropriant ainsi le voyage du retour, il transforme ce vécu en expérience initiatique. ✨

### Bibliographie

1. Airault R. « Fous de l'Inde, délires d'occidentaux et sentiment océanique ». Paris : Petite bibliothèque Payot, 2002.
2. Bar-El I., Durst R., Katz G. et al. « The Jerusalem syndrome ». *British journal of psychiatry*, 176, 86-90. 2000.
3. Bouvier N. *L'Usage du monde*. Paris : Payot, 2001.
4. Caroli F. Masse G. « La notion de voyage pathologique ». *Annales médico-psychologiques*. 1981, 139, 7 ; 828-832.
5. Foville A. « Les aliénés voyageurs ou migrants. Étude clinique de certains cas de lipémanie ». *Annales médico-psychologiques*. 1875, 5 ; 5-45.
6. Freud S. « Un trouble de mémoire sur l'Acropole, Lettre à Romain Rolland ». *Revue française de psychanalyse*. 1977, 3, XLI ; 407-414.
7. Magherini G. *Le Syndrome de Stendhal*. 1990.
8. Ota H. « Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France ». *Nervure*, 1988, 6 ; 12-16.

3. Ils s'attendent par exemple à retrouver l'ambiance artistique des Années folles de Montparnasse.

4. Comme dans la série anglaise des années 1960 *Le Prisonnier*.



# Faut-il rembourser la prévention médicamenteuse du paludisme du voyageur ?

**Les médicaments de prévention du paludisme ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, ce qui induit une utilisation insuffisante de ces produits par les personnes qui voyagent dans les pays à forte endémicité palustre. Arguments pour une prise en charge ciblée...**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.*

**Dr Thierry Pistone**  
Praticien hospitalier, infectiologue  
**Pr Denis Malvy**  
Professeur des universités-Praticien hospitalier, infectiologue  
CHU de Bordeaux

**L**a France est le pays occidental le plus touché par le paludisme d'importation avec près de 5 000 cas par an, importés pour 95 % d'Afrique subsaharienne. Les 3/4 des cas de paludisme affectent, en France, des voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne qui ont séjourné occasionnellement dans leur pays d'origine.

## **Pourquoi envisager de rembourser la prévention médicamenteuse du paludisme ?**

On estime qu'environ 20 à 30 voyageurs français, assurés sociaux, décèdent chaque année de paludisme (létalité estimée à 5,4 %, et 49 ans d'âge moyen) alors que la maladie est évitable par une prévention médicamenteuse du paludisme efficace [46, 47]. Le recours à la prévention médicamenteuse du paludisme, recommandée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), est insuffisant tant chez les voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne (40 %) que chez les voyageurs de nationalité française (60 %) [46]. Dans le contexte de l'insuffisance de prévention vis-à-vis d'une maladie infectieuse grave qui nécessite une hospitalisation dans 3/4 des cas dont 10 % en réanimation, quelle est la part liée à l'absence actuelle de remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme en France ?

## **Faut-il envisager de cibler les bénéficiaires d'un remboursement ?**

Pour des raisons médico-économiques, il nous semble pertinent que la stratégie de remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme puisse cibler les voyageurs résidant en France, qui séjournent occasionnellement

en zone de forte endémicité palustre. Ce qui revient à identifier les voyageurs séjournant en Afrique subsaharienne, à Madagascar et aux Comores, dont sont issus 95 % des cas de paludisme d'importation en France métropolitaine. Ce remboursement ciblé de la prévention médicamenteuse du paludisme s'inscrirait dans la continuité de la démarche du ministère de la Santé, qui a octroyé en 2007 le remboursement des médicaments préventifs du paludisme aux assurés sociaux guyanais lorsqu'ils visitent ponctuellement la zone forestière amazonienne de forte endémicité palustre [42]. Les conditions politiques et culturelles française disqualifient les stratégies de discrimination positive sur le critère de l'origine. Nous évitons donc l'analyse d'une stratégie de remboursement ciblée sur les voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne, plus fréquemment soumis au paludisme et au renoncement financier de la prévention médicamenteuse du paludisme que les voyageurs de nationalité française. Il pourrait se discuter de cibler le remboursement des médicaments préventifs du paludisme sur le critère social des revenus *via* les conditions de la couverture maladie universelle (CMU), bien que cette stratégie restreinte nous semble médicalement peu efficiente.

## **L'obstacle financier au recours à la prévention du paludisme est une réalité**

Les obstacles financiers au recours aux soins en France sont estimés régulièrement dans le cadre de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) biennale de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé



(Irdes). À partir des chiffres 2004 de l'Irdes, nos travaux ont estimé que le renoncement à la prévention médicamenteuse du paludisme diminuerait de 57 % et que la consommation pharmaceutique de prévention du paludisme augmenterait de 42 % en cas de remboursement par la Sécurité sociale, associée à la couverture maladie universelle ou à une mutuelle [46, 47].

L'étude britannique de Badrinath [7] est éloquent. Elle a observé, dans le district sanitaire de Walsall, que la suppression en 1995 du remboursement des consultations de conseils aux voyageurs dispensées par les « *general practitioners* » avait été très rapidement suivie d'une chute très sensible des prescriptions de médicaments préventifs du paludisme, elle-même suivie d'une augmentation sensible et pérenne du nombre des cas de paludisme d'importation...

L'étude hollandaise de Schilthuis [54] a observé que les voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Hollande expliquaient l'absence de prévention avant le départ dans leur pays d'origine par un renoncement d'ordre financier dans 19 % des cas. Schilthuis a aussi observé que le recours à la prévention (paludisme, vaccins) est deux fois plus élevé chez les voyageurs originaires d'Afrique subsaharienne bénéficiant d'une assurance-santé que chez ceux qui n'en bénéficient pas (73 % *versus* 38 %).

#### Le consensus d'experts est en faveur du remboursement de la prévention du paludisme

La conférence de consensus 2007 de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) sur le paludisme d'importation en France est en faveur du remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme : « *certaines populations, notamment les familles*

*de migrants retournant au pays d'origine* [souvent pour contrainte familiale : maladie ou décès d'un proche] *n'ont pas assez recours aux consultations de prévention et de conseils au voyageur* ». La conférence de consensus 2007 indique que le « *remboursement de ce type de consultation, ainsi que celui des médicaments préventifs du paludisme, permettrait une plus grande accessibilité aux démunis. [...] Le coût élevé de quelques médicaments préventifs du paludisme [Malarone®, Lariam®] en limite l'utilisation chez certains voyageurs (migrants, jeunes, associatifs)...* » (tableau 1).

Les experts du Comité des maladies liées au voyage et des maladies d'importation (CMVI), du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) décrivent régulièrement les obstacles financiers au recours à la prévention médicamenteuse du paludisme; comme par exemple dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* de juin 2006, consacré aux risques liés au voyage : « *il est préoccupant de constater que le nombre d'accès graves et de morts reste stable et que la proportion des cas survenant chez les voyageurs d'origine africaine est devenue majoritaire depuis 1999, par leur vraisemblable moindre propension à recourir à la chimioprophylaxie antipaludique recommandée par le HCSP pour des raisons culturelles et financières [...] Une prise en charge est souhaitable [...] par la Sécurité sociale...* ».

Le Pr O. Bouchaud, vice-président de la Société de médecine des voyages (SMV), introduisait une monographie sur le paludisme en 2005 (*Revue du praticien* du 30 avril) par une tribune libre dont voici quelques extraits : « *ces accès palustres surviennent très majoritairement chez des voyageurs n'ayant pas ou mal suivi la prévention anti-palustre et notamment leur chimioprophylaxie. Cette constatation milite, a contrario, pour l'efficacité d'une prévention bien suivie dont, en*

*dehors des contraintes qu'elle représente, un des facteurs limitant est le coût [...] Le coût des chimioprophylaxies actuelles est de 20 à 25 fois supérieur à ce qu'il était du temps de l'efficacité de la chloroquine (cf. tableau 1). Cet état de fait pousse évidemment à une réflexion sur le remboursement de ces médicaments prophylactiques et, de façon plus générale en France, sur la valorisation des actes de prévention, en y intégrant le fait que si les mentalités des décideurs de santé publique ont évolué sur ce plan, il n'est pas acquis que les laboratoires pharmaceutiques y trouvent leur compte* ».

#### Approche médico-économique pour le remboursement de la prévention du paludisme

Nos travaux médico-économiques [46, 47] ont modélisé, par arbre de décision, le postulat que le remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme des voyageurs séjournant en Afrique subsaharienne (Madagascar et Comores compris) augmenterait le niveau de recours aux médicaments préventifs du paludisme à proportion des chiffres 2004 de l'IRDES (cf. chiffres précités). Du point de vue de la Sécurité sociale, nous estimions, pour 2005, les coûts annuels liés au paludisme à 17 416 955 euros en l'absence de remboursement (situation actuelle) *versus* 47 071 687 euros si la prévention médicamenteuse du paludisme était remboursée pour les voyageurs séjournant en Afrique subsaharienne. Nos travaux ont estimé que le remboursement à 65 % des médicaments préventifs du paludisme aurait permis, en 2005, d'éviter 2 485 cas de paludisme et 13 décès liés au paludisme (importés ou pas). Le tout pour un coût marginal annuel estimé à près de 12 000 euros par cas de paludisme évité et près de 2 millions d'euros par décès évité. Le nombre de voyageurs qu'il serait

tableau 1

#### Coûts individuels actuels<sup>a</sup> des 4 spécialités de prévention médicamenteuse du paludisme pour le voyageur adulte selon sa durée de séjour en zone d'endémie palustre

Durée de séjour (jours)	Doxypalu adulte®		Savarine®		Lariam®		Malarone adulte®	
	Nbre boîte(s) de 28 cp	Coût <sup>b</sup> (euros)	Nbre boîte(s) de 28 cp	Coût <sup>b</sup> (euros)	Nbre boîte(s) de 8 cp	Coût <sup>b</sup> (euros)	Nbre boîte(s) de 12 cp	Coût <sup>b</sup> (euros)
7	2	24,00	2	33,86	1	41,54	2	87,90
17	2	24,00	2	33,86	1	41,54	2	87,90
21	2	24,00	2	33,86	1	41,54	3	131,85
29	2	24,00	2	33,86	2	83,08	3	131,85

a. Coûts calculés à partir des prix public conseillés en 2011 par les firmes pharmaceutiques.

b. Prix public conseillé par la firme concernée (les prix libres pratiqués en officine sont souvent supérieurs...).



nécessaire de prendre en charge pour éviter un cas de paludisme a été estimé à 577. On peut estimer à 208 le nombre d'années de vie « saine » (avec état de santé conservé) que sauverait chaque année la stratégie de remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme, soit un coût net de 100 000 euros par année supplémentaire de vie « saine » sauvée.

Le coût net du remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme (30 millions d'euros) a été estimé par nos travaux sur la base d'une durée moyenne de séjour de deux semaines en Afrique subsaharienne et d'un alignement du remboursement en France sur les prix publics les plus bas de l'Union européenne (Hollande, Belgique). Si le coût net de 30 millions d'euros devait être considéré comme inacceptable par les décideurs publics, nos travaux ont montré que le coût net pourrait être sensiblement réduit au cas où l'industrie pharmaceutique concéderait en France des prix de médicaments préventifs du paludisme plus bas qu'en Hollande et Belgique, eu égard aux volumes plus importants de prescriptions en France. Notre analyse de sensibilité a ainsi estimé que le coût net du remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme pourrait être réduit de moitié (15 millions d'euros) si le coût moyen

par voyage en Afrique subsaharienne de la spécialité Malarone® (68,33 euros : référence Hollander 2008) était aligné sur celui de la spécialité Lariam® (28,32 euros : référence Hollander 2008).

En prenant le large point de vue de la société française, l'intégration des coûts indirects de perte de productivité au travail et des décès liés au paludisme induit alors un coût de la stratégie de remboursement des médicaments préventifs du paludisme inférieur à celui de la situation actuelle de non-remboursement — pour une efficacité médicale bien sûr supérieure...

Dans tous les cas, le coût net pour la Sécurité sociale en cas d'adoption du remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme (15 à 30 millions d'euros) pourrait être mis en perspective par la répartition des 287 millions budgétés globalement par l'État pour la prévention santé en 2008. Cette répartition consacrait 72 % des crédits au cancer et au sida, et plus accessoirement aux maladies cardiovasculaires, aux hépatites, à la santé mentale (suicide) et aux maladies rares.

### Conclusion

Il nous semble que le remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme

serait coût-efficace s'il ciblait les spécialités de médicaments recommandées par le HCSP (Malarone®, Savarine®, Nivaquine®, plus Paludrine®, Lariam® et Doxypalu®), électivement pour les voyages occasionnels en Afrique subsaharienne, à Madagascar et aux Comores, sur la base d'une quantité suffisante pour deux semaines de séjour (cf. tableau 1).

Le critère médico-économique n'est cependant pas l'unique condition dans la décision publique. Les autres facteurs décisionnels sont l'efficacité, l'amélioration du service médical rendu par la stratégie, l'échelle des priorités de santé publique, les avis d'experts ainsi que le contexte politique et budgétaire. Les décideurs auront bien entendu la charge de déterminer l'importance relative à donner à chacun de ces facteurs, afin d'aboutir à la décision finale.

Du point de vue de la Sécurité sociale et de la société française, les données épidémiologiques, médico-économiques et le consensus d'experts éclairent favorablement les décideurs publics et les acteurs de l'industrie pharmaceutique quant à l'opportunité d'une stratégie de remboursement de la prévention médicamenteuse du paludisme des voyageurs occasionnels en Afrique subsaharienne, à Madagascar et aux Comores. ✨

## Glossaire

### Amibiase ou amébose

Maladie parasitaire acquise par voie alimentaire à partir d'aliments souillés dans la plupart des pays pauvres où l'hygiène est rudimentaire.

### Arbovirose

Maladie virale transmise par piqûre d'arthropodes (moustiques, tiques...).

### Bilharziose schistosomose

Maladie parasitaire transmise à l'occasion de baignades en eau douce dans les pays tropicaux, notamment en Afrique sub-saharienne.

### Chikungunya

Arbovirose répandue dans certains pays tropicaux, transmise par piqûre diurne de moustiques (*Aedes*).

### Dengue

Arbovirose la plus répandue dans le monde tropical, transmise par piqûre diurne de moustiques (*Aedes*).

### Hépatites virales

Maladies du foie d'origine virale acquises soit par voie sexuelle ou sanguine (hépatites B, C et  $\Delta$ ) soit par voie orale à partir d'aliments souillés partout dans le monde (hépatites A et E), mais plus particulièrement dans les pays pauvres où l'hygiène est rudimentaire.

### Incidence

Taux de survenue d'une maladie dans une population pendant une période déterminée.

### Larva migrans cutanée ankylostomienne

Dermatose parasitaire acquise le plus souvent sur les plages tropicales par contact direct avec le sable souillés par les déjections de chiens.

### Leishmaniose cutanée

Maladie parasitaire transmise par piqûre de mouches (phlébotomes) dans certains pays, principalement en Amérique latine (forêt), dans le bassin méditerranéen et en Asie.

### Leptospirose

Maladie bactérienne liée à une leptospire acquise à l'occasion de baignades en eau douce partout dans le monde tropical et tempéré.

### Létalité

Proportion de décès liés à une maladie (nombre de décès dus à une maladie déterminée divisé par le nombre de sujets atteints). Indicateur de gravité de la maladie et de la qualité de sa prise en charge.

### Mortalité

Taux de décès dans une population pendant une période déterminée.

### Paludisme

Maladie parasitaire transmise par piqûre nocturne de moustiques (anophèles), particulièrement répandue dans les pays tropicaux notamment en Afrique.

### Prévalence

Proportion de malades atteints d'une maladie dans une population à un moment donné.

### Rickettsioses

Ensemble de maladies bactériennes dues aux rickettsies, transmises le plus souvent par piqûre de tiques.

### SRAS

Maladie virale particulièrement grave sur le plan respiratoire (pneumonie), ayant occasionné une épidémie de novembre 2002 à juillet 2003.

### Typhoïde

Maladie bactérienne liée à une salmonelle acquise par voie alimentaire à partir d'aliments souillés dans la plupart des pays pauvres où l'hygiène est rudimentaire.

### Virémie

Présence de virus dans le sang circulant.