

Institut de Médecine Tropicale
Nationalestraat 155
2000 Antwerpen

Institut Scientifique de Santé Publique
Rue J. Wytsman 14
1050 Bruxelles



Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde
Groupe d'Etude Scientifique de la Médecine des Voyages

EDITION 2010-2011

REUNION DE CONSENSUS 04/06/2010

- Texte de base : “Information Médicale pour les voyageurs”
- Tableau : “Vaccination contre la fièvre jaune par pays”
- Tableau : “Vaccinations et avis concernant la malaria par pays”
- Printout : “Avis – malaria par pays” (Source : <http://www.itg.be>)
- Centres de vaccination contre la fièvre jaune
- Carte Malaria – zones A,C: <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/MedServ/pg/Fmalaria.htm>

Version:08/07/2010

sous l'auspice du **CONSEIL SUPERIEUR de la SANTE – SECTION VACCINATIONS**

Réd. resp. Pr. A. Van Gompel, IMT

INFORMATION MEDICALE POUR LES VOYAGEURS 2010-2011

Ce document est le texte de base discuté lors d'une réunion de consensus belge qui s'est tenue le 04/06/2009, à l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) de Bruxelles. Cette réunion annuelle est préparée par le "Groupe d'Etude Scientifique Belge pour la Médecine de Voyage" et rassemble les médecins qui en Belgique, prennent en charge les problèmes de santé des voyageurs se rendant dans des régions tropicales et/ou subtropicales.

Ce texte est une notice explicative et ne prétend pas être complet. Pour de plus amples informations, il vous est recommandé de consulter les brochures suivantes :

- "Conseils de santé pour voyageurs" A. Van Gompel et al. IMT/ITG, édition 2010-2011 Medasso – Multimedia Belgium n.v. (exclusivement destiné au corps médical) www.itg.be → « informations destinées aux experts »
- "International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice" WHO/OMS 2010 www.who.int/ith
- "The Yellow Book Health Information for International Travel, 2010" CDC <http://wwwn.cdc.gov/travel/contentYellowBook.aspx>

Les éditions imprimées anciennes sont dépassées et donc potentiellement à risque d'erreurs graves !

Consultez toujours la version électronique la plus récente !

Les avis émis sont volontairement concentrés sur les voyages de courte durée (**moins de trois mois**).

INTRODUCTION

Les affections spécifiques les plus fréquentes rencontrées chez les voyageurs sont la **diarrhée**, les affections fébriles (**malaria** pour autant que le voyage se soit déroulé dans une zone où cette maladie sévit; **dengue/chikungunya ; influenza**), les infections des voies aériennes, les **accidents** (de circulation ou de noyade), les **blessures infectées** et les **infections sexuellement transmissibles**.

- La **diarrhée** fait suite à l'ingestion d'aliments ou de liquides contaminés et des outils contaminés. Il faudra donc être particulièrement prudent lorsque le voyage se déroule dans des conditions d'hygiène rudimentaires.
- La **malaria**, la **dengue** et le **chikungunya** sont transmis par des moustiques. La première chose à faire est donc de se protéger contre les piqûres de ces moustiques.
- Pour éviter les **accidents**, il suffira de prendre les mêmes précautions que celles qui sont habituellement de rigueur dans notre pays.
- L'emploi de préservatifs est de rigueur si des relations **sexuelles** ont lieu avec de nouveaux partenaires (locaux ou compagnes de voyage)
- Par ailleurs, on veillera à désinfecter soigneusement toute blessure.

VACCINATIONS

INTRODUCTION

Il y a trois types de vaccinations : les vaccinations obligatoires, les vaccinations de base et les vaccinations recommandées.

1. Vaccinations obligatoires : vaccination contre la fièvre jaune, le méningocoque (seulement pour les pèlerins se rendant à La Mecque pour le Hadj et l'Umra). Le vaccin contre le choléra n'est plus obligatoire depuis 1973.
2. Vaccinations de base : vaccination contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole-rubéole-oreillons, le rotavirus, l'hépatite B, certaines infections à HPV, l'influenza, les infections à pneumocoque.
3. Vaccinations recommandées en fonction du voyage : vaccination contre l'hépatite A et/ou hépatite B, la fièvre typhoïde, la méningite à méningocoque, l'encéphalite japonaise, l'encéphalite à tiques d'Europe Centrale, la rage et exceptionnellement le vaccin contre le choléra et le BCG.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

FIEVRE JAUNE

Cette infection virale ne se rencontre que dans certains pays d'Amérique du Sud et d'Afrique. Il n'existe pas de traitement médicamenteux pour soigner cette infection. Nous disposons cependant d'un vaccin vivant atténué (une seule injection) d'une efficacité de 100 %, d'une validité de 10 ans et qui est classiquement bien toléré. Dans 10–30 % des cas, on peut observer un syndrome grippal survenant après quelques jours, qui ne mène à un absentéisme que dans moins de 1% des cas. Plus rarement on observe des réactions allergiques. Cependant, des effets secondaires mettant la vie en danger ont été exceptionnellement rapportés – uniquement lors de la première vaccination: 1/200.000 –300.000 doses; le risque semble être plus élevé chez les personnes âgées (bien que ces données soient basées sur des chiffres très faibles : estimation 1/1.000.000 < 60 ans, 1/100.000 pour le groupe de 60-69 ans et 1/30.000 > 70 ans). A partir de l'âge de 60 ans, les bénéfices et les désavantages de cette vaccination devront être pris en compte en fonction de la destination, du type de voyage, et pour les gens qui ont des projets de voyage dans un délai indéterminé (particulièrement chez les personnes qui auront bientôt 60 ans, qui doivent subir une transplantation ou chez qui un traitement immunosuppresseur est planifié, par exemple pour une maladie inflammatoire de l'intestin, une arthrite rhumatoïde, etc.).

WHO 2010: "Yellow fever vaccination is in general recommended for all travellers to areas with risk of yellow fever transmission and wherever mandatory (p.190). An individual risk assessment based on duration of travel, activities during travel, risk of exposure, medical history, age and previous immunization status is indicated (p.197)"

La vaccination ne peut se faire que dans les centres de vaccination reconnus par les autorités sanitaires du pays. C'est la seule maladie pour laquelle un certificat officiel ("petit livre jaune") est requis pour tous les voyageurs se rendant ou provenant d'une zone où un risque de fièvre jaune existe. En raison du risque d'encéphalite, les enfants seront vaccinés de préférence après l'âge de 9 mois (CDC ; notice de Stamaril ®) - d'un an (OMS ; pour les pays en Amérique du Sud en pour un nombre de pays en Afrique à partir de l'âge de 9 mois), ou exceptionnellement à partir de l'âge de 6 mois. La vaccination est en principe contre-indiquée chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Chez les sujets immunodéprimés les risques et les bénéfices devront être soigneusement évalués. Les personnes qui ont des antécédents de dysfonctionnement du thymus (p.ex. thymome) ou qui ont subi une thymectomie ne peuvent pas être vaccinées.

En cas de contre-indication à la vaccination contre la fièvre jaune, on doit sérieusement envisager de modifier son itinéraire vers des régions non à risque; dans certains cas, on peut dans un centre de voyage spécialisé fournir un "waiver" transitoire (c.à.d une attestation de dispense de la vaccination pour raison médicale & ce pour une période déterminée). Ces personnes devront utiliser scrupuleusement les répulsifs antimoustiques durant la journée.

Dans ce "livret jaune", on peut aussi inscrire les autres vaccinations. Le mieux est de faire des photocopies de ce petit livret et d'en garder une copie au domicile (en Belgique).

Légende du tableau concernant la fièvre jaune:

c = vaccination obligatoire;

c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présente dans ce pays)

d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune

Carte OMS : www.who.int/ith → disease distribution maps

Directives OMS détaillées : <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>.

MENINGITE A MENINGOCOQUE

Cfr plus loin

NB. CHOLERA

Le choléra est caractérisé par des selles liquides et multiples provoquant une déshydratation rapide. Le choléra est une maladie des populations pauvres et souvent dénutries, vivant dans des conditions d'hygiène précaire. Pour le voyageur en bonne santé et observant correctement les précautions sous mentionnées (hygiène des mains et de l'alimentation, voir diarrhée des voyageurs), le risque d'infection est inexistant, même s'il se déplace dans une zone où règne la maladie. Un vaccin oral contre le choléra (2 prises avec 14 jours d'intervalle) a été commercialisé en Belgique. Ce vaccin, constitué de vibrions cholériques du sérotype O1 et de la sous-unité B biogénétique de la toxine, offre une bonne protection temporaire contre le *V. cholerae* du sérotype O1, mais pas contre le *V. cholerae* du sérotype O139 ou d'autres espèces de vibrio. La place de ce vaccin en médecine des voyages est très limitée et la vaccination n'est en principe à envisager que dans des conditions très spécifiques comme chez les personnes travaillant dans des camps de réfugiés où règne un risque d'épidémie de choléra.

Cependant, certains pays africains exigent encore (bien qu'officieusement) un certificat de vaccination. Pour ces pays, afin d'éviter tout problème aux frontières et aux aéroports, un certificat de contre indication à la vaccination (parce qu'inutile) peut donc, dans certains cas, s'avérer utile.

Carte OMS : www.who.int/ith → disease distribution maps

VACCINATIONS DE BASE

TETANOS , DIPHTERIE

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

Le temps des préparatifs du voyage est le moment idéal pour une remise à jour de la vaccination contre le tétanos et la diphtérie. Pour la plupart des gens et sûrement pour les jeunes, il suffira d'une injection de rappel

<http://www.itg.be> - rédacteur A. Van Gompel - IMT
 tous les 10 ans, même si la dernière injection a eu lieu il y a plus de 10 ans. Si on a reçu à un moment donné un schéma de vaccination complet et si l'intervalle est de plus de 20 ans, une vaccination complète de 3 injections n'est pas nécessaire, mais 2 injections avec 6 mois d'intervalle sont indiquées, la deuxième injection étant surtout nécessaire pour garantir une bonne protection antidiphthérique. Si on doute avoir reçu toutes les injections nécessaires pour une vaccination complète, deux injections à un mois d'intervalle suivies d'une troisième injection 6-12 mois plus tard sont conseillées. En 1959 une vaccination générale contre le tétanos et la diphtérie a été commencée en Belgique et un programme de rattrapage a été organisé pour tous les nouveau-nés et les enfants de moins de 15 ans.

COQUELUCHE

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

Une consultation de voyage peut offrir l'opportunité d'envisager un rappel contre la coqueluche (Boostrix = tétanos + diphtérie + vaccin acellulaire coqueluche) pour les adultes, suivant les recommandations spécifiques du Conseil Supérieur de la Santé. Pour les recommandations complètes, voir :

www.health.fgov.be/CSS_HGR

POLIOMYELITIS

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

Depuis 1967, tous les Belges étaient obligatoirement vaccinés contre la polio avec un vaccin oral (Sabin ®), "la petite cuillère" en langage familier. Depuis 2001 la vaccination obligatoire du nourrisson se fait par injection. Le vaccin procure le plus souvent une immunité à vie. Pour les personnes ayant bénéficié d'une vaccination de base complète, un seul rappel préférentiellement avec le vaccin inactivé (IPV) à l'âge adulte (≥ 16 ans) prolonge la protection à vie. La poliomyélite n'est plus présente en Belgique. La poliomyélite est éradiquée en Amérique, aux Caraïbes, en Europe (zone OMS) et dans la zone Pacifique Ouest. La polio est encore présente dans quelques pays d'Afrique et une partie de l'Asie, notamment en Inde.

www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif & www.polioeradication.org/casecount.asp & www.who.int/ith → disease distribution maps

Il reste cependant important d'envisager un rappel de vaccination antipoliomyélite pour tous les voyages (de courte ou de longue durée) pour l'Afrique et l'Asie. Il existe en Belgique deux vaccins :

Imovax® forme injectable	Revaxis®
- Rappel : une injection suffit - Primovaccination: rappel après 2 et après 12 mois (schéma rapide possible)	- vaccin combiné injectable contre le tétanos, la diphtérie et la polio pour les personnes à partir de l'âge de <u>6 ans</u>

Même si le voyage ne permet pas de terminer le schéma complet de vaccination, c'est quand même une bonne occasion pour le commencer. La vaccination doit alors être parachevée après le retour, en vue de voyages futurs.

Légende du tableau : polio www.who.int/ith → disease distribution maps
p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants
(p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent
Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif>
 Le rappel à l'âge adulte confère une protection à vie

ROUGEOLE

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin. → Vaccination de rattrapage 1 & 2 & 3.

Depuis 1985 le vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole est mis gratuitement à disposition pour les enfants (à 12 mois, avec un rappel vers l'âge de 11-12 ans). Les personnes nées avant 1960 ont presque toutes sûrement suffisamment d'anticorps contre la rougeole et les oreillons suite à l'exposition naturelle au virus. Les personnes non-vaccinées, nées après 1960 et qui n'ont pas présenté de rougeole clinique seront vaccinées pour tous les voyages dans un pays du tiers monde (pour les adultes 2 injections avec un intervalle d'au moins d'un mois selon de calendrier vaccinal belge, vaccination de rattrapage (2)). Chaque vaccination antérieure compte. La vaccination se fait toujours avec le vaccin trivalent, qui est le seul disponible en Belgique. La vaccination est contre-indiquée chez les femmes enceintes et chez les sujets immunodéprimés.

VACCINATIONS RECOMMANDEES

HEPATITE A

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

Cette infection du foie est causée par un virus que l'on retrouve dans les boissons, dans les aliments ou sur les objets contaminés de manière directe ou indirecte par des excréments humains. L'hépatite A est dans la plupart des cas une affection bénigne mais elle peut parfois entraîner une longue période de convalescence et des formes plus sévères chez l'adulte (la morbidité et la mortalité augmentent avec l'âge et la mortalité peut atteindre plus d'1% après l'âge de 40 ans). Les personnes ayant eu cette maladie dans le passé sont protégées à vie et n'ont donc pas besoin d'être vaccinées (ceci peut être confirmé par la recherche d'anticorps IgG ou anticorps totaux dans le sérum du patient). Dans les pays industrialisés le risque d'infection est actuellement très faible vu le niveau d'hygiène élevé. Dans les pays en voie de développement le risque reste quand-même élevé, spécialement pour les personnes entreprenant un voyage aventureux ou un voyage de plus de trois semaines. En fait, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, l'OMS conseille à tous ceux qui voyagent en Asie/Océanie – Afrique (Afrique du Nord incluse) – Amérique latine, mais aussi en Europe de l'Est et dans le Proche et le Moyen Orient, d'être protégés contre l'hépatite A.

Le vaccin est particulièrement indiqué pour les enfants et les adolescents issus de l'immigration qui vont voyager vers le pays d'origine.

Il n'est pas rare que les patients oublient certaines injections vaccinales. Dans ce cas, pour l'hépatite A comme pour l'hépatite B, il faut considérer que «toute injection compte». Cela signifie que, même si un délai considérable (plusieurs années) s'est déroulé depuis la précédente injection, on pourra reprendre le schéma ainsi interrompu sans recommencer à zéro ; l'injection suivante sera alors effectuée en reprenant le schéma à l'endroit où il était interrompu.

Havrix®/ Epaxal®

- une seule injection suffit pour une protection de pratiquement 100 % d'une année chez les patients immunocompétents
- une deuxième injection administrée idéalement après 6 à 12 mois confère une protection **à vie**; ces vaccins sont interchangeables dans un même schéma de vaccination
- Si la vaccination contre l'hépatite B est conseillée, on administrera le vaccin combiné Twinrix® (au total 3 doses, mais au moins 2 doses doivent avoir été administrées avant le départ).

Par ailleurs la détermination systématique du taux d'anticorps anti-HAV post-vaccination n'a pas d'intérêt.

La sensibilité des tests sérologiques de routine s'est toutefois fortement améliorée ces dernières années, de sorte qu'un contrôle sérologique est malgré tout préférable chez les personnes immunodéprimées.

Légende du tableau : l'hépatite A www.who.int/ith →disease distribution maps
a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage
(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage.
 NB immunité à vie après vaccination complète

FIEVRE TYPHOÏDE

La fièvre typhoïde est une infection grave, accompagnée d'une forte fièvre. La transmission se fait par l'ingestion de nourriture ou d'eau contaminées: une raison de plus pour observer minutieusement les mesures préventives contre la diarrhée. Il existe à présent deux types de vaccins, qui, à prix équivalent, offrent une protection d'environ 60 à 70 % :

Vivotif®	Typherix®, Typhim Vi®
<ul style="list-style-type: none"> • vaccin oral (3 capsules) : prise d'une capsule à jeun toutes les 48 heures; après la prise, il faut rester à jeun pendant 1h. • très bien toléré • deux semaines avant le départ • protection pendant 3 ans • à conserver au frais ! Ne pas croquer les capsules ni les dissoudre dans du liquide • à ne pas prendre en même temps qu'un antibiotique et certains médicaments antimalariques • à éviter chez les femmes enceintes et les immunodéprimés ou les gens vivant dans l'entourage d'immunodéprimés 	<ul style="list-style-type: none"> • une seule injection • très bien toléré • 2 semaines avant le départ • protection pendant 3 ans

Le risque d'infection est très faible. C'est par ailleurs une maladie curable dont la période d'incubation dépasse généralement la durée du voyage. En raison de son coût et de ses inconvénients même minimes, on préfère ne pas administrer le vaccin en cas de voyage de courte durée effectué dans de bonnes conditions d'hygiène. La vaccination est par contre clairement indiquée (1) pour des voyages aventureux dans de mauvaises conditions d'hygiène ou (2) dans des voyages d'une durée de plus de 3 semaines.

Légende du tableau : la fièvre typhoïde : l'indication dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage;
t = pays à relativement haut risque;
(t) = pays avec un risque modéré ou faible

Dans certaines circonstances spécifiques, il faut aussi envisager la vaccination contre :

o **L'HÉPATITE B**

www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

(3 injections, jour 1-30- 120 à 180 ou schéma accéléré jour 1-30-60 ou même 1-7-21 et 360 = 4 injections). Le Conseil Supérieur de la Santé conseille la réalisation d'un contrôle sérologique (ac anti-HBs) 1 à 3 mois après la vaccination **complète** chez les adultes (les réponses immunitaires peuvent ici être supérieures à 90-95%) Si, 1 à 3 mois après la dernière injection de la série, on observe un taux d'anticorps >10 IU/ml, une **protection à vie** est en principe assurée. Notez dans le carnet de vaccinations "anticorps démontrés; immunité à vie"

La vaccination est en tout cas conseillée pour :

1. ceux qui voyagent régulièrement en Asie, Amérique latine et en Afrique, mais aussi en Europe de l'Est et dans le Proche et le Moyen Orient, ainsi que les personnes qui y résident pendant plus de 3 à 6 mois, et sûrement les enfants (contamination par contact direct ou indirect avec la muqueuse buccale ou la conjonctive oculaire et les lésions cutanées);
2. tout voyageur pouvant avoir des contacts sexuels ou risquant une intervention chirurgicale ou dentaire; acupuncture, piercing ou tatouages; également pour les voyages aventureux, avec risque de traumatisme et qui ont besoin de soins dans de mauvaises conditions d'hygiène (expéditions, sports extrêmes ...); également ceux qui travaillent dans des orphelinats ou maisons pour enfants des rues, etc.
3. pour les natifs de pays tropicaux et leurs enfants, retournant visiter leurs familles et/ou amis ("VFR travelers" = « visiting friends and relatives »)
4. tout employé dans le secteur des soins de santé
5. la vaccination contre l'hépatite B fait partie intégrale du schéma de base des vaccins pour les bébés – enfants. On vaccine également la cohorte d'âge des élèves de la dernière année de l'enseignement primaire ou de la première année de l'enseignement secondaire (1999-2011). Voyager, c'est donc une occasion de vacciner les adolescents et les jeunes adultes et de les intégrer dans le programme de la vaccination universelle contre l'hépatite B de l'OMS pour l'éradication de cette maladie.

WHO "While only certain categories of traveller are clearly at risk because of their planned activities, any traveller may be involved in an accident or medical emergency that requires surgery. **The vaccine should be considered for virtually all travellers to areas with moderate to high risk of infection.**"

Il n'est pas rare que les patients oublient certaines injections vaccinales. Dans ce cas, pour l'hépatite B comme pour l'hépatite A, il faut considérer que « toute injection compte ». Cela signifie que, même si un délai considérable (plusieurs années) s'est déroulé depuis la précédente injection, on pourra reprendre le schéma ainsi interrompu sans recommencer à zéro ; les injections suivantes seront alors effectuées en reprenant le schéma à l'endroit où il était interrompu.

Légende du tableau : l'hépatite B : www.who.int/ith → disease distribution maps

* = l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages; immunité à vie après vaccination réussie (= anticorps démontrés).

b = pays à haut taux de porteurs contagieux du virus de l'hépatite ($\geq 8\%$)

(b) = pays à moyen taux de porteurs contagieux du virus de l'hépatite (2-7%)

○ **LA MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUES A,C,W,Y** (1 injection)

Le vaccin contre la méningite à méningocoques A, C, W et Y (Mencevax ® ACW135Y) peut être indiqué chez les voyageurs qui se rendent de fin décembre à fin juin dans les pays de la ceinture des méningites en Afrique subsaharienne et qui sont en contact avec la population locale (notamment voyages dans les transports en commun, nuitées dans des « guesthouses », visite d'amis ou de familles vivant dans le pays) ou qui y séjourneront plus de 4 semaines.

La vaccination tétravalente est obligatoire pour les pèlerins se rendant à la Mecque (Haj et Umra). Cette vaccination sera effectuée 10 jours avant le voyage et reste valable 3 ans.

Le vaccin polysaccharidique tétravalent actuellement disponible (Mencevax® ACW135Y) assure une protection adéquate contre les souches A, C, W135 et Y durant une période de trois ans (rappel tous les 3 ans). Cependant, il n'empêche pas le portage des souches vaccinales, et n'exclut donc pas des cas secondaires dans l'entourage du voyageur. Le nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C (Meningitec®, Menjugate®, Neisvac-C®) offre une protection de l'ordre d'au moins 90 % mais uniquement contre le sérotype C, très peu présent dans les épidémies en Afrique ou à la Mecque par exemple, et le fait de l'avoir reçu n'empêche et ne remplace nullement l'éventuelle indication du vaccin ACWY. Par ailleurs, l'administration préalable d'un vaccin Meningitec®, Menjugate®, Neisvac-C® ne contre-indique pas l'administration du vaccin Mencevax- ACWY®.

Légende du tableau concernant la Méningite à méningocoques :

indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la "ceinture de la méningite" (épidémies possible de fin décembre à fin juin)

www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx>

(m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via www.promedmail.org, voir aussi

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm>

o **L'ENCÉPHALITE JAPONAISE**

Actuellement, le vaccin est seulement disponible via les grands centres de vaccination, et seul le nouveau vaccin vaccins IXIARO® (2 injections, aux jours 1 et 28), approuvé par l'EMA à partir de l'âge de 18 ans, est commercialisé en Europe (des demi doses ont été testées pour des enfants de 1 à 3 ans, mais il n'y a ni résultats publiés ni recommandations officielles pour les enfants de 4-17 ans). Rappel après 12-24 mois.

L'ancien vaccin de chez Biken (JE-vax / Korean Green Cross : 3 injections, jour 1-7-30) est grevé d'un risque minime de réaction allergique, qui peut se présenter jusqu'à 12 jours après l'injection (dans près de 0.5% des cas).

Les indications de vaccination restent limitées : voyageurs séjournant plus de 3-4 semaines dans les campagnes des zones endémiques, vivant proche des villages et des fermes dans les zones de rizières et d'élevages porcins. Ce vaccin doit également être proposé pour les expatriés vivant en pays d'endémie, même si leur domicile est en ville.

Il faut souligner que les moustiques vecteurs sont nocturnes et que donc la prophylaxie de contact par répulsif de type DEET protégera non seulement contre la malaria mais également contre l'encéphalite japonaise. Voir aussi : www.itg.be

Légende du tableau concernant l'Encéphalite japonaise <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm>

<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/risk-table.htm> <http://www.who.int/ith> →disease distribution maps

pour un séjour de longue durée ≥ 4 semaines, milieu rural, (les mois où il y a un risque)

j = pays avec un risque réel;

(j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies)

o **L'ENCÉPHALITE À TIQUES D'EUROPE CENTRALE ("FRÜHSOMMER ENZEPHALITIS")**

constitue un danger pour les touristes qui comptent se promener dans certaines zones forestières en Europe Centrale (Bavière, Tyrol, Europe de l'Est). FSME-IMMUN® (Baxter) peut être obtenu à la pharmacie sur ordonnance. Le schéma de vaccination consiste en 3 injections intramusculaires avec un intervalle de 1 à 3 mois entre les 2 premières injections, suivi par une 3^{ème} injection après 5 à 12 mois. Un

rappel sera administré après 3 ans, ensuite chaque 3-5 ans. Lorsqu'il n'y a pas suffisamment de temps on utilise un schéma accéléré. Avec le vaccin FSME-IMMUN, on donne une injection aux jours 1 et 14 : il y a déjà une protection d'environ 90-95% 2 semaines après la deuxième injection (donc au jour 28). Pour les enfants > 1 ans et < 16 ans on utilise le vaccin FSME-IMMUN® Junior.

L'utilisation d'un répulsif "anti-moustique" à base de DEET (voir mesures préventives contre les piqûres d'insectes) peut être une alternative et donner une protection complémentaire contre les piqûres de tiques; de la perméthrine peut aussi être appliquée sur les vêtements. La durée d'efficacité est limitée (quelques heures).

Voir aussi : www.itg.be

Légende du tableau concernant l'encéphalite à tiques

(e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies ;

Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

- o **RAGE** (3 injections: j. 1-7-21/28; rappel à 1 an, puis tous les 5 ans)
www.health.belgium.be cliquez sur : Fr - terme de recherche: vaccin.

Carte : <http://www.who.int/ith> →disease distribution maps

Il existe un nombre limité d'indications de vaccination antirabique chez le voyageur. Il est généralement admis que cette vaccination n'est pas requise en cas de voyages ordinaires. *Chaque voyageur doit être au courant de la réalité de ce risque !* Il devrait également être au courant de l'attitude à adopter en cas d'exposition. Pour des séjours prolongés, il peut être utile de recommander la vaccination dans des situations bien déterminées : voyages vers des régions reculées aux communications difficiles, avec un risque réel de contamination, tout spécialement chez les enfants par leurs contacts plus fréquents avec des animaux (également vétérinaires, VTT, ..).

Le vaccin antirabique peut être obtenu à la Direction des Maladies Infectieuses et Transmissibles – anciennement Institut Pasteur– département antirabique - Rue Engeland 642, 1180 Bruxelles tél. (02) 373 31 56, Fax (02) 373 32 86). (www.pasteur.be cliquez sur "Our analyses & vaccines request forms" et téléchargez "Preventive vaccination of humans" & "Payment form"). La plupart des centres de vaccination (via www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/NADRVACC.htm) disposent du vaccin- Voir aussi : www.itg.be .

Toute importation illégale d'animal, ne respectant pas les directives officielles concernant la vaccination des animaux, comporte un risque d'importation de pathologie infectieuse (p.ex. mammifères et rage)

- o La vaccination contre **la TUBERCULOSE (B.C.G.)** (www.health.fgov.be/CSS_HGR cliquez sur: publications - terme de recherche: vaccin) a une efficacité partielle et n'est certainement pas indiquée pour des voyages de courte durée. Elle peut être envisagée pour les enfants (jusqu'à l'âge de 5 ans) des immigrants habitants en Belgique, qui visitent leur famille dans leur pays d'origine et est requise par certaines écoles à l'étranger pour y scolariser un enfant (Lycées Français,...). Le vaccin n'est pas commercialisé en Belgique, mais est disponible au FARES ou peut être commandé à l'étranger par le pharmacien.

<http://www.who.int/ith> →disease distribution maps Pour plus d'informations, voir www.itg.be.

Countries with risk of yellow fever transmission and Countries requiring yellow fever vaccination

www.who.int/ith → disease distribution maps & <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Afghanistan		Yes		No	
Albania		Yes, ≥ 1 y		No	
Algeria		Yes, ≥ 1 y		No	
Angola	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Anguilla		Yes, ≥ 1 y		No	
Antigua and Barbuda		Yes, ≥ 1 y		No	
Argentina	Yes	No		Yes	WHO : for all travelers , ≥ 9 months of age who are going to the northern and north-eastern forested areas of Argentina, including Iguazu Falls and all areas bordering Brazil and Paraguay): i) total territory of the federal provinces of <u>Formosa</u> and <u>Misiones</u> ; ii) specific areas (departments) of the federal province of <u>Chaco</u> (department of Bermejo); the federal province of <u>Corrientes</u> (departments of Berón de Astrada, Capital, General Alvear, General Paz, Itatí, Ituzaingó, Paso de los Libres, San Cosme, San Miguel, San Martín and San Tomé); the federal province of <u>Jujuy</u> (departments of Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro and Valle Grande); the federal province of <u>Salta</u> (departments of Anta, General José de San Martín, Orán and Rivadavia).
Australia		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : excluding Galapagos Islands in Ecuador and limited to Misiones province in Argentina
Bahamas		Yes, ≥ 1 y		No	
Bahrein		Yes, ≥ 1 y		No	
Bangladesh		Yes, ≥ 1 y		No	
Barbados		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : except Trinidad and Tobago and Guyana.
Belize		Yes, ≥ 1 y		No	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Benin	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Bhutan		Yes		No	
Bolivia	Yes	Yes, ≥ 1 y	Yes according to the embassy , but not according to WHO	Yes	WHO : risk areas such as the department of Beni, Cochabamba and Santa Cruz, and the subtropical part of La Paz province. This does not include the cities of La Paz or Sucre. CDC : Required for all travelers ≥ 9 months. Medical waivers must be translated into Spanish and accompany the International Certificate of Vaccination or Prophylaxis (ICVP). Travelers who do not have a valid ICVP will still be allowed to enter Bolivia if they agree to sign an affidavit exempting the Bolivian state from any liability in the event the traveler gets sick with yellow fever within the Bolivian territory. This last option may cause delays at the point of entry.
Botswana		Yes, ≥ 1 y		no	
Brazil	Yes	Yes		Yes	WHO : Vaccination is not recommended for travel to the following coastal cities: Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife, Fortaleza. Vaccination is recommended for travellers over 9 months of age going to the following areas at risk for yellow fever transmission, including Iguacu Falls : 1/ the entire states of Acre, Amapá, Amazonas, Distrito Federal (including the capital city of Brasilia), Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Rondônia, Roraima and Tocatis, 2/ and the designated areas of the following states: north-west and west Bahia, central and west Paraná, south-west Piauí, northwest and west central Rio Grande do Sul, far west Santa Catarina, and north and west São Paulo.
Brunei Dar.		Yes, ≥ 1 y		No	
Burkina F	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Burundi	Yes		Yes	Yes	
Cambodia		Yes, ≥ 1 y		No	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Cameroon	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Cape Verde		Yes, ≥ 1 y		No	
Central African Republic	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Chad	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
China		Yes		No	
Christmas Island		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : excluding Galapagos Islands in Ecuador and limited to Misiones province in Argentina
Colombia	Yes			Yes	WHO : middle valley of the Magdalena river, eastern and western foothills of the Cordillera Oriental from the frontier with Ecuador to that with Venezuela, Urabá, foothills of the Sierra Nevada, eastern plains (Orinoquia) and Amazonia CDC : Risk in all rural areas at altitudes below 800 m (<2,624 ft. Travelers whose itinerary is limited to the cities of <u>Bogotá</u> , <u>Cali</u> , or <u>Medellín</u> are at lower risk and may consider foregoing vaccination.).
Congo (Bra)	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Congo (Kin) Dem.Rep.	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Costa Rica		Yes		No	WHO : No certificate is required for travellers below the age of 9 months and over the age of 60, pregnant or lactating women, persons with immunosuppression, asymptomatic HIV infection, thymus diseases, history of adverse reactions associated with the yellow fever vaccine or of allergy to egg or gelatin.
Côte d'Ivoire	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Djibouti		Yes		No	
Dominica		Yes		No	
Ecuador	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : Nationals and residents of Ecuador are required to possess certificates of vaccination on their departure to an area with risk of yellow fever transmission.

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
					Yellow fever vaccine recommendation: vaccination is recommended when travelling to provinces in the Amazon Basin (Orellana, Morona, Napo, Pastaza, Sucumbios and Zamora) and to other areas in the eastern part of the Andes mountains. There is no risk of yellow fever transmission in the cities of Guayaquil and Quito or in the Galapagos Islands. CDC : ≥ 9 months
Egypt		Yes, ≥ 1 y		No	WHO : Air passengers in transit coming from these countries or areas where transmission is possible (list see WHO-website), without a certificate will be detained in the precincts of the airport until they resume their journey.
El Salvador		Yes, ≥ 1 y		No	
Equatorial Guinea	Yes	Yes		Yes	
Eritrea		Yes		No	
Ethiopia	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Fiji		Yes, ≥ 1 y		No	
French Guyana	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Gabon	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Gambia	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Ghana	Yes		Yes, ≥ 9 M	Yes	
Grenada		Yes, ≥ 1 y		No	
Guadeloupe		Yes, ≥ 1 y		No	
Guatemala		Yes, ≥ 1 y		No	
Guinea	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Guinea-Bissau	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Guyana (Br)	Yes	Yes		Yes	WHO : a yellow fever vaccination certificate is required from travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission (including Belize) with the exception of Trinidad and Tobago, Paraguay and Argentina.
Haiti		Yes		no	
Honduras		Yes, ≥ 1 y		no	WHO : a yellow fever vaccination certificate is

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
					required from travellers over the age of 1 coming from countries with risk of yellow fever transmission, with the exception of Panama, from where it is only recommended.
India		Yes, ≥ 6 m		no	
Indonesia		Yes, ≥ 9 m		no	
Iran		Yes		no	
Iraq		Yes		no	
Jamaica		Yes, ≥ 1 y		no	
Jordan		Yes, ≥ 1 y		no	
Kazakhstan		Yes		no	
Kenya	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	* WHO for all travellers ≥9 months of age. Low risk in cities of Nairobi and Mombasa * <i>Swiss: no risk at the coast, east of the line Nairobi-Amboseli and south or the line Nairobi-Lamu</i>
Kiribati		Yes, ≥ 1 y		no	
Korea (North)		Yes, ≥ 1 y		no	
Lao PDR		Yes		no	
Lebanon		Yes, ≥ 6 m		no	
Lesotho		Yes, ≥ 9 m		no	
Liberia	Yes		Yes, ≥ 1 y	yes	
Libyan A.J.		Yes		no	
Madagascar		Yes		no	
Malawi		Yes, ≥ 1 y		no	
Malaysia		Yes, ≥ 1 y		no	
Maldives		Yes, ≥ 1 y		no	
Mali	Yes		Yes, ≥ 1 y	yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Malta		Yes, ≥ 9 m		no	
Martinique		Yes, ≥ 1 y			
Mauritania	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : * For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Mauritius		Yes, ≥ 1 y		no	
Montserrat		Yes, ≥ 1 y		no	
Mozambique		Yes, ≥ 1 y		no	
Myanmar		Yes		no	
Namibia		Yes		no	For travellers in transit, see WHO -website

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Nauru		Yes, ≥ 1 y		no	
Nepal		Yes		no	
Neth.Antill Aruba,Bonaire, Curaçao, ...		Yes, ≥ 6 m		no	
N. Caledonia		Yes, ≥ 1 y		no	
Nicaragua		Yes, ≥ 1 y		no	
Niger	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes *	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert.
Nigeria	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Niue		Yes, ≥ 1 y		no	
Oman		Yes, ≥ 1 y		no	
Pakistan		Yes, ≥ 6 m		no	
Panama	Yes	Yes *			WHO : for all travellers over 9 months of age travelling to the provinces of Comarca Emberá, Darien, Kuna Yala (old San Blas) and Panama east of the Canal Zone, excluding the Canal Zone, Panama City and San Blas Islands.
Pap.N. Guinea		Yes, ≥ 1 y		no	
Paraguay	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes *	WHO : for all travellers over 9 months of age.
Peru	Yes				the jungle areas of the country below 2300m . Travellers who will only visit the cities of Cuzco and Machu Picchu do not need vaccination.
Philippines		Yes, ≥ 1 y		no	
Pitcairn		Yes, ≥ 1 y		no	
Reunion		Yes, ≥ 1 y		no	
Russian Fed		Yes, ≥ 9 M		no	
Rwanda	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
St Helena		Yes, ≥ 1 y		no	
St Kitts&Nevis		Yes, ≥ 1 y		no	
St Lucia		Yes, ≥ 1 y		no	
StVincent and the Grenadines		Yes, ≥ 1 y		no	
Samoa		Yes, ≥ 1 y		no	
Sao Tome and Principe	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Saudi		Yes		no	

	Countries with risk of yellow fever transmission (Either yellow fever has been reported or disease in the past plus presence of vectors and animal reservoirs create a potential risk of infection and transmission)	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission	Countries requiring yellow fever vaccination for travellers from all countries	WHO Yellow fever recommendation	Vaccination is recommended for travellers visiting WHO 2009 (≥ 1 year) CDC 2009 (≥ 9 months)
Arabia					
Senegal	Yes	Yes		Yes	
Seychelles		Yes, ≥ 1 y		No	
Sierra Leone	Yes		Yes	Yes	
Singapore		Yes, ≥ 1 y		No	
Solomon Isl.		Yes		No	
Somalia	Yes	Yes		Yes	
South Africa		Yes, ≥ 1 y		No	
Sri Lanka		Yes, ≥ 1 y		No	
Sudan	Yes	Yes, ≥ 9 m		Yes	WHO : For all travellers over 9 months of age travelling to southern areas of the Sahara desert, excluding the city of Khartoum. A certificate may be required from travellers leaving Sudan
Suriname	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Swaziland		Yes		No	
Syrian ArabR.		Yes		No	
Tanzania	Yes	Yes, ≥ 1 y	Yes according to some embassies, not according to WHO	Yes	CDC : the city of Dar Es Salaam has a lower risk than rural areas
Thailand		Yes, ≥ 9 m		No	
Timor Leste		Yes, ≥ 1 y		No	
Togo	Yes		Yes, ≥ 1 y	Yes	
Trinidad and Tobago	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	WHO & CDC : for all travellers over 9 months of age whose itinerary includes Trinidad. Vaccination is not recommended for those visiting only Tobago.
Tunisia		Yes, ≥ 1 y		No	
Uganda	Yes	Yes, ≥ 1 y		Yes	
Uruguay		Yes		No	
Venezuela	Yes	No		Yes	CDC : no risk in the northern coastal area. The cities of Caracas and Valencia are not in the endemic zone
Viet Nam		Yes, ≥ 1 y		No	
Yemen		Yes, ≥ 1 y		No	
Zambia		no		No	
Zimbabwe		Yes		No	

MALARIA (Paludisme)

La malaria est une maladie infectieuse causée par un parasite (*Plasmodium*), qui est transmis par la piqûre d'un moustique bien spécifique (anophèle). Il existe 5 (*) espèces différentes dont *Plasmodium falciparum* qui est le plus dangereux. La période d'incubation - le temps entre la piqûre et le début de la maladie - varie en moyenne entre 10 jours et 4 semaines (rarement plusieurs mois). Les symptômes classiques, tels que des accès de fièvre violents, sont facilement confondus au début avec un état grippal. En l'absence de traitement correct, un tel accès peut entraîner la mort en quelques jours. C'est la première cause de mortalité d'origine infectieuse chez les voyageurs.

**Des cas humains de paludisme lié à un cinquième parasite, P. knowlesi, ont été récemment recensés en Malaisie, au Myanmar (Birmanie), en Thaïlande et aux Philippines, avec des complications d'apparition rapides liées au cycle parasitaire court (24 heures) et à sa ressemblance avec P. malariae. P. knowlesi est sensible à tous les antipaludéens.*

Où la malaria est-elle présente ?

www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées:

<http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

La malaria ne se rencontre que dans les zones où vivent les moustiques anophèles, à savoir les zones tropicales ainsi qu'un grand nombre de zones subtropicales. A partir de 1.500 à 2.500 m d'altitude, selon le climat et la température, la présence de moustiques anophèles peut être négligeable, voire inexistante. Dans la plupart des grandes villes, le risque d'infection est négligeable ou inexistant sauf en Afrique, où le risque demeure réel. Dans les banlieues des grandes villes en Asie (e.a. en Inde), le risque peut également subsister. Dans certaines régions, le risque varie fortement selon les saisons.

Comment peut-on prévenir la malaria ?

- **En évitant les piqûres de moustiques** : le moustique anophèle n'est actif que pendant les heures comprises entre le coucher du soleil et l'aube (attention, il ne fait pratiquement pas de bruit).
 - Pour cela il est conseillé de porter le soir des vêtements clairs couvrant le plus possible les bras et les jambes. Appliquez sur les parties du corps découvertes un produit répulsif, de préférence à base de DEET 20-50 % (pour les enfants et les femmes enceintes DEET 20-30 %). Répétez l'application toutes les six heures (le produit n'est donc pas actif toute une nuit). Il existe des répellents ne contenant pas de DEET qui sont aussi efficaces et sans danger (produits à base de citrodiol extrait de l'huile d'eucalyptus (Mosegor[®]/Mosiguard[®]), de picaridine (Care Plus Repel-it ; Parazeet) et le "IR3535").
 - Dormez dans une chambre inaccessible aux moustiques (moustiquaires, air conditionné) ou dormez sous une **moustiquaire** sans trou **imprégnée de perméthrine ou de deltaméthrine** suspendue au dessus du lit et dont les bords sont repliés sous le matelas. En observant correctement ces précautions le risque de malaria est réduit d'au moins 80 à 90 %.
- **La prise de médicaments préventifs** :
 - Aucun médicament préventif n'est efficace à 100% (≥ 95 %), et aucun n'est totalement inoffensif. Avant toute prescription, il convient donc d'évaluer les effets secondaires potentiels et contre-indications de la chimioprophylaxie en fonction du risque d'acquisition de la malaria. Ce risque

dépend du pays et des régions visitées, de même que de la saison, de la durée du séjour et du type de voyage. Après avoir pris en compte tous ces paramètres et l'état de santé de son patient, c'est le médecin qui décidera de la médication la plus adaptée. Ceci explique pourquoi il arrive que pour une même destination, des personnes faisant partie d'un même groupe reçoivent des prophylaxies différentes.

- En ce qui concerne la chimioprophylaxie, une distinction doit être faite entre différentes régions géographiques selon la répartition faite par l'Organisation Mondiale de la Santé (carte de l'OMS (www.who.int/ith) → disease distribution maps - répartition en zones **I & II** (zone A en Belgique), **III & IV** (zone C en Belgique) (dans le texte): voir <http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>; voyez aussi la carte de l'IMT en annexe, ou voir <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/MedServ/pg/Fmalaria.htm> - version 2007-8).
 - **Zone A (WHO: I & II)** : dans les régions où le *Plasmodium falciparum* n'est pas présent (par exemple la Turquie ou l'Afrique du Nord), mais bien un autre parasite (principalement *Plasmodium vivax*) et celles où *P. falciparum* est présent mais où il n'y a pas de résistance connue à la chloroquine (p.ex. Amérique Centrale, Haïti, Rép. Dominicaine). Dans ces régions cependant la transmission de la malaria est généralement saisonnière et/ou limitée à certaines régions. Pour certains séjours s'effectuant principalement dans les grandes villes ou les centres touristiques, le risque de malaria est très faible. Par conséquent, dans de nombreux cas, la prise de médicaments antimalariques est superflue, mais la prévention mécanique contre les moustiques (répulsifs) reste de rigueur. Les conditions du voyage seront donc déterminantes dans la décision à prendre.

Nous recommandons la prise de chloroquine, 300 mg (3 comprimés de Nivaquine) à prendre en une fois, un jour par semaine à débiter une semaine avant le départ, et à poursuivre 4 semaines après le retour.

Par ailleurs la prise d'une chimioprophylaxie prévient le premier accès de malaria dû au *P. vivax/ovale* mais pas les suivants (forme dormante ou hypnozoïte hépatique). En cas de doute, il est utile de demander conseil à un médecin expérimenté. Dans certaines circonstances spécifiques, notamment en l'absence de chimioprophylaxie, on peut envisager de confier au voyageur une dose curative de chloroquine, à prendre en cas de suspicion de fièvre d'origine malarique et survenant au moins après une semaine de séjour. La chloroquine ne sera utilisée que sur indication d'un médecin ou si on ne peut pas avoir d'aide médicale sérieuse dans les 24 heures.
 - **Zone C (WHO III & IV)**: Les régions où *P. falciparum* est présent, et où ce parasite tend à devenir multi résistant contre les antipaludiques utilisés antérieurement. Dans ce cas, on peut prescrire comme premier choix la MALARONE® (1 comprimé/jour, 1 jour avant le départ jusqu'à 7 jours après le retour), DOXYCYCLINE (100 mg par jour, à commencer le jour avant le départ, pendant le séjour et jusqu'à 4 semaines après le retour) ou la MEFLOQUINE (Lariam® à la dose d'un comprimé de 250 mg par semaine à débiter quelques semaines avant le départ, et à poursuivre 4 semaines après le retour). Toutes les trois préparations sont d'efficacité équivalente mais la Malarone est plus chère. La combinaison Nivaquine-Paludrine n'a plus sa place! Le Malarone® peut aussi être proposée comme prophylaxie de réserve en cas de voyage de

quelques jours dans une zone à haut risque ou en cas de changement d'itinéraire. Il est bon de se rappeler que le risque de contracter le paludisme n'est pas uniforme. Ce risque est réel en Afrique au sud du Sahara, même dans les grandes villes. Par contre, il peut être présent en Amérique Latine et en Asie, mais ce risque est généralement absent ou très faible dans les grandes villes et dans les sites touristiques. Pour obtenir un avis judicieux concernant le risque de paludisme, il est donc important de demander l'avis d'un médecin expérimenté ou d'un centre spécialisé. (cf. les centres de vaccinations ou le site : www.itg.be).

Certaines personnes présenteront des effets secondaires lors de la prise de **mefloquine** (Lariam®), comme : **vertiges, insomnies, cauchemars, états d'excitation, sensation d'essoufflement, états d'anxiété, palpitations**. Ces effets secondaires sont lentement réversibles à l'arrêt du Lariam® et ils causent l'arrêt de la prise chez 2 – 5 % des personnes. Il est très important que les voyageurs qui ont l'intention de conduire une voiture, de piloter un avion ou qui effectuent des tâches de haute précision, soient bien avertis de ces effets secondaires possibles. La prise de Lariam® doit être arrêtée immédiatement lors de l'apparition de ces effets. On instaurera alors un autre schéma de prévention. **Pour la méfloquine, le test de tolérance de 2-3 semaines reste une nécessité** (il est conseillé aux personnes qui n'ont jamais pris ce médicament de commencer en tout cas 2-3 semaines avant le départ afin de détecter d'éventuels effets secondaires).. Pour obtenir une concentration sanguine efficace de Mefloquine (Lariam), à l'arrivée dans la zone d'endémie malarique, il est par ailleurs aussi recommandé de débiter le traitement **2 à 3 semaines avant le départ**.

Il est possible de raccourcir cette période de 3 semaines de la manière suivante:

- 1- Schéma pour l'utilisateur chevronné: 1 comprimé par jour, durant 3 jours successifs, juste avant le départ (dose de charge) et le 4^{ème} au J7.
 - 2- Schéma pour le nouvel utilisateur: 1 comprimé par jour durant 2 jours successifs, plus ou moins 10 jours avant le départ (J0 et 1) et le 3^{ème} au J7, càd encore quelques jours avant le départ, ce qui peut encore convenir comme test de tolérance.
- La prévention doit être poursuivie 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien toléré, la prise peut être prolongée de quelques mois à des années en cas de nécessité.
 - La méfloquine sera évitée chez les patients présentant des antécédents de troubles psychiatriques ou souffrant d'épilepsie, et utilisée avec prudence chez les personnes traitées pour des troubles de rythme cardiaque par les bêtabloquants, la digitaline, la quinidine ou les antagonistes calciques. L'usage de la méfloquine est déconseillé pour les enfants de moins de 5 kg ; l'usage chez les femmes enceintes durant le premier trimestre est à discuter avec un médecin spécialiste.
 - Pour des zones bien précises, en zone C, il existe en Extrême Orient une résistance importante au Lariam (voir la carte du CDC MAP 4-09 "Geographic distribution of mefloquine-resistant malaria" (<http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowbook/ch4/malaria.aspx#648>), et ce principalement à la frontière Thaïlande-Cambodge, Thaïlande-Myanmar (Burma) et au centre du Vietnam.. La Malarone® et la doxycycline constituent ici le premier choix de prophylaxie pour les personnes qui passent la nuit dans des conditions primitives. Malarone® est le premier choix de chimioprophylaxie pour les voyageurs effectuant une randonnée organisée à

Chang-Mai et Chang-Rai avec quelques nuitées auprès des populations habitant les montagnes.

- La doxycycline sera prise à raison de 100 mg par jour, à commencer le jour avant le départ, pendant le séjour et jusqu'à 4 semaines après le retour. La doxycycline sera idéalement administrée quelques jours avant le départ afin d'en tester la tolérance. Elle sera absorbée avec un grand verre d'eau en position assise, si possible en mangeant. Elle est contre indiquée chez les enfants <8 ans et chez les femmes enceintes. Elle peut être responsable de phototoxicité (1 %) et de mycoses buccales et génitales.
- Dans certaines circonstances spécifiques pour des séjours prolongés, on peut envisager de confier au voyageur une dose curative d'un médicament antimalarique efficace (Malarone®), à n'utiliser que sur l'indication d'un médecin ou si on ne peut pas avoir une aide médicale sérieuse dans les 24 heures en cas d'une présomption d'accès de malaria. (Il est conseillé d'emporter un thermomètre digital en voyage, et de contrôler régulièrement la température en cas de malaise mal défini, même si on a l'impression de ne pas avoir de fièvre.) Cette attitude peut s'envisager dans les cas rarissimes de chimioprophylaxie par la chloroquine + proguanil pendant un voyage en zone C, ou parfois en cas de séjour prolongé en zone B ou C avec ou sans chimioprophylaxie. Entrent en ligne de compte pour le traitement d'une crise de malaria aiguë dans ces circonstances : **Malarone®** (= atovaquone + proguanil : 4 comprimés par jour pendant 3 jours à prendre avec un repas léger). La quinine en association avec la doxycycline est aussi plainement efficace, mais n'est pas utile comme "stand-by emergency treatment". L'Halofantrine ne doit plus être utilisée comme traitement. Le **Riamet®** (association fixe de artemeter et lumefantrine) est sur le marché belge depuis 2007 (6 x 4 co : 0,8,24,36,46,60 heures) ; en Afrique connu sous le nom **Co-Arthem®**. Ce médicament n'a pas de rôle dans la chimioprophylaxie. Il est réservé au traitement de la malaria sous supervision médicale. Parmi les contre-indications on cite un allongement congénital familial de l'espace QTc, un antécédent de mort subite dans l'anamnèse familiale, une cause clinique ou médicamenteuse susceptible d'être associée avec un allongement de l'intervalle QTc (e.a. fluoroquinolones et macrolides utilisés pour la diarrhée du voyageur; pour la liste extensive voir la notice). Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour voyageurs.
- L'utilisation des tests rapides (détection d'antigènes de Plasmodium) n'est pas conseillée en raison d'une mauvaise utilisation et d'erreurs d'interprétations par les voyageurs.
- **En conclusion** Les mesures actuelles de prévention contre la malaria sont très efficaces, mais ne peuvent garantir une protection à 100%. Il est donc important de toujours penser à une malaria en cas de fièvre dans les premiers mois après retour des tropiques, même si on a pris les médicaments prescrits. Un frottis sanguin et/ou une goutte épaisse seront pratiqués par le médecin traitant pour confirmer ce diagnostic. Une réaction prompte et un traitement adéquat sont très importants pour prévenir la mortalité, les complications et séquelles graves de la malaria. Une malaria, reconnue à temps, peut être traitée sans problèmes, et il est faux de dire qu'il s'agit d'une maladie incurable

COUNTRY LIST MALARIA SITUATION – WHO 2010

<http://www.who.int/ith/ITH2010countrylist.pdf>

Type I Very limited risk of malaria transmission = Mosquito bite prevention only:

Algeria, Armênia, Azerbaijan, Cape Verde, El Salvador, Géorgia, Korea, DPR (N), Korea, Republic of, Kyrgyzstan, Morocco, Syrian Arab Republic, Turkmenistan, Uzbekistan

Type II Risk of *P. vivax* malaria or fully chloroquine-sensitive *P. falciparum* only = Mosquito bite prevention plus (sometimes) chloroquine chemoprophylaxis

Argentina, Belize, Bolivia(+ IV), China(+ IV), Costa Rica, Dominican Rep., Guatemala, Haiti, Honduras, Iran (+ IV), Iraq, Mexico, Nicaragua, Panama (+ IV), Paraguay, Peru (+ IV) , Turkey, Venezuela (+ IV)

Type III Risk of malaria transmission and emerging chloroquine resistance = Mosquito bite prevention plus either mefloquine, doxycycline or atovaquone/proguanil

Colombia (+ IV), India (+ IV), Nepal, Sri Lanka, Tajikistan

Type IV High risk of *falciparum* malaria plus drug resistance, or moderate/low risk *falciparum* malaria but high drug resistance = Mosquito bite prevention plus either mefloquine, doxycycline or atovaquone/proguanil

Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Bolivia, Botswana, Brazil, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Cameroon, Central African Republic, Chad, China, Colombia, Comoros, Congo, Congo, DRC , Zaire), Côte d'Ivoire, Djibouti, Ecuador, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, French Guiana, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, India (Assam), Indonesia, Iran (Zuiden), Kenya, Laos, Liberia, Madagascar, Malawi, Malaysia, Mali, Mauritania, Mayotte, Mozambique, Myanmar, Namibia, Niger, Nigeria, Pakistan (+ Karachi), Panama, Papua New Guinea, Peru, Philippines, Rwanda, Sao Tome and Principe, Saudi Arabia, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Africa, Sudan, Suriname, Swaziland, Tanzania, Thailand, Timor-Leste, Togo, Uganda, Vanuatu, Venezuela, Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabwe

DIARRHÉE DES VOYAGEURS

En moyenne un tiers des voyageurs présente un épisode diarrhéique pendant leur séjour. Il s'agit généralement d'une diarrhée bénigne, qui, après quelques jours, guérit spontanément, ce qui ne la rend pour autant pas moins embarrassante.

Il suffit de prendre quelques mesures préventives pour être assuré de la réussite de votre séjour à l'étranger :

Il est impossible d'éviter complètement la diarrhée du voyageur et il est clair que les mesures préventives ne peuvent pas toujours être suivies à la lettre. Néanmoins les mesures préventives font baisser considérablement les risques de diarrhée sévère.

- ← Lavez-vous bien les mains avant les repas
- ← Evitez, dans la mesure du possible :
 - les crudités et les fruits que vous n'avez pas pelés vous-même
 - des produits laitiers crus ou non pasteurisés
 - les crustacés et les viandes mal cuits ou insuffisamment grillés (barbecue)
 - des spécialités locales qui ont l'air peu fraîches
 - la glace achetée dans la rue
- ← Les plats cuits doivent être servis bien chauds.
- ← Le lieu où l'on mange est également important : un repas en provenance d'une échoppe présente plus de risque qu'un repas pris au restaurant.
Evitez les restaurants envahis d'insectes.
- ← Evitez l'eau du robinet ainsi que les glaçons. L'eau en bouteille, le thé et le café chaud et les boissons rafraîchissantes sont sans danger. Veillez à obtenir les bouteilles encore capsulées de manière difficilement ouvrable et/ou des boissons gazeuses.

Il est indispensable pour les voyages aventureux de désinfecter l'eau avant de la boire. Stériliser l'eau est quasiment irréalisable. Le risque de contamination peut cependant être réduit considérablement en prenant les mesures suivantes (n'utilisez que de l'eau limpide ou – si impossible – filtrez-la) :

- ← Il est très efficace de porter l'eau à ébullition
- ← La désinfection chimique : Une bonne alternative consiste à désinfecter l'eau avec des gouttes de chlore (Hadex® ou Drinkwell-chloor® ; disponibles dans des magasins de sport spécialisés en activités en plein air) ou des comprimés de chlore (comprimés de Micropur Forte® = comprimés de chloramine et d'argent, disponibles en pharmacie). On peut encore renforcer leur action en filtrant l'eau d'abord, ce qui est essentiel si elle n'était pas limpide. Les sels d'argent (Micropur Classic®) ne sont pas tout à fait adéquats pour désinfecter l'eau, mais ils servent à garder l'eau désinfectée stérile.
- ← La filtration : Il est conseillé aux voyageurs aventureux d'acheter un filtre portable.

La prise d'antibiotiques pour prévenir la diarrhée (avant de tomber malade) est à déconseiller ! Il faut par ailleurs déconseiller l'utilisation préventive de tout autre médicament.

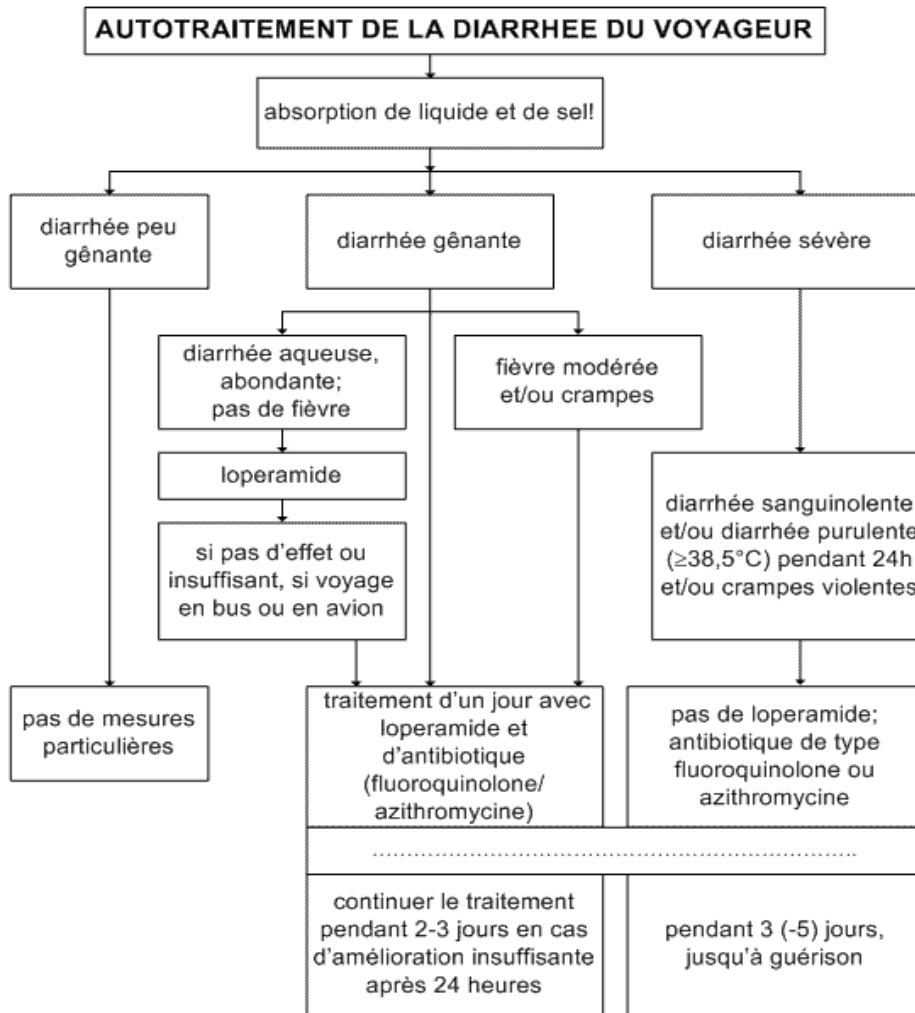
Comment traiter la diarrhée ?

- ⇐ En premier lieu il faut prendre des mesure contre la perte de liquide (= déshydratation); il est extrêmement important de consommer suffisamment de liquide, de sucre et de sel. On peut utiliser des solutions salées, mais le thé sucré, le bouillon, les boissons rafraîchissantes et les jus de fruit accompagnés de biscottes salées ou de chips ont bien entendu un goût plus agréable. Il existe des préparations commerciales (par exemple S.R.O. = solution réhydratante orale). Ceci est particulièrement important chez les enfants et les personnes âgées.
- ⇐ Un traitement symptomatique peut être envisagé pour diminuer la fréquence des selles et alléger les symptômes tels que la fièvre, les nausées et les crampes abdominales. L'ingestion d'un "inhibiteur du transit intestinal" (loperamide p.ex. Imodium®) peut fortement réduire le nombre de selles et diminuer ainsi considérablement les plaintes. Il peut être utilisé lors d'une diarrhée aqueuse fréquente. Le loperamide ne peut être utilisé que par des adultes et les enfants de plus de 2 ans et uniquement en cas de diarrhée banale. Le loperamide est contre-indiqué s'il y a de la fièvre (plus de 38,5 °C) ou lors d'une diarrhée sanglante ou glaireuse. Dans ces cas, la prise d'antibiotiques est indiquée, de préférence une des fluoroquinolones. Pour une diarrhée embarrassante avec une fièvre modérée et des crampes, une combinaison de loperamide et de fluoroquinolone peut être prescrite.
- ⇐ La prise d'un antibiotique est indiquée
 1. s'il n'est pas possible d'obtenir une aide médicale adéquate dans les 24 heures lorsqu'on retrouve la présence de sang, de mucus ou de pus dans les selles, si après 24 heures aucune amélioration ne s'est produite, si la diarrhée est accompagnée de fièvre (de plus de 38° C) ou de fortes crampes abdominales, ou lorsqu'il y a plus de 6 défécations par 24 heures
 2. ou si pour l'une ou l'autre raison une solution plus rapide est nécessaire (cfr. schéma).

Les antibiotiques qui conviennent sont les suivants: (exclusivement sur prescription médicale)

- soit de 1 comprimé par jour : ofloxaciné générique 400 mg (Tarivid 400®), soit 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir : ciprofloxacine générique 500 mg (Ciproxine 500®), ofloxaciné générique 200 mg (Tarivid 200®), norfloxacine générique 400 mg (Zoroxin 400®) pendant 1 à 3 jours (**traitement d'un jour**, et on peut continuer le traitement pendant 2-3 jours en cas d'amélioration insuffisante après 24 heures) pour une diarrhée aqueuse sans complication (en cas de diarrhée purement aqueuse, le traitement peut déjà être arrêté dès la disparition des symptômes) jusqu'à 3 à 5 jours en cas de symptômes graves (se référer au tableau). Evitez le soleil pour réduire le faible risque de photosensibilisation.
- Depuis le consensus 2008 le "Groupe d'Etude Scientifique Belge pour la Médecine de Voyage" préfère l'azithromycine pour l'Asie (de l'Inde jusqu'à Extrême Orient) à cause de la résistance croissante de *Campylobacter* sp. aux fluoroquinolones : Azithromycine générique / Zitromax® : prescrit à la dose de 500 mg (= **traitement d'un jour** ; et on peut continuer le traitement pendant 2-3 jours en cas d'amélioration insuffisante après 24 heures). Ce médicament est autorisé chez les femmes enceintes et chez les enfants (sirop) à la dose de 5 à 10 mg/kg/jour.
- Bactrim forte® ou Eusaprim forte® ne sont dorénavant plus conseillés.

Schématiquement :



“Ce schéma n’est à utiliser qu’en cas de voyage. Ne pas utiliser l’antibiotique après le retour en Belgique, mais celui-ci peut être conservé soigneusement dans la pharmacie à usage exclusif pour un prochain voyage.

Vérifier la date de péremption; un produit périmé doit être amené chez le pharmacien.

QUELQUES AUTRES CONSEILS

- **Les maladies sexuellement transmissibles.** En voyage, le risque de contacts sexuels occasionnels s'avère plus élevé. Pour cette raison, les maladies sexuellement transmissibles et notamment le VIH constituent un danger réel pour le voyageur. Souvent un contact sexuel «imprévu » et surtout non-protégé survient sous l'influence de l'alcool. La prévention durant le voyage ne devrait pas être différente de celle observée dans le pays d'origine. L'usage d'un condom (acheté dans nos pays si possible) est absolument indispensable (seul un lubrifiant soluble dans l'eau est acceptable, p.ex. KY gel). Dans ce cas le vaccin contre l'Hépatite B est certainement aussi indiqué. En tout cas on doit consulter un médecin si on a été exposé à un risque, même s'il n'y a pas encore de symptômes.
- Vu le risque d'accidents plus élevé durant le voyage, il est essentiel de prendre une bonne **assurance de voyage**. Respectez les mêmes mesures de sécurité que chez vous (évitiez l'alcool) et utilisez à tout moment la ceinture de sécurité (s'il y en a une).
- Information concernant la sécurité dans le pays de destination : www.diplomatie.be en <http://statbel.fgov.be>
- Un problème fréquent chez les voyageurs visitant les pays en voie de développement sont les **blessures infectées**. Toute blessure aussi banale qu'elle soit, doit être bien lavée et désinfectée correctement
- Autres sujets à discuter avec votre médecin:
 - soins de peau; exposition à la chaleur-soleil; coup de soleil; blessure, morsure et piqûres;
 - problèmes concernant les voyages en voiture, en bateau, en avion (et jetlag, aéro-otite et aéro-sinusite, risque de thrombose veineuse profonde (« phlébite profonde »)); problèmes d'altitude; plongée; contraception;
 - voyage avec enfants/avec une femme enceinte/avec un malade chronique, immunodépression.
- **Mal d'altitude** & l'usage correct de l'acétazolamide: voir texte sur www.itg.be.
- La **Schistosomiase** (syn. bilharziose) est une verminose qu'on peut attraper lors des baignades dans des eaux contaminées. Des foyers de bilharziose se retrouvent dans la plupart des pays africains et dans des zones limitées d'Amérique du Sud, du Moyen-Orient et d'Extrême-Orient. Le voyageur court le plus grand risque dans les eaux stagnantes (certainement dans des barrages), mais dans les rivières (grandes ou petites, courant rapide ou lent) l'infestation reste aussi possible. Il n'existe pas de médication préventive ni de vaccin. Il faut donc éviter de se baigner dans les eaux douces. Si l'on a quand-même eu un contact avec de l'eau potentiellement contaminée, un contrôle est souhaitable après 3 mois (sérologie, éosinophilie). Des complications sérieuses peuvent exceptionnellement survenir déjà dans les premiers mois qui suivent la contamination (hématurie, paralysie). Dans ce cas on doit immédiatement consulter un médecin. Voir www.who.int/ith → disease distribution maps & cartes géographiques par pays : <http://www.who.int/wormcontrol/documents/maps/country/en>
- **Dengue & Chikungunya** (www.who.int/ith → disease distribution maps). La dengue est en pleine expansion en Amérique latine et en Asie ; depuis quelques années il y a aussi des épidémies de Chikungunya en Afrique et en Asie. Ce sont des infections virales transmises par des moustiques qui piquent pendant la journée. Les maladies se caractérisent par de la fièvre et souvent des douleurs musculaires; la Chikungunya est dominée par des arthrites. Dans de très rares circonstances, la Dengue peut se développer de manière dramatique, avec chute de tension et hémorragies, qui peuvent toutefois évoluer favorablement avec de bons soins médicaux. Il n'existe pas de vaccin et il n'existe pas de

médicaments efficaces. Les maladies guérissent spontanément, mais la convalescence peut durer longtemps. Ne pas utiliser d'aspirine mais seulement du paracétamol en cas de fièvre. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Handout : www.itg.be

- Il peut être utile de vous procurer en pharmacie quelques seringues (+ aiguilles stériles à usage unique) au cas où vous en auriez besoin durant le voyage (spécialement en Afrique). Mais le mieux encore est de refuser les injections si des médicaments peuvent être pris par voie orale. Partez en bonne santé (n'oubliez pas par exemple de visiter votre dentiste avant le départ) et/ou emportez avec vous tous vos traitements chroniques, en quantité supérieure à celle nécessaire à la durée de votre voyage. Gardez ces médicaments dans vos bagages à main.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Abu Dhabi = Em. Ar. Unis		(a)	p	(b) *	(t)					
Azores = Portugal										
Afghanistan	d	a	p	b*	t				(C)	Mai - novembre
Afrique du Sud	d	(a)	p	(b) *	(t)				(C)	zones très limitées Nord Est
Albanie	d	a		b*	(t)					
Algérie	d	a	p	(b) *	t					
Allemagne				*				(e)		
Andorre				*						
Angola	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Anguilla/Antigua/Barbuda (Car.)	d	(a)		(b) *	(t)					
Antilles Néerlandaises (Car.)	d	(a)		(b) *						
Arabie Saoudite	d	(a)	p	(b) *	(t)	m***			(C)	m *** : pèlerins Hadj/Umra
Argentine	**	a		*	(t)				(A)	**FJ : “OMS: recommandé pour les régions du nord & Foz (chutes)

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
										D’Iguaçu”
Arménie (ex-URSS)		a		*	(t)				((A))	Juin - octobre
Australie	d			*			(j) (7-12)			Enc. Jap. : Queensland
Autriche				*				(e)		
Azerbaïdjan (ex-URSS)		a		b*	t				(A)	Juin -octobre
Bahamas (Oc.Atl.)	d			*					(A)	Transmission très sporadique de la malaria à <i>P. falciparum</i> sur l’île Great Exhuma. En cas de fièvre au retour, penser à la malaria.
Bahreïn	d	(a)	p	(b) *	(t)					
Bangladesh	d	a	p	b*	t		(j) (7-12)		(C)	
Barbade (Car.)	d	(a)		(b) *	(t)					
Bélarus (Biélorussie; ex-URSS)		a		(b) *	(t)			(e)		
Belize	d	a		(b) *	(t)				(A)	
Bénin	c	a	p	b*	t	m			C	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l’exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n’existe pas, la vaccination est seulement exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l’indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l’indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l’hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l’indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d’activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Bermudes (Oc.Atl.)				*						
Bhoutan	d	a	p	b*	t		(j)		(C)	
Bolivie	c° **	a		(b) *	t				(A)/C	C : Ama-zonie ** FJ « OMS : recommandée pour certaines régions ». Les ambassades exigent le vaccin probablement
Bosnie-Herzégovine (ex-Youg.)		a		(b) *	(t)			(e) ?		
Botswana		a	p	b*	t				(C)	Novembre – mai
Brésil	c° **	a		(b) *	(t)				(C)	C : Amazonie **FJ: “OMS: recommandée pour plusieurs régions & Foz (chutes) d’Iguaçu
Brunei-Darussalam	d	(a)	p	(b) *	(t)		(j)			
Bulgarie		a		(b) *	(t)			(e) ?		
Burkina Faso	c	a	p	b*	t	m			C	
Burundi	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Caïmanes Iles(Car.)				*						

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l’exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n’existe pas, la vaccination est seulement exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l’indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l’indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l’hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l’indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org
voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d’activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Cambodge	d	a	p	b*	t		j (5-10)		C	
Cameroun	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Canada				*						
Canaries (Les Iles)= Espagne		(a)		(b)*						
Cap Vert (Oc. Atl.)	d	a	p	b*	t				((A))	
Chili + Iles de Pâques	d*	a		*	(t)					
Chine	d	a	(p)	b*	(t)		(j) (5-10)		((A/C))	
Christmas Ile (Oc. Ind.)	d	a		(b)*	(t)					
Chypre		(a)		(b)*						
Colombie	c° **	a		(b)*	t				(C)	**FJ « OMS : recommandée pour plusieurs régions ».
Comores (Oc. Ind.)		a	p	b*	t				C	
Congo (Brazzaville)	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Congo (rép.Démocr.)	c	a	p	b*	t	(m)			C	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la "ceinture des méningites" (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Cook Iles(Pac.)		a		(b)*	(t)					
Corée (N)	d	a	p	b*	t		(j) (8-10)		((A))	
Corée (S)		(a)	(p)	b*			(j) (8-10)		((A))	
Costa Rica	d	a		(b)*	(t)				(A)	
Côte d’Ivoire	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Croatie (ex-Yougoslavie)		(a)		(b)*	(t)			(e)		
Cuba		a		(b)*	(t)					
Djibouti	d	a	p	b*	t	(m)			C	
Dominique (Car.)	d	a		(b)*	(t)					
Dubai = Em. Ar. Unis		(a)	p	(b)*	(t)					
Egypte	d	a	p	(b)*	t					
El Salvador	d	a		(b)*	t				A	
Emirats Arabes. Unis		(a)	p	(b)*	(t)					

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l’exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n’existe pas, la vaccination est seulement exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l’indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l’indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l’hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l’indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d’activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Equateur (& Galapagos)	c° **	a		(b)*	t				(C)	**FJ « OMS : recommandée pour certaines régions »
Erythrée	d	a	p	b*	t	(m)			C	
Espagne		(a)		(b)*						
Estonie (Rép. Baltiques)		(a)		*				(e)		
Ethiopie	c° **	a	p	b*	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Falkland Iles		a		(b)*	(t)					
Fidji (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Finlande				*				(e)		
Gabon	c	a	p	b*	t				C	
Gambie	c° **	a	p	b*	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Géorgie (ex-URSS)		a		(b)*	(t)				((A))	Juin - octobre
Ghana	c	a	p	b*	t	(m)			C	
Grèce		(a)		*						

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Grenade (Car.)	d	a		(b)*	(t)					
Groenland		(a)		b*						
Guadeloupe (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Guam (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Guatemala	d	a		(b)*	(t)				(A)	
Guinée (Conakry)	c° **	a	p	b*	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Guinée Equatoriale	c° **	a	p	b*	t				C	**FJ « OMS : recommandée »
Guinée Bissau	c° **	a	p	b*	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Guyana (British)	c° **	a		(b)*	(t)				C	**FJ « OMS : recommandée »
Guyane Française	c	a		(b)*	(t)				(C)	
Haïti	d	a		(b)*	t				(A)	
Honduras	d	a		(b)*	(t)				(A)	
Hong Kong (Chine, SAR)		(a)	(p)	(b)*						

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Hongrie		(a)		*				(e)		
Inde	d	a	p	(b)*	t		j		(C)	voir texte
Indonésie	d	a	p	b	t		j		(C)	voir texte
Iran	d	a	p	(b)*	t				(A/C)	
Iraq	d	a	p	(b)*	t				(A)	
Israël		(a)		(b)*	(t)					
Italie		(a)		*						
Jamaïque (Car.)	d	a		(b)*	(t)					
Japon				*						
Jordanie	d	a	(p)	(b)*	(t)					
Canaries = Espagne										
Kazakhstan (ex-URSS)	d	a	(p)	b	t					

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org
voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Kenya	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**FJ « OMS : recommandée »
Kirghizistan (ex-URSS)		a	(p)	b	t				((A))	
Kiribati (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Koweït		(a)	(p)	(b)*	(t)					
Laos	d	a	p	b	t		j (5-10)		C	sauf Vientiane
Lesotho	d	a	p	b	t					
Lettonie (Rép. Baltiques)		(a)		*				(e)		
Liban	d	a	(p)	(b)*	(t)					
Liberia	c	a	p	b	t	(m)			C	
Libye	d	a	p	(b)*	t					
Lituanie (Rép. Baltiques)		(a)		(b)*				(e)		
Macao (Chine, SAR)		(a)	(p)	(b)*						
Macédoine (Ex-Yougoslavie)		(a)		(b)*						

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la "ceinture des méningites" (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Madagascar	d	a	p	b	t				C	
Madère et Açores (Oc. Atl./Port.)	d	(a)		(b)*						
Malaisie	d	a	(p)	b	(t)		(j)		(C)	
Malawi	d	a	p	b	t				C	
Maldives (Oc.Ind.)	d	a	p	(b)*	(t)					
Mali	c	a	p	b	t	m			C	
Malte	d	(a)		*						
Mariannes du Nord (Iles / Pac.)		a		(b)*	(t)					
Maroc		a	p	(b)*	(t)					
Marshall Iles(Pac.)		a		(b)*	(t)					
Martinique (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Maurice	d	(a)	p	(b)*	(t)					
Mauritanie	c/c°	a	p	b	t	(m)			(C)	voir texte/** FJ : c = en cas de séjour dans le sud ou d’un séjour de plus de 15 jours

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l’exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n’existe pas, la vaccination est seulement exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l’indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l’indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l’hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l’indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org
voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d’activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
	**									
Mayotte (Comores Fr.) (Oc. Ind.)		a	p	b	t				C	
Mexique		a		(b)*	(t)				(A)	
Micronésie (Et. Féd.)		a		(b)*	(t)					
Moldavie (ex-URSS)		a		b	(t)			(e)		
Mongolie		a	p	b	t	(m)				
Montserrat (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Mozambique	d	a	p	b	t	(m)			C	
Myanmar (Birmanie)	d	a	p	b	t				(C)	voir texte
Namibie	d	a	p	b	t				(C)	Novembre – Mai voir texte
Nauru (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Népal	d	a	p	(b)*	t		(j)		(C)	
Nicaragua	d	a		(b)*	t				(A)	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c ° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage
(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org
voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Niger	c	a	p	b	t	m			C	
Nigéria	c° **	a	p	b	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Nioué (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Nouvelle-Calédonie (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Nouvelle-Zélande				*						
Oman	d	(a)	(p)	(b)*	(t)					
Ouganda	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**FJ « OMS : recommandée »
Ouzbékistan (ex USSR)		a	(p)	b	t				((A))	
Pakistan	d	a	p	(b)*	t		(j) (6-1)		(C)	aussi à Karachi
Palaos (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Panama	c° **	a		(b)*	(t)				(A)/(C)	**FJ « OMS : recommandée pour certaines régions »
Papouasie-Nouvelle-Guinée	d	a	p	b	t		(j)		C	
Paraguay	c°	a		(b)*	(t)				(A)	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Pérou	c° **	a		b	t				(A)/C	**FJ « OMS : recommandée pour certaines régions »
Philippines	d	a	p	b	(t)		(j)		(C)	voir texte
Pitcairn Ile (Pac.)	d	a		(b)*	(t)					
Pologne		(a)		*				(e)		
Polynésie Française (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Porto Rico (Car.)		a		(b)*	(t)					
Portugal		(a)		*						
Qatar		(a)	p	(b)*	(t)					
Rép. De Centre Afrique	c	a	p	b	t	m			C	
Rép. Dominicaine		a		(b)*	(t)				(A)	
Réunion (Oc. Ind.)	d	(a)	p	(b)*	(t)					
Roumanie		a		(b)*	(t)			(e) ?		
Russie (Féd. de -) (ex-URSS)	d	a		(b)*	(t)			(e)		

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Rwanda	c	a	p	b	t	(m)			C	
Sainte-Hélène (Oc. Atl.)	d	(a)	p	(b)*	(t)					
Sainte-Lucie (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Saint-Kitts & Nevis (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Saint-Pierre & Miquelon (Fr.)				*						
Saint-Vincent-et-Grenad. (Car.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Salomon Iles (Pac.)	d	a		b	t				C	
Samoa (Américaine / Pac.)	d	(a)		(b)*	(t)					
Sao Tomé & Principe (Oc. Atl.)	c	a	p	b	t				C	
Sénégal	c° **	a	p	b	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée »
Serbie & Montenegro (incl. Kosovo) (ex-Yougoslavie)		a		(b)*	(t)			(e)		
Sierra Leone	c	a	p	b	t	(m)			C	
Singapour	d	(a)		(b)*						

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Slovaquie		(a)		*				(e)		
Slovénie (ex-Yougoslavie)		(a)		*	(t)			(e)		
Somalie	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**FJ « OMS : recommandée »
Soudan	c° **	a	p	b	t	m			C	**FJ « OMS : recommandée & certificat peut être exigé en quittant le pays
Sri Lanka	d	a	p	(b)*	t		j		(C)	
Suède				*				(e)		
Suriname	c° **	a		(b)*	t				C	**FJ « OMS : recommandée »
Swaziland	d	a	p	b	t				C	
Syrie	d	a	(p)	(b)*	(t)				((A))	
Tadjikistan (ex USSR)		a	(p)	b	t				(C)	Juin - octobre
Taiwan		a	(p)	b	(t)		(j) (4-10)			
Tanzanie (& Zanzibar)	c° **	a	p	b	t	(m)			C	**FJ «OMS : recommandée» - les ambassades exigent le vaccin probablement
Tchad	c	a	p	b	t	m			C	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la "ceinture des méningites" (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Tchèque		(a)		*				(e)		
Thaïlande	d	a	(p)	b	(t)		(j) (5-10)		((C))	
Timor-Leste (Timor Oriental)	d	a	p	b	t		(j)		C	
Togo	c	a	p	b	t	(m)			C	
Tonga (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Trinité-et-Tobago (Car.)	d **	(a)		(b)*	(t)					**FJ « OMS : recommandée » pour Trinidad, pas pour Tobago
Tunisie	d	a	p	(b)*	(t)					
Turkménistan (ex-URSS)		a	(p)	b	t				((A))	Juin - octobre
Turquie		a	(p)	(b)*	(t)				(A)	
Tuvalu (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Ukraine		a		*	(t)			(e)		
Uruguay	d	a		*	(t)					
Vanuatu (Pac.)		a		(b)*	(t)				C	

Fièvre Jaune c = vaccination obligatoire; c^o = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l'exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n'existe pas, la vaccination est seulement exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>

Hépatite A a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage

(a) = risque moyen à faible, l'indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète

Polio p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent

Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie

Hépatite B : (*) l'indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l'hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs

Fièvre typhoïde : l'indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré

Méningite à méningocoques : indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)

m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm

Encéphalite Japonaise pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)

j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table

Encéphalite à tiques(e) (e) = seulement en cas d'activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be

(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays

((A)) = le risque est très minime et seulement dans certains régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimoustiques suffisantes en cas de risque potentiel.

PAYS	F.J.	H.A	Polio	HB *	F. Typhoïde	MNG.	Enc.JAP.	FSME	MAL.	REMARQUES (sur la malaria, sauf si autrement marqué, par ex. FJ)
Venezuela	c° **	a		(b)*	(t)				(A/C)	C : sud de l’Orénoque (Amazonie) // **FJ « OMS : recommandée »
Vierges,Iles (Car)(Britann/Amér)		(a)		(b)*	(t)					
Viêt-nam	d	a	(p)	b	t		j (5-10)		(C)	
Wake Ile (Pac.)		a		(b)*	(t)					
Yémen	d	a	p	(b)*	t				C	
Zambie		a	p	b	t	(m)			C	
Zimbabwe	d	a	p	b	t				C	Régions en-dessous de 1200 m

- Fièvre Jaune** c = vaccination obligatoire; c° = vaccination fortement conseillée à nécessaire (le pays ne l’exige peut-être pas, mais la fièvre jaune est présente ou peut être présent dans ce pays) d = dans le pays de destination la fièvre jaune n’existe pas, la vaccination est seulement exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Carte OMS: www.who.int/ith → disease distribution maps ; directives OMS détaillées: <http://www.who.int/ith/ITH2009Countrylist.pdf>
- Hépatite A** a = haut risque, vaccination fortement conseillée à nécessaire, quelles que soient la durée et les circonstances de voyage
(a) = risque moyen à faible, l’indication de la vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage. NB immunité à vie après vaccination complète
- Polio** p = le virus circule encore dans le pays ou les pays avoisinants (p) = le virus ne circule plus dans ce pays, mais est encore présent sur ce continent
Carte OMS : www.who.int/ith →disease distribution maps un rappel confère une protection à vie
- Hépatite B :** (*) l’indication de vaccination dépend en premier lieu du degré de risque dans le comportement, ainsi que – mais dans une moindre mesure - de la destination, de la durée et de la fréquence des voyages ; immunité à vie après vaccination réussie. b = pays à haut taux de porteurs du virus de l’hépatite B; (b) = pays à moyen taux de porteurs
- Fièvre typhoïde :** l’indication de vaccination dépend de la durée, du type et de la fréquence du voyage; t = pays à relativement haut risque; (t) = pays avec un risque faible à modéré
- Méningite à méningocoques :** indication pour la vaccination : en contact étroit avec la population ou pour un long voyage (au moins 4 semaines)
m = pays faisant partie de la “ceinture des méningites” (Cartes www.who.int/ith →disease distribution maps & <http://www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-Menin.aspx> : épidémies possible de fin déc. – fin juin); (m) = dans des cas exceptionnels il peut y avoir des épidémies à suivre via le site www.promedmail.org
voir aussi www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no10/03-0182-G2.htm
- Encéphalite Japonaise** pour un séjour de longue durée (au moins 4 semaines) en milieu rural, (entre parenthèses : les mois pendant lesquels il y a un risque)
j = pays avec un risque réel; (j) = seulement dans certaines circonstances bien définies (épidémies) <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/jencephalitis/qa.htm> → table
- Encéphalite à tiques(e)** (e) = seulement en cas d’activités à risque dans des régions bien définies Carte : www.zecken.de/index.php?id=502
- MALARIA :** A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: www.itg.be
(A)/(B)/(C) = la prophylaxie est uniquement conseillée dans certaines conditions dans le cadre des directives nationales avec des indications spécifiques par pays
(A) = le risque est très minime et seulement dans certaines régions : jamais de chimioprophylaxie nécessaire, mesures antimosquitosuffisantes en cas de risque potentiel.

AFRIQUE DU NORD

Il n'existe pas de risque de malaria et les mesures préventives ne sont nécessaires ni en **ALGERIE** (où il n'existait antérieurement qu'un très faible risque pour *Plasmodium vivax*, dans des foyers difficilement accessibles dans les 6 régions du sud et sud-est : Adrar, El Oued, Ghardaia, Illizi, Ouargla, Tamanrasset; exceptionnellement il y a encore des cas de maladie à *Plasmodium falciparum* dans l'extrême sud), ni au **MAROC** ni en **LIBYE**, en **TUNISIE**, ou au **SAHARA OCCIDENTAL**. Les voyageurs pour l'**EGYPTE** ne courent plus de risque vis-à-vis de la malaria. Il n'existe qu'un très faible risque de malaria dans le district de Sennoris dans le gouvernorat du Faiyûm du mois de juin au mois d'octobre (aucun cas n'a été signalé depuis 1998). Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires en zone rurale dans les régions à risque en Algérie et en Egypte, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques suffiront.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

[<http://www.mara.org.za> → maps → information on maps].

1. L'AFRIQUE DE L'OUEST ET CONGO (KIN.)

Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa (ex-Zaire), Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée (Conakry), Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République Centrafricaine, Sao Tome et Principe, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Tchad.

Il existe un risque de malaria important (sauf dans certaines régions précises, décrites dans le texte ci-dessous). Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

Mauritanie : il n'existe pas de risque de malaria dans les provinces du nord : Dakhlet-Nouadhibou et Tiris-Zemour. Par contre, il existe un risque manifeste dans la moitié sud du pays, en dessous du 22° de latitude nord, (et donc aussi dans la capitale Nouackchott). Dans les provinces d'Adrar et d'Inchiri (situées au centre du pays) il y a un risque de malaria pendant la saison des pluies (du mois de juillet au mois d'octobre). Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

2. L'AFRIQUE DE L'EST

Burundi, Comores, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, l'Ile de Mayotte (Fr), Mozambique, Ouganda, Rwanda, Soudan, Somalie, Tanzanie (et Zanzibar et Pemba), Zambie, Zimbabwe

Il existe un risque de malaria important (sauf dans certaines régions précises,

décrites dans le texte ci-dessous). Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application

Erythrée, Ethiopie : pas de risque de malaria au-dessus de 2000 m d'altitude, et donc pas dans les capitales.

Kenya : normalement il n'y a pas de risque ou le risque est très faible dans la ville de Nairobi. Par contre, un risque est manifeste dans les régions situées au-dessous de 1500 m, et plus faible (mais très variable et certainement pas inexistant) au-dessus de cette altitude. Il n'existe pas de risque dans les régions situées au-dessus de 2500 m dans les provinces suivantes : Central, Rift Valley, Eastern, Nyanza et Western Provinces. Comme la plupart des voyageurs visitent plusieurs régions, ils doivent tout de même suivre une prophylaxie contre la malaria.

Malawi : bien qu'il y ait un risque dans tout le pays durant toute l'année (OMS), le risque est le plus grand du mois de novembre au mois d'avril dans les régions situées entre 500 et 1000 m le long du Lac Malawi.

Soudan : le risque de malaria est important dans le centre et le sud du pays; dans la moitié nord du pays ce risque est assez faible et saisonnier, il est plus grand le long du Nil en amont, au Sud du Lac Nasser. Sur la côte de la Mer Rouge le risque est très faible.

Somalie : il y a un risque de paludisme durant toute l'année, dans l'entièreté du pays; dans les parties les plus au nord, le risque est faible et saisonnier ; le risque est plus élevé au centre et au sud du pays.

Tanzanie : il n'existe un risque qu'en dessous de 1800 m, mais comme la plupart des voyageurs visitent plusieurs régions, ils doivent tout de même suivre une prophylaxie contre la malaria. Il existe un risque de malaria plus faible (mais la situation reste fragile) sur les îles de Zanzibar et Pemba.

Zimbabwe : un risque de malaria subsiste tout au long de l'année dans les régions situées en dessous de 600 m (en particulier dans la vallée du Zambèze et auprès des chutes Victoria). Il existe un risque de malaria du mois de novembre au mois de juin dans les régions situées entre 600-1200 m. Par contre, ce risque n'existe guère dans les villes de Harare et de Bulawayo, ni sur les hauts plateaux situés entre ces deux villes. La plupart des voyageurs visitant plusieurs régions doivent tout de même suivre une chimioprophylaxie contre la malaria.

3. L'AFRIQUE AUSTRALE *(dans cette région il y a également un fréquent problème de "African Tick Fever", une affection fébrile provoquée par Rickettsia africae)*

Botswana : il existe un risque de malaria du mois de novembre au mois de mai/juin dans les provinces frontalières nord au dessus du 21° de latitude sud (notamment dans les districts/sous-districts de Boteti, Chobe, Ngamiland, Okavango, et Tutume). Aucun risque de malaria dans les autres régions du pays. Les recommandations de prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application. De juin à octobre on doit appliquer les mesures de protection contre les piqûres de moustiques du coucher au lever

du soleil (*). En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria !

Lesotho : pas de risque de malaria.

Namibie : il n'existe de risque de malaria que dans la partie nord :

(1) durant toute l'année dans une bande large de 100-150 km le long de toute la frontière avec l'Angola, dans les provinces de Caprivi et de l'Okavango (la région au sud du fleuve Kavango) et dans la province de Kunene (le long du fleuve Kunene); les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

(2) du mois de novembre au mois de mai/juin dans les provinces dans le nord Oshana, Oshikoto, Omusati en Ohangwena et dans les provinces Omaheke en Otjozondjupa, situées plus centrales. Dans le parc National Etosha il y a un risque de malaria du mois de novembre au mois de mai/juin. Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application. De juin à octobre on doit appliquer les mesures de protection contre les piqûres de moustiques du coucher au lever du soleil (*). En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria !

Swaziland : il existe un risque de malaria dans les régions de basse altitude de la partie est du pays : surtout en Big Bend, Mhlume, Simunye et Tshaneni.

Afrique du Sud : (http://www.malaria.org.za/Malaria_Risk/Risk_Maps/risk_maps.htm) pas de risque sur toute l'étendue du territoire, sauf (et ceci durant toute l'année) dans les savanes sèches (en dehors des grandes villes) de l'extrême nord et nord-est du pays à la frontière avec le Botswana, le Zimbabwe et le Mozambique : c'est-à-dire dans les zones de basse altitude de la province du Nord (Limpopo) dans le nord-est de la province du Transvaal oriental (nom actuel : province de Mpumalanga; y compris le parc de Krüger), et dans le nord-est de la province de KwaZulu/Natal (jusqu'à la rivière Tugela au sud de la ville de Richard's Bay). Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application entre le mois d'octobre et le mois de mai. De juin à septembre on peut prendre des médicaments antipaludiques, ou pas, mais on doit alors appliquer les mesures de protection contre les piqûres de moustiques du coucher au lever du soleil (*). En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria! Consultez la carte pour les détails.

(*) Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêchait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps.

4. SUR LES ILES SUIVANTES aucune mesure de protection contre la malaria n'est nécessaire

Les Açores & l'Île de Madère (Portugal), de La Réunion (Fr), de Saint-Hélène (UK), les Seychelles, les Canaries (Espagne), dans la plupart des îles du Cap-Vert et

sur l'île de Rodriguez de l'île Maurice.

Un risque de malaria extrêmement faible existe sur l'île de Sao Tiago (Cap-Vert) du mois d'août au mois de novembre. Pour les personnes qui y passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) y sont suffisantes pour prévenir la malaria (en cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria), et l'OMS n'avise plus la prise de chimioprophylaxie.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques).

NOTE 1

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration dans le sang efficace de **LARIAM®** dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE®**, habituellement très bien toléré, est un excellent choix. La Malarone peut être utilisée pendant plusieurs mois (mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé).

DOXYCYCLINE: 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de médecine du voyage.

DIARRHÉE

La DIARRHÉE est un problème fréquent lors de voyages. Même lorsqu'on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et des

<http://www.itg.be> - rédacteur A. Van Gompel – IMT
médicaments adaptés dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte
“la diarrhée des voyageurs” pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion sous les tropiques, et aussi dans une moindre mesure en Afrique. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d’informations : Voir www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIONS

La vaccination contre la FIEVRE JAUNE EST NECESSAIRE pour les pays où sévit potentiellement la maladie (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS). Cette mesure n’est pas exigée par tous ces pays, mais la vaccination permet d’éviter des problèmes lors du passage d’une frontière ou lors de transit à travers des pays qui l’exigent. La vaccination est donc exigée pour: Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, République Centrafricaine, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée équatoriale, Guinée (Conakry), Guinée Bissau, Côte d’Ivoire, Cameroun, Kenya (risque bas dans les villes Nairobi et Mombasa; à partir de l’âge de 9 mois), Liberia, Mali (*), Mauritanie (*), Niger (*), Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tome et Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan (*un certificat de vaccination est nécessaire pour les voyageurs à partir de l’âge de 9 mois qui proviennent d’une région où la fièvre jaune peut exister et un certificat peut être exigé pour les voyageurs qui quittent Soudan*), Somalie, Tanzanie et Zanzibar, Togo, Tchad (*)

(*) (*pour tous les voyageurs âgés de plus de 9 mois qui voyagent dans les zones au Sud du désert du Sahara*)

Certains pays ne l’exigent que lorsqu’on provient de l’un des pays mentionnés ci-dessous (la vaccination n'est pas requise si vous venez directement de Belgique) : Algérie, Botswana, Cap-Vert, Djibouti, Egypte (*les passagers en transit provenant d’une région où la fièvre jaune existe et qui ne possèdent pas de certificat de vaccination ne peuvent pas quitter l’avion*), Lesotho, Libye, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Réunion, Seychelles, Sainte Hélène, Swaziland, Zambie, Zimbabwe, Afrique du Sud.

- Voyager en Afrique est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins contre le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE.
- Tous les voyageurs en Afrique, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l’HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOIDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la

vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée.

Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".

- Dans certaines situations spécifiques, la vaccination contre la RAGE et/ou la MENINGITE À MENINGOCOQUES ACW-135Y doit être envisagée.

LE PROCHE ET LE MOYEN ORIENT

Il n'y pas de malaria au **BAHREIN**, aux **EMIRATS ARABES UNIS**, en **ISRAEL**, en **JORDANIE**, au **KOWEIT**, au **LIBAN** et au **QATAR**. Le risque est très faible dans certaines régions isolées d'**OMAN** et de **SYRIE**, et des mesures préventives ne sont pas nécessaires.

AFGHANISTAN : Il existe un risque de malaria dans les régions situées au-dessous de 2000 m, de mai à novembre (surtout forme bénigne à *Plasmodium vivax*, mais malheureusement aussi la forme dangereuse de malaria à *Plasmodium falciparum*). Il n'y pas de risque dans le centre et l'est du pays, au-dessus de 2000 m d'altitude. Il n'y pas de risque significatif dans la ville de Kaboul. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale à risque, dans les petites villes ou dans la périphérie des grandes villes, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

IRAN : Il existe un risque limité de malaria du mois de mars au mois de novembre dans un certain nombre de provinces du pays :

- du mois de mai au mois de novembre (pendant l'été) dans les provinces de Ardebil et East Azerbijan (situées au nord du massif montagneux de Zagros) exclusivement la forme bénigne de malaria à *Plasmodium vivax*): prophylaxie voir **NOTE 1**.
- du mois de mars au mois de novembre dans quelques provinces du sud-est du pays (zone à climat tropical de l'Iran) dont la province de Hormozgan,, et dans le sud de la province de Sistan & Baluchestan et dans la partie tropicale de la province de Kerman. Comme il a été rapporté des cas de résistance à la chloroquine, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

IRAQ : Il existe uniquement un risque de malaria bénigne (exclusivement à *Plasmodium vivax*) du mois de mai au mois de novembre dans les régions en dessous de 1500 m d'altitude dans les provinces situées au nord du 35e degré de latitude (provinces de (Duhok, Erbil, Sulaimaniya), et aussi dans quelques foyers isolés de la province de Bassora dans l'extrême sud du pays à la frontière avec l'Iran. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale à risque, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application.

OMAN : Très faible risque dans certaines régions isolées (province du Musandam, à l'extrémité de la presqu'île, au nord du pays). Il n'y a plus eu de cas de malaria signalés depuis 2003. En principe aucune chimioprophylaxie n'est nécessaire.

PAKISTAN : Il n’y a pas de risque de malaria dans les régions situées au-dessus de 2000 m d’altitude (c’est-à-dire dans les hautes régions de l’extrême nord du pays), ni dans les centres des grandes villes. Pour le reste du pays, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d’application.

ARABIE SAOUDITE : Il n’y a de risque de malaria qu’à la côte sud-ouest, dans la Province de l’Ouest “South Western region” (en particulier dans la région frontalière avec le Yémen et dans la région côtière de la Mer Rouge), pas de malaria dans les villes de Jeddah, La Mecque, Taif & Medine. Il n’y a pas de risque de malaria dans les autres provinces (Provinces du Centre, de l’Est et du Nord), ni dans les zones de haute altitude de la Province d’Azir. Lors de voyages aventureux dans les régions à risque susmentionnées, les recommandations de prévention de la malaria sont expliquées dans la **NOTE 2**.

SYRIE (République arabe syrienne) : Il existe un risque restreint et focal de malaria limité à un certain nombre de foyers dans des régions rurales du El Hasaka Governorate au Nord-Est du pays dans la zone frontalière avec l’Iraq), du mois de mai au mois d’octobre (aucun cas n’a été signalé depuis 2005; il s’agit exclusivement de malaria bénigne à *Plasmodium vivax*). Dans le reste du pays, il n’y a pas de risque de malaria. Selon l’OMS, il n’est pas nécessaire de prendre des mesures préventives contre le paludisme.

TURQUIE : Il existe un risque restreint de malaria limité à un certain nombre de foyers dans des régions rurales du sud du pays, situées dans une bande frontalière étroite avec la Syrie (Sud de l’Anatolie), du mois de mai au mois de octobre (il s’agit exclusivement de malaria bénigne à *Plasmodium vivax*): depuis la région entourant les villes côtières de Mersin et d’Adana, les régions de Çukurova/Amikova, jusqu’à la frontière irakienne. Lors de voyages aventureux dans ces régions, les recommandations de prévention de malaria sont décrites dans la **NOTE 1**.

YEMEN : Il n’existe pas de risque de malaria dans la capitale San’a. Il existe par contre un risque de malaria dans tout le reste du pays, mais ce risque est minime de mars à août; les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont en général suffisantes dans cette période. Du mois de septembre au mois de février, lors de voyages aventureux dans des conditions rudimentaires dans ces régions, les recommandations de prévention de la malaria sont décrites dans la **NOTE 2**. Aussi sur **l’île de Socotra** existe un risque, mais faible (du mois de mars au mois d’août) ; les mesures contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit y sont suffisantes. En cas de fièvre il faut penser à la possibilité d’une crise de paludisme.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, dans les petites villes ou parfois dans la périphérie des grandes villes, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques), et la prise des comprimés suivants est indispensable :

*NB. Après un entretien d'information approfondi avec un **médecin spécialisé** et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour (<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Malarone®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.*

NOTE 1

NIVAQUINE®, 3 comprimés par semaine, en une prise. Ce médicament doit être pris depuis la semaine précédant le départ et continué jusqu'à 4 semaines après le retour.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration dans le sang efficace de **LARIAM®** dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE®**, habituellement très bien tolérée, est un excellent choix. La Malarone peut être utilisée pendant plusieurs mois (mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé).

DOXYCYCLINE : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors de voyages. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et de bons médicaments dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte "la diarrhée des voyageurs" pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion sous les tropiques; depuis quelques années il y a aussi des épidémies de Chikungunya en Asie. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue. Plus d'informations : Voir www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → "disease distribution maps"

VACCINATIONS

- Aucune vaccination n'est obligatoire.
- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas exigé si vous partez de Belgique. Si vous partez d'un pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du Sud), voir (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), les pays comme l'Afghanistan, le Bahrein, l'Iraq, la Jordanie, l'Oman, l'Arabie saoudite et la Syrie exigent le vaccin et ce à partir de l'âge d'un an et pour le Pakistan à partir de l'âge de 6 mois et le Liban à partir de l'âge de 6 mois.
- Voyager en Asie est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE.
- Tous les voyageurs en Asie, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l'HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOIDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée. Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".
- Les pèlerins vers la Mecque doivent être vaccinés contre la MENINGITE À MENINGOCOQUE ACW-135Y.

- Dans certaines circonstances spécifiques la vaccination contre la RAGE doit être envisagée.

Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

INDE – SRI LANKA – MALDIVES – NEPAL –
BANGLADESH – BHOUTAN – BIRMANIE (MYANMAR)

INDE : **Carte du paludisme en Inde:** <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/India2007.pdf>

En Inde, il y a un risque de transmission de la malaria (et aussi sur les îles Andaman et Nicobar), mais **celui-ci varie fortement** en fonction des régions et de la saison; le risque peut aussi varier fortement d'une année à l'autre. Il nous est impossible de préciser les lieux exacts ou les saisons à risque en raison de l'absence de données fiables sur les zones actuellement impaludées.

En résumé nous pouvons dire :

- Pour les personnes qui en Inde vont séjourner dans de bonnes conditions de logement (exclusivement dans des hôtels de luxe), les mesures contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes.
- Pour tous les autres voyageurs (aussi pour ceux qui voyagent en train pendant la nuit) les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application

Carte du paludisme en Inde: <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/India2007.pdf>

No risk > 2000m	B variable limited risk (Nota 1)	C variable elevated risk (Nota 1)	
1. Jammu & Kashmir	4. Punjab	13. Gujarat	23. Arunachal Pradesh
2. Sikkim	5. Haryana	14. Madhya Pradesh	24. Assam
3. Himachal Pradesh	6. Uttaranchal	15. Chhatisgarh	25. Nagaland
	7. Rajasthan	16. Jharkhand	26. Manipur
	8. Uttar Pradesh	17. Orissa	27. Tripura
	9. Bihar	18. Maharashtra	28. Mizoram
	10. Andhra Pradesh	19. Goa	29. Andaman & Nicobar
	11. Kerla	20. Karnataka	23. Arunachal Pradesh
	12. Tamilnadu	21. Bengale	24. Assam
		22. Meghalaya	

1/ il n'ya **pas de risque de malaria** au-dessus de 2000m dans les régions montagneuses des états du nord : *Kashmir, Jammu, Sikkim et Himachal Pradesh*. Aucune mesure préventive n'y est donc nécessaire.

2/ Le risque de malaria est **faible voire inexistant** *dans les centres des grandes villes* et **relativement faible** dans la partie sud du continent indien, notamment *au sud de la ligne reliant Madras, Bangalore et Mangalore*. Ici, pour les voyageurs qui passent leurs nuits dans des circonstances primitives, les recommandations de prévention de

malaria expliquées dans la **NOTE 1** (Malarone ®; Lariam ®) sont d'application.

3/ Le risque de contracter **une malaria (*P.falciparum*) résistante** est **plus élevé** dans les régions nord-est (= dans la région de l'état d'*Assam*, située entre le Bangladesh, la Chine et le Myanmar), sur les *Iles Andaman et Nicobar*, dans les états de *Chhattisgarh, Goa, Gujarat, Jharkhand, Karnataka* (à l'exception de Bangalore), *Madhya Pradesh, Maharashtra* (à l'exception de Mumbai, Nagpur, Nasik et Pune), *Orissia et l'ouest de Bengal* (à l'exception de Kolkata). Ici les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** (Malarone ®, doxycycline, Lariam ®) sont d'application

SRI LANKA : Il n'y a **pas de risque** dans les districts de Colombo, Galle, Gampaha (situé au nord de Colombo), Kalutara, & Matara (situés au sud de Colombo), ni dans le district de Nuwara Eliya www.malariajournal.com/content/2/1/22 figure 1 & 2 au centre du pays : des mesures préventives contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont suffisantes.

Dans le reste du pays, dans les régions en dessous de 800 m (et il s'agit de la majeure partie du territoire), il existe un **risque variable mais relativement bas** : pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement (exclusivement dans des hôtels de luxe), les mesures contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes. Pour les autres voyageurs les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application. En cas de fièvre, on doit toujours penser à une malaria!

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Sri Lanka

MALDIVES : Il n'y a pas de risque de malaria.

NEPAL : Il n'y existe un risque de malaria (principalement du paludisme à *P. vivax*) que dans certaines zones rurales dans le Terai, provinces situés dans le sud du pays à la frontière avec l'Inde, à une altitude inférieure à 1200 m. Il y a encore occasionnellement des épidémies de paludisme à *Plasmodium falciparum*, entre juillet et octobre. Le risque de paludisme à *P. vivax* est également saisonnier. Dans le reste du Népal et en particulier dans la capitale Katmandou, il n'y a pas de risque de malaria. Pour les districts endémiques du Terai surtout dans la zone frontalière avec l'Inde, les recommandations de prévention de malaria sont décrites dans la **NOTE 1**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Nepal

BANGLADESH : Il existe un risque de transmission de la malaria : ce risque est **très faible voire inexistant** dans les grandes villes (dans la capitale Dhakka et Chittagong); les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) y sont donc suffisantes.

Dans les “Chittagong Hill Tract districts”, les districts frontaliers du nord et de l’est du pays, le long de la frontière avec la région d’Assam, en Inde, et avec la Birmanie, dans les zones et les lisières forestières et les contreforts des montagnes (notamment à Sylhet, Moulavibazar, Habiganj, Sunaganj, Netrokona, Mymensingh, Sherpur, Kurigram, Cox’s Bazar, Bandarban, Rangamati, Chittagong, Khagrachar), le risque de contracter une malaria est important, les recommandations de prévention de malaria sont expliquées dans la **NOTE 1** (la résistance à la Nivaquine est fréquente).

Dans le reste du Bangladesh (donc en dehors de la capitale Dhakka et en dehors des provinces frontalières avec la Birmanie), il existe un risque **variable** : pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement (exclusivement dans des hôtels de luxe), les mesures contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont suffisantes. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria! Pour les autres voyageurs les recommandations de prévention de la malaria sont expliquées dans la **NOTE 1**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Bangladesh

BHOUTAN : Il n’y a pas de risque de malaria dans les régions situées au-dessus de 1700 m, ni dans la capitale Thimbu. Il y a seulement un risque de malaria dans les régions rurales des 5 districts du sud du pays à la frontière avec l’Inde, situées en dessous de 1700 m : (Chhukha, Samchi, Samdrup Jongkhar, Geylegphug et Shemgang). Les recommandations de prévention de malaria sont expliquées dans la **NOTE 1**.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Bhutan

MYANMAR (BIRMANIE) : Il n’y a **pas de risque** de malaria dans les villes de Yangon (Rangoon) et de Mandelei. Par contre il existe un risque variable de malaria dans les régions situées à moins de 1000 m d’altitude.

- Pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement (exclusivement dans des hôtels de luxe) dans les grands sites touristiques, les mesures contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes. (en cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria)
- Pour les autres voyageurs les recommandations de prévention de malaria à suivre sont variables selon le risque:
 - (a) toute l’année dans l’état de Karen (Kayin), dans la zone frontalière avec la Thaïlande (**NOTE 2**)
 - (b) risque en fonction de la saison :
 - (c) de mars à décembre dans les états de l’est; Kachin, Kayah, Shan, les mesures de **NOTE 2** sont d’application; dans les autres états; Chin, Mmon, Rakhine, et dans les province de Pegu, Hlegu en Hmawbi, ainsi que dans les communes Taikkyi de la province de Yangon (anciennement Rangoon) les mesures de **NOTE 1** sont d’application.

- d'avril à décembre dans les zones rurales de la province de Tenasserim (**NOTE 1**)
- **de mai à décembre** dans la province de Irrawaddy et les zones rurales de la province de Mandalay. Dans ces régions touristiques dans la plaine centrale entre Mandalay et Yangon (Rangoon), où la fleuve Irrawady coule, le risque de malaria est très faible, surtout vers l'est. Ici, les mesures préventives contre les piqûres de moustique sont suffisantes lors d'un séjour dans de bonnes conditions.
- de juin à novembre dans les zones rurales de la province de Magwe et dans la province de Sagaing. (**NOTE 1**)

En pratique, il existe un taux de résistance élevé contre le Lariam® dans les provinces orientales frontalières de la Thaïlande.(CDC 2010): les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont alors d'application.

(CDC 2010 <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm. → Myanmar

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, dans les petites villes ou dans la périphérie des grandes villes, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques) et la prise du médicament ou de la combinaison des médicaments suivants est toujours indispensable.

*NB. Après un entretien d'information approfondi avec un **médecin spécialisé** et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour*

(<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Malarone®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.

NOTE 1

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration dans le sang efficace de **LARIAM®** dès l'arrivée, il est nécessaire

d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE**®, habituellement très bien tolérée, est un excellent choix. La Malarone peut être utilisée pendant plusieurs mois (mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé).

DOXYCYCLINE : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

Tout cela mérite d'être discuté et adapté de manière individuelle avec votre médecin ou le médecin d'un centre de médecine du voyage.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour à commencer 1 jour avant le départ jusqu'à 7 jours après le retour) OU **DOXYCYCLINE** : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La doxycycline peut être prise plusieurs mois.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors d'un voyage. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et des médicaments adaptés dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte "la diarrhée des voyageurs" pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion en Amérique latine et en Asie et dans une moindre mesure en Afrique ; depuis quelques années il y a aussi des épidémies de Chikungunya en Asie. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d'informations : voire www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → "disease distribution maps"

VACCINATIONS

- Aucune vaccination n'est obligatoire.
- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas exigé si vous partez de Belgique. Si vous partez d'un pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du Sud, voir (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), vous devez être vacciné pour l'Inde, Sri Lanka, Bangladesh, Nepal, Bhoutan, Maldives, et ce à partir de l'âge d'un an (pour l'Inde à partir de l'âge de 6 mois).
- Le voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE.
- Tous les voyageurs en Asie, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l'HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOIDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée.
Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".
- Les personnes séjournant au moins 4 semaines dans des conditions rudimentaires dans des zones rurales, ou qui vont vivre longtemps dans ces pays, doivent envisager la vaccination contre l'ENCEPHALITE JAPONAISE, et éventuellement contre la RAGE.

Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

THAÏLANDE – MALAISIE – INDONESIE – PHILIPPINES – PAPOUASIE- NOUVELLE GUINEE – BRUNEI – SINGAPOUR - TIMOR EST

THAÏLANDE : **Pas de risque de malaria**, ni à Bangkok ni dans les autres grandes villes, ni dans les endroits touristiques principaux comme Chiang Mai, Chiang Rai, Pattaya et les îles Phuket & Ko Phi Phi, Ko Samui ou Ko Samet.

Le risque de malaria est **très faible** dans pratiquement tous les endroits touristiques, y compris la région de la rivière Kwai et sur l'île de Ko Phangan; il y a bien un faible risque sur les îles à l'est (Ko Chang, Ko Mak, Ko Kut); des mesures de protection contre les piqûres de moustiques entre le coucher et le lever du soleil sont suffisantes lorsque l'on voyage dans de bonnes conditions dans les environs de la rivière Kwai et sur les îles déjà citées. La prise de médicaments contre la malaria n'est pas nécessaire pour l'immense majorité des voyageurs pour la Thaïlande, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes. Pour les personnes qui visitent durant la journée une région où sévit la malaria et qui retournent le soir dans de bons hôtels (par exemple les excursions dans la jungle aux alentours de Chiang Mai et Chiang Rai), la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria.

Pour les personnes qui, au départ de Chiang Mai et Chang Rai, entreprennent des excursions organisées en montagne avec plusieurs nuitées (dès une seule nuit) sur place, ou pour les touristes qui visitent les îles situées à l'est (Ko Chang, Ko Mak et Ko Kut), avec les nuitées dans des conditions rudimentaires & aventureuses, une prophylaxie antipaludéenne doit être prise. cf. **NOTE 2**, Malarone[®] ou doxycycline.

Il y a en outre un **risque de malaria** durant toute l'année dans différentes régions rurales boisées dans l'ensemble du pays, mais surtout dans les provinces frontalières (y compris dans l'extrême Sud); il y a **un risque local très élevé** dans un certain nombre de provinces situées à la frontière du Myanmar (surtout à partir de la province de Tak), et il existe des foyers à risque élevé à la frontière du Cambodge (surtout la province de Trat). En pratique, il existe un taux de résistance élevé contre le Lariam[®] dans toutes les régions frontalières du Myanmar (Birmanie) et du Cambodge.(CDC 2010 <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

Pour un séjour de 1 nuit ou plus en zone rurale dans des conditions rudimentaires des mesures de prévention de malaria supplémentaires sont souvent nécessaires : cf. **NOTE 2**, Malarone[®] ou doxycycline.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Thailand

MALAISIE : Pas de risque de malaria ni dans les régions côtières, ni dans les villes, ni dans la plupart des régions touristiques. Le risque de paludisme n'existe que dans des foyers limités au fond de l'arrière-pays. Pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes; pour celles qui visitent une région de malaria durant la journée et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil.

Il existe un risque réel de malaria (bien que faible) pour les voyageurs passant leurs nuits (2 ou plus) dans des conditions rudimentaires dans la jungle à l'intérieur du pays : dans les provinces de Sarawak et Sabah (sur l'île de Borneo) et dans les provinces de Kelantan, Perak et Pahang, sur la presqu'île de Malakka et aussi dans le Parc National de Taman Negara. Il n'y a pas de risque dans les sites touristiques de Cameron Highlands. Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application.

INDONESIE : Pas de risque de malaria dans les grandes villes de presque toutes les îles de l'Indonésie, sauf dans la partie ouest de la Nouvelle-Guinée. Si on passe donc seulement la nuit dans ces grandes villes, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes. Il n'y a pratiquement pas de risque de malaria dans les régions touristiques (WHO : "tourist resorts") de Java (excepté dans les environs des temples de Borobudur), Bali et le sud-ouest de Sulawesi.

Il y a un risque de paludisme toute l'année et dans toutes les régions des 5 provinces de l'Est East Nusa Tenggara, Maluku, North Maluku, Papua en West Papua. Dans le reste de l'Indonésie il y un **risque de malaria variable** dans certaines régions. Pour un voyage touristique bien organisé avec des nuitées exclusivement dans des hôtels de luxe, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont essentielles et suffisantes comme protection contre la malaria. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria. Lors de voyages dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, il est conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée et la prise de médicaments préventifs est nécessaire (voir **NOTE 1**).

Dans certaines circonstances **le risque de malaria est plus élevé**, et la prise de médicaments préventifs est impérative (cf. **NOTE 1**):

- (1) pour un séjour de n'importe quelle durée sur l'île Irian Jaya (partie ouest de la Nouvelle Guinée)
- (2) pour des voyages dans des conditions rudimentaires, dans des régions isolées e.a. à Sumatra, Lombok ou dans les îles situées à l'est telles que Kilamantan (Bornéo), Flores, Moluques, le nord de Sulawesi, Timor, etc.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Indonesia

PHILIPPINES : Pas de risque de malaria ni à Manille ni dans les autres grandes villes, ni sur les îles de Aklan, Albay, Benguet, Bilaran, Bohol, Camiguin, Capiz, Catanduanes, Cavite, Cebu, Guimaras, Iloilo, Northern & Southern Leyte, Marinduque, Masbate, Eastern & Western & Northern Samar, Sequijor, Sorsogon, Surigao Del Norte, ni dans les plaines et les régions situées au-dessus de 600 m.

Dans les autres îles (dont Luzon), il y a un risque **variable** de malaria en fonction des conditions locales. Pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement, avec des nuitées exclusivement dans des hôtels de luxe, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes.

Pour les voyages dans des conditions rudimentaires en zone rurale isolée en dehors des circuits touristiques ou dans de petites villes, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

http://hdr.undp.org/docs/publications/background_papers/2003/Philippines/Philippines_2003_Annex_1.pdf

TIMOR EST : voir NOTE 1

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Timor Leste

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE : Un risque de malaria est présent dans les régions situées à moins de 1 800 m d'altitude. Le schéma prophylactique conseillé est décrit dans la NOTE 1.

MELANESIE :

- **VANUATU** (Le risque de malaria est considérable, sauf sur l'île de Futuna) cf. NOTE 1.
- **LES ILES SALOMON** (Le risque de malaria est considérable sur la plupart des îles, excepté sur quelques îles dans l'Est et le Sud). cf. NOTE 1.
- Pas de risque de malaria ni au **BRUNEI** (l'île de Borneo), ni à **SINGAPOUR**, ni sur les autres îles du **PACIFIQUE**, en **AUSTRALIE** ou en **NOUVELLE ZELANDE**.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêchait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pour les personnes qui passent leurs

nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, dans les petites villes ou dans la périphérie des grandes villes, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques), et la prise du médicament ou de l'association des médicaments suivants est indispensable:

*NB. Après un entretien d'information approfondi avec un **médecin spécialisé** et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour*

(<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Malarone®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.

NOTE 1

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration efficace dans le sang de **LARIAM®** dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE®**, habituellement très bien tolérée, est un excellent choix. La Malarone peut être poursuivie plus longtemps que 4 semaines, mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé.

DOXYCYCLINE : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

En Thaïlande, les infrastructures médicales permettent de poser un diagnostic de malaria et de la traiter convenablement. Tout cela mérite d'être discuté et adapté de manière individuelle avec votre médecin ou le médecin d'un centre de médecine du voyage.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour, depuis 1 jour avant le départ jusqu'à 7 jours après le retour)
OU **DOXYCYCLINE** : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le

repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors de voyage. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et des médicaments adaptés dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte “la diarrhée des voyageurs” pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion en Amérique latine et en Asie et dans une moindre mesure en Afrique ; depuis quelques années il y a aussi des épidémies de Chikungunya en Asie. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d’informations: voir www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → “disease distribution maps”

VACCINATIONS

- Aucune vaccination n'est obligatoire.
- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas exigé si vous partez de Belgique. Il n’y a pas de risque de fièvre jaune. Si vous partez d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud voir (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS) vous devez être vacciné pour la Thaïlande, la Malaisie, l'Indonésie, le Timor Est, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, Brunéi et Singapour, et ceci à partir de l'âge d'un an, et pour la Thaïlande et l'Indonésie à partir de l'âge de 9 mois.
- Un voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE. Tous les voyageurs en Asie, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l’HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOÏDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l’HEPATITE B doit être recommandée.
Pour les détails, consultez le texte “vaccinations ”.
- Les personnes séjournant au moins 4 semaines dans des conditions rudimentaires dans des zones rurales, ou qui vont y vivre longtemps, doivent envisager la vaccination contre l’ENCEPHALITE JAPONAISE, et éventuellement contre la RAGE.

Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

CHINE - CAMBODGE – JAPON - LAOS - COREE - MONGOLIE - VIETNAM

CHINE :

Il n'y a pas de risque de malaria dans les grandes villes ni au dessus de 1500m. Dans les régions touristiques de la Chine, le risque de malaria est extrêmement faible voire inexistant. Les dernières années, les cas de paludisme ont fortement diminué dans tout le pays. Aucune mesure préventive n'est donc nécessaire pour les touristes en général, ni pour les routards, le long de la "route de la soie", ni pour les touristes qui font une croisière sur la fleuve Yangtze. Dans les zones rurales dans la région au sud du 33^{ème} degré de latitude, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont certainement suffisantes.

Informations destinées au voyageur aventureux:

- Il n'existe aucun risque de malaria dans les provinces du nord du Heilongjiang, Jilin, Nei Monggol, Beijing, Shanxi, Ningxia, Qinghai, ni dans les provinces de l'ouest du Gansu, Xinjiang (sauf le long de la rivière Yili) et de Xizang (sauf un foyer dans l'extrême sud-est de cette province dans la vallée du Zangbo, où la rivière traverse la frontière avec le Myanmar). Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit suffisent.

- Dans quelques régions méridionales dans la province de **Yunnan** (située dans l'extrême sud de la Chine, dans la région frontalière avec le Laos, le Vietnam et le Myanmar) et dans quelques régions méridionales de l'île de **Hainan** il y a un risque de malaria tout au long de l'année dans les régions situées en dessous de 1500 m, et seulement en dehors des villes.

Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

- Le risque de malaria est aléatoire mais assez limité dans le reste de la partie sud-est de la Chine, et seulement dans les régions isolées en dessous de 1500 m, hors des villes, des régions peuplées et des routes touristiques. (foyers dans quelques provinces centrales et méridionales, e.a. Anhui, Henan, Hubei, Ghuizhou et Jiangsu). Il s'agit seulement de malaria par *P. vivax*
 - au-dessus du 33° de latitude nord, il n'y a un risque que de juillet à novembre.
 - entre les 33 et 25° de latitude nord, il n'y a un risque que de mai à décembre.
 - en dessous du 25° de latitude nord, notamment dans la province Guanxi, le risque de malaria existe tout au long de l'année.

Les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application pour les personnes qui passent leur nuit en zone rurale dans des conditions rudimentaires.

http://www.wpro.who.int/sites/mvp/epidemiology/malaria/chn_maps.htm

CAMBODGE:

http://www.wpro.who.int/sites/mvp/data/mal_10.htm

<http://www.cambodia.net/malaria> → malaria area map

Il y a un risque de malaria dans tout le pays, excepté dans les régions suivantes où le risque est **faible voire inexistant**:

- dans la capitale Phnom Penh et ses alentours
- en aval du fleuve de Mekong entre Phnom Penh et l'affluent Tonle Bassac (jusqu'à la frontière avec le Vietnam)
- en amont du fleuve de Mekong, le long de la rivière, entre Phnom Penh et le lac Tonle Sap, au lac Tonle Sap et alentours.
- à la ville de Siem-Riep le risque est inexistant ou très faible, aussi dans la site de Angkor Wat le risque de malaria est négligeable
- dans le centre des capitales des autres provinces (sauf à Prey Vihar, Rattanakiri, Mondolkiri, où il y a **effectivement un risque**).
- **il existe un faible risque** sur la côte, donc aussi sur les plages pendant les soirées et les nuits, entre autres à Kep et Sihanoukville et sur les îles côtières (Ko Kong - Ko Rung - Ko Rung Sanloem)

Pour un voyage touristique bien organisé avec des nuitées exclusivement dans des hôtels de luxe, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes, et la prise de médicaments contre la malaria n'est pas nécessaire. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria.

Sinon, les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

Dans les provinces occidentales du Cambodge, frontalières avec la Thaïlande, il existe de la résistance au Lariam (et une tolérance à (ou perte d'efficacité de) l'artésunate): les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 3** sont alors d'application. (CDC 2010 - <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

COREE :

Il existe un risque très faible – exclusivement sous la forme bénigne à *P. vivax* - dans des foyers éloignés dans le nord de la **Corée du Sud** (République de Corée) (nord-ouest de la rivière Imjin, dans les provinces de Kuyunggi-Do et Gangwon-Do, provinces à la frontière vers le nord) et dans certaines zones limitrophes dans le sud de la **Corée du Nord** (République démocratique de Corée): la chimioprophylaxie anti-malaria n'est pas nécessaire, protection contre les moustiques si nécessaire.

http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → Korea

JAPON (il n'existe pas de malaria): aucune mesure à prendre.

LAOS:

Pas de risque de malaria dans la capitale Vientiane, et faible risque dans la ville de Luang Prabang : pour un voyage touristique bien organisé avec des nuitées exclusivement dans des hôtels de luxe, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes, et la prise de médicaments contre la malaria n'est pas nécessaire. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria. Dans le reste du pays les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

MONGOLIE: Il n'existe pas de malaria

VIETNAM:

- Il y a un risque de malaria dans tout le pays, **sauf** dans les grandes villes comme Hanoi, Danang, Nha Trang, Ho Chi Minh, etc, et dans le delta du Fleuve Rouge (dans le delta du Mekong, et sur les îles de Dao Phu Quoc - Dao Tho Chu le risque est très faible).
- Il n'existe pas de risque de malaria dans les plaines côtières dans le centre du Vietnam au nord de Nha Trang.
- Il existe un **risque de malaria**
 - (1) au sud du 18° degré de latitude à l'intérieur du pays, sur les hauts plateaux et les collines boisées en dessous de 1500 m. particulièrement dans les 4 provinces des hautes terres centrales: Dak Lak, Dak Nong, Gia Lai et Kon Tum,
 - (2) dans la province Binh Phuoc,
 - (3) dans les régions occidentales des provinces côtières Quang Tri, Quang Nam, Ninh Thuan et Khanh Hoa.

Pour les personnes qui vont séjourner dans de bonnes conditions de logement dans les villes, les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes (en cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria). Pour les autres voyageurs les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

Il y a une résistance importante au Lariam dans la partie centrale du pays (entre le 15^{ième} et 11^{ième} de latitude nord) jusqu'à la frontière du Cambodge. Dans ces régions, la prise de Malarone[®] ou la Doxycycline est indiquée. (CDC 2010 - <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2010/chapter-2/malaria.aspx>).

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer

d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, dans les petites villes ou dans la périphérie des grandes villes, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques), et la prise des médicaments suivants est indispensable :

NB. Après un entretien d'information approfondi avec un **médecin spécialisé** et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour (<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Malarone®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.

NOTE 1

NIVAQUINE®, 3 comprimés par semaine, en une prise. Ce médicament doit être pris depuis la veille du départ et continué jusqu'à 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration dans le sang efficace de **LARIAM®** dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam® est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire. Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE®**, habituellement très bien tolérée, est un excellent choix. La Malarone peut être poursuivie plus longtemps que 4 semaines, mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé.

DOXYCYCLINE : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de

malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

Au Vietnam, les structures hospitalières sont relativement bien développées et dans la plupart des endroits, il est possible de diagnostiquer et de traiter correctement une malaria. Tout cela mérite d'être discuté et adapté de manière individuelle avec votre médecin ou le médecin d'un centre de médecine du voyage.

NOTE 3

MALARONE[®] (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour) ou **DOXYCYCLINE**: 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prescrite pendant plusieurs mois. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors de voyage. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et des médicaments adaptés dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte "la diarrhée des voyageurs" pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion en Amérique latine et en Asie et dans une moindre mesure en Afrique ; depuis quelques années il y a aussi des épidémies de Chikungunya en Asie. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d'informations: voir www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → "disease distribution maps"

VACCINATIONS

- Aucune vaccination n'est obligatoire.
- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas exigé si vous arrivez de Belgique. Il n'y a pas de risque de fièvre jaune. Si vous partez d'un pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du Sud, voir (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), la Chine, le Cambodge, La Corée du Nord , le Laos et le Vietnam exigent le vaccin et ce à partir de l'âge d'un an.
- Un voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE.
- Quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, l'OMS conseille à tous les voyageurs en Asie/Océanie, d'être protégé contre l'hépatite A. La vaccination contre l'HEPATITE A est particulièrement recommandée pour toutes personnes (1) qui voyagent

dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (par ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans ces cas, une vaccination contre la FIEVRE TYPHOÏDE est également conseillée. Dans beaucoup de situations, la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée. Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".

- Les personnes séjournant au moins 4 semaines dans des conditions rudimentaires dans des zones rurales, ou qui vont y vivre longtemps doivent envisager la vaccination contre l'ENCEPHALITE JAPONAISE (pas pour la Mongolie) , et éventuellement contre la RAGE.

Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

AMERIQUE CENTRALE – CARAIBES

http://www.paho.org/English/HCP/HCT/malaria_PPTindex.htm

BELIZE : Pas de risque de malaria au centre des grandes villes. Il y a un risque de malaria (presque exclusivement par *P. vivax*) dans tous les districts, mais le risque varie dans toutes les régions. Le risque est le plus élevé dans les districts de Toledo et de Stan Creek ; modéré à Corozal et Cayo et bas à Belize et les districts de Corozal et de Orange Walk. Pas de cas de *P. falciparum* noté. Seulement pour les séjours aventureux dans les régions rurales (surtout dans les régions du sud du pays), les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

LES CARAIBES : Pas de risque de malaria, sauf en **HAITI** (voyez plus bas) et (en moindre mesure) en **REPUBLIQUE DOMINICAINE** et la **JAMAÏQUE** (exclusivement dans certains quartiers de la capitale Kingston : St Andrew Parish) (voyez plus bas).

COSTA RICA : Dans une grande partie du pays, il n'y a pas de risque significatif de malaria. Il n'y a pas de risque de malaria dans les régions situées au-dessus de 500 m, ni dans les villes. Il y a un risque modéré de malaria (presque exclusivement la malaria bénigne à *Plasmodium vivax*) pendant toute l'année dans le province de Limón et avec un risque le plus élevé dans le canton Matina. Risque négligeable ou pas de risque dans les autres cantons du pays. Seulement pour les séjours aventureux dans les régions rurales de ces régions les recommandations de la **NOTE 1** sont d'application.

CUBA: pas de risque de malaria.

REPUBLIQUE DOMINICAINE : Dans la plus grande partie du pays, il n'y a aucun risque de malaria. Un risque limité de malaria existe dans les régions rurales. Dans les provinces frontalières avec Haïti le risque est plus grand (surtout dans les provinces de l'ouest Dajabón, Elias Pina et San Juan). Pour un voyage touristique bien organisé dans des hôtels de première catégorie, il n'y a pas de recommandation à suivre. Sporadiquement des cas de malaria à *Plasmodium falciparum* sont signalés dans la province d'Altagracia, même chez des touristes qui ont séjourné dans de bons hôtels à Punta Cana. Des mesures de protection supplémentaires contre les piqûres de moustiques (de la tombée du soir jusqu'au lever du soleil) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Les personnes qui passeront beaucoup de temps hors de la zone de l'hôtel après le coucher du soleil, ou qui participeront tard le soir à une excursion à l'intérieur du pays, peuvent considérer de prendre de la Nivaquine (note 1).

Les personnes qui passent leurs nuits dans des circonstances primitives, partout dans le pays mais surtout dans les provinces de l'ouest frontalières, doivent considérer l'application des recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1.

En cas de fièvre chez un touriste qui rentre de la République Dominicaine, on doit toujours penser à une malaria.

EL SALVADOR : il n'y a presque plus de risque de malaria au Salvador et sûrement plus dans les régions situées au-dessus de 600 m, ni dans les grandes villes. Seulement dans les régions de basse altitude de la province Santa Ana, à la frontière avec le Guatemala, le risque reste limité (exclusivement la malaria bénigne à *Plasmodium vivax*); dans ces régions, pour les séjours aventureux dans les régions rurales les recommandations de la NOTE 1 sont d'application. WHO : seulement les mesures anti- moustiques

GUATEMALA : il n'y a pas de risque de malaria dans la capitale, ni dans les régions situées au-dessus de 1500 m. Il n'y a des risques de malaria (essentiellement la forme bénigne de Paludisme à *Plasmodium vivax*) que dans les régions de basse altitude (en dessous de 1500 m):

Le risque est modéré dans les départements Escuintla et Izabal, il y a un risque bas dans les départements d'Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chiquimula, Petén, Quiché (Ixcan) et Suchitepéquez.

Seulement pour les séjours aventureux dans les zones rurales de la région septentrionale et frontalière avec le Mexique et avec Bélize, les recommandations de la NOTE 1 sont d'application.

HAITI : Le risque de malaria uniquement à *P. falciparum* (responsable de la forme grave de paludisme ; pas de résistance rapportée à la chloroquine), existe durant toute l'année et dans tout le pays, incluant les zones côtières et les régions frontalières. Le risque dans la zone urbaine principale de Port-au-Prince est considéré comme étant très faible.

Ici, pour les personnes qui passent leurs nuits dans des circonstances primitives, les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application.

HONDURAS : pas de risque de malaria dans les grandes villes du Honduras.

- Il y a un risque de paludisme à *P. falciparum* (forme sévère de paludisme) dans les régions rurales des départements de Colón, et Gracias a Dios. Le risque est moins grand dans les départements d'Atlantida et Olancho.
- Dans les zones rurales des départements de Gracias a Dios existe un risque élevé de

paludisme à *P. vivax* (forme bénigne); le risque est modéré dans les départements d'Atlantida, Colón, Islas de la Bahía, Olancho, Valle et Yoro.

Pour les séjours aventureux dans les régions rurales, les recommandations de la **NOTE 1** sont d'application. Dans les autres départements, le risque de malaria est minime. Les mesures de protection contre les piqûres de moustique le soir et la nuit sont suffisantes. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria.

JAMAÏCA: Recommandation temporaire à propos de la Jamaïque:

Il existe depuis fin 2006 un risque très limité de malaria dans certains quartiers de la capitale Kingston (St Andrew Parish). Les mesures de protection supplémentaires contre les piqûres de moustiques (de la tombée du soir jusqu'au lever du soleil) restent essentielles dans la prévention de la malaria. Les voyageurs qui, une fois le soir venu, y passent une grande partie de leur temps dehors, envisageront une prophylaxie avec la Nivaquine (note 1). En cas d'accès de fièvre dans les premières semaines qui suivent le retour, la possibilité de malaria doit être considéré.

MEXIQUE : pas de risque de malaria dans les régions situées au-dessus de 1000 m, donc pas dans le district de la ville de Mexico. Dans la plupart des régions touristiques du Mexique, le risque de malaria est devenu inexistant. Pour un voyage bien organisé, les mesures de protection contre les piqûres de moustique le soir et la nuit sont suffisantes, et la chimioprophylaxie n'est pas nécessaire.

Il y a un risque modéré de malaria (*vivax*) dans quelques foyers dans certaines régions rurales dans les états Chiapas & Oaxaca; le risque est très bas dans les états Chihuahua, Durango, Nayarit, Quintana Roo et Sinaloa. Si on passe la nuit dans ces régions situées à moins de 1000 m d'altitude et en dehors des villes, dans des conditions rudimentaires, les recommandations pour la prévention de la malaria expliquées dans la **NOTE 1** sont d'application

NICARAGUA: il y a un risque de malaria pendant toute l'année (principalement la forme bénigne de Paludisme à *Plasmodium vivax*) dans certaines municipalités (régions rurales et aussi dans les quartiers périphériques urbaines). Le risque est modéré à élevé dans les municipalités Chinandega, Léon, Managua, Matagalpa, Region Autonoma del Atlántico Norte et Region Autonoma del Atlántico Sur.

Les recommandations pour la prévention de la malaria - seulement pour les séjours dans des circonstances rudimentaires - sont expliquées dans la NOTE 1.

D'autres cas sporadiques ont été enregistrés dans quelques autres municipalités dans les départements centraux et occidentaux; mais le risque y est bas à négligeable.

PANAMA : pas de risque de malaria dans la capitale Panama City, ni dans la région située autour du canal. Dans les provinces suivantes, il y a un risque faible de malaria (99% due principalement à la forme bénigne de *Plasmodium vivax*) dans les régions

rurales durant toute l'année. Seulement pour les séjours aventureux dans les zones rurales s'appliquent les recommandations de prévention de malaria:

- à l'ouest du canal de Panama, vers la Colombie (dans les provinces de *Bocas del Toro (inclus Ngobe Bugle)*, *Chiriqui*, *Veraguas*, et la partie ouest de *Panama et Colon*) s'appliquent les recommandations expliquées dans la NOTE 1
- à l'est du canal de Panama, vers le Costa Rica (dans les provinces de *Darien*, *San Blas (inclus Embera, Kuna Yala)* et la partie est de *Panama et Colon*), s'appliquent les recommandations expliquées dans la NOTE 2. En effet, ici la résistance à la chloroquine a été rapportée pour le *P. falciparum*.

Dans les autres provinces le risque de transmission est nul ou négligeable.

OMS Recommandations de la vaccination contre la fièvre jaune: recommandée pour tous les voyageurs âgés de plus de 9 mois qui se rendent dans la province de Darien, et la région de Kuna Yala (anciennement San Blas), l'Est de Panama incluant les districts de Chep, Chiman et Balboa. Ceci ne concerne pas la ville de Panama City ni la zone du Canal de Panama (vieux zone du canal) et les îles San Blas.

Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné**.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêchait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pour les personnes qui passent leurs nuits dans des conditions rudimentaires, en zone rurale, dans les petites villes ou dans la périphérie des grandes villes, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques), et la prise des médicaments est indispensable :

NB. Après un entretien d'information approfondi avec un médecin spécialisé et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour (<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique le soir et la nuit, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Nivaquine®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.

NOTE 1

NIVAQUINE®, 3 comprimés par semaine, en une prise est indispensable. Ce médicament doit être pris depuis la semaine précédant le départ, pendant le séjour, jusqu'à 4 semaines après le retour.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ;

il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM®** (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration efficace de **LARIAM®** dans le sang dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE®**, habituellement très bien toléré, est un choix excellent. Dans des situations bien définies, la Malarone peut être poursuivie plus longtemps que 4 semaines, mais dans ce cas, le prix devient rapidement prohibitif.

DOXYCYCLINE : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois.

Tout cela mérite d'être discuté et adapté de manière individuelle avec votre médecin ou le médecin d'un centre de médecine du voyage.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors de voyage. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on y échappe rarement. Quelques conseils et de bons médicaments dans une pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez le texte sur "la diarrhée des voyageurs" pour les mesures préventives et curatives.

DENGUE

La dengue est en pleine expansion en Amérique latine. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d'informations: voire www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → "disease distribution maps"

VACCINATIONS

- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas obligatoire si vous partez de la Belgique, sauf si vous allez à Panama dans les provinces Darién, dans la région de Kuna Yala (anciennement San Blas), l'Est de Panama (incluant les districts de Chepo, Chiman et Balboa). Ceci ne concerne pas la ville de Panama City ainsi que les

régions avoisinant le canal de Panama (anciennement la zone du canal) Puisque beaucoup d'autres pays considèrent le Panama comme un pays où la fièvre jaune existe effectivement, il est plus prudent (et nous conseillons donc) à chaque voyageur à destination du Panama de se faire vacciner contre la fièvre jaune, pour éviter tout problème d'entrée dans les autres pays.

Si vous arrivez en provenance d'un pays où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud voir : (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS), vous devez être vacciné pour : Belize, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua et Panama et ce à partir de l'âge d'un an (pour El Salvador à partir de l'âge de 6 mois ; et pour le Costa Rica à partir de l'âge de 9 mois jusque 60 ans (excepté pour les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les personnes immunodéprimées)

- Un voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE. La poliomyélite n'est plus présente sur le continent américain depuis les années 90.
- Tous les voyageurs en Amérique latine, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l'HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOIDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée.
Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".
- Les personnes séjournant au moins 4 semaines dans des conditions rudimentaires dans des zones rurales, ou qui vont y vivre longtemps, doivent envisager la vaccination contre la RAGE.

Ceci doit être discuté avec votre médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour voyages.

MALADIE DE CHAGAS (TRYPANOSOMIASE AMERICAINE)

Les voyageurs traversant les régions rurales d'Amérique latine (sauf les Caraïbes) doivent être mis en garde contre la maladie de Chagas. Celle-ci est causée par un parasite unicellulaire, Trypanosoma cruzi. Dans les régions endémiques, il ne faudra surtout pas passer la nuit dans des huttes primitives ou à la belle étoile sous les palmiers. Si ceci ne peut être évité, ou si on loge dans des hôtels bon marché, il faudra dormir sous une moustiquaire (recouverte si possible d'un drap afin d'éviter tout contact avec des défécations des triatomés). Il est conseillé d'utiliser un insecticide en spray si l'on retrouve de tels insectes (taille centimétrique) dans la chambre (ceux-ci se cachent généralement derrière les cadres, dans les tiroirs ou même sous le matelas). Le soir, on appliquera un insectifuge sur les parties exposées de la peau.

AMERIQUE DU SUD

http://www.paho.org/English/HCP/HCT/malaria_PPTindex.htm

ARGENTINE : - Dans la plus grande partie du pays, il n'y a aucun risque de malaria, les mesures préventives contre la malaria ne sont donc pas nécessaires. - Il y a seulement un risque limité de malaria du mois d'octobre au mois de mai dans l'extrême Nord de l'Argentine et ceci seulement dans les régions rurales de basse altitude (<1200m), exclusivement la forme bénigne de malaria à *Plasmodium vivax*, notamment:

- o à la frontière avec la Bolivie, dans les provinces de Salta (dans les plaines des départements d'Iruya, d'Oran, de San Martin et de Santa Victoria)
- o à la frontière avec le Paraguay, dans les plaines des provinces de Misiones et de Chaco.

Ici, les recommandations de la prévention de la malaria de la NOTE 1 sont d'application

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune:

La vaccination contre la fièvre jaune est recommandée pour tous les voyageurs âgés d'au moins 9 mois qui visitent les régions suivantes d'Argentine où il existe un risque de transmission de la fièvre jaune (les régions forestières au nord et au nord-est de l'Argentine, incluant les chutes d'Iguaçu et toutes les zones frontalières avec le Brésil et le Paraguay) :

- i) la totalité du territoire des provinces fédérales de Formosa et Misiones;
- ii) des régions spécifiques (départements) de la province fédérale de Chaco (département de Bermejo) ; la province fédérale de Corrientes(départements de Berón de Astrada, Capital, General Alvear, General Paz, Itatí, Ituzaingó, Paso de los Libres, San Cosme, San Miguel, San Martín et San Tomé); la province fédérale de Jujuy (départements de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro et Valle Grande); et la province fédérale de Salta (départements d' Anta, General José de San Martín, Orán et Rivadavia).

Cette recommandation concerne également la visite des chutes d'Iguaçu.

BOLIVIE : - Pas de malaria dans les grandes villes ni dans les régions situées au-dessus de 2500 m. Cela signifie donc concrètement qu'il n'y a pas de risque sur les hauts plateaux du sud: *dans le département d'Oruro; *dans un certain nombre de provinces dans le sud-ouest du département de La Paz : notamment dans les provinces d'Ingavi, de Los Andes, d'Omasuyos, et de Pacajes *dans les parties australe et centrale du département de Potosi.

- o Il existe la malaria à *Plasmodium falciparum* résistante à la Nivaquine à la frontière du Brésil dans les départements septentrionaux de Pando et de Beni (dans une bande

de la zone tropicale amazonienne longeant les états brésiliens de Acre et Rondonia, surtout dans les localités de Cobija, Guayaramerin, et Riberalta). Les recommandations de la prévention de la malaria de la NOTE 2 sont d'application.

- Bien que le risque de malaria existe toute l'année dans les autres régions de Bolivie situées au-dessous de 2.500 m, le risque de malaria est faible à très faible (principalement la forme bénigne de malaria à *Plasmodium vivax*; et donc pas au centre des grandes villes) et les mesures contre les piqûres de moustiques suffisent ici. Les recommandations de prévention de la malaria de la NOTE 1 sont valable uniquement dans les départements de Santa Cruz (aussi *P. falciparum* malaria), Tarija et Chuquisaca dans les régions rurales de basse altitude à la frontière avec le Paraguay et l'Argentine.
- (en cas de fièvre on doit toujours aussi penser à une malaria).

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune est fortement recommandée pour les voyageurs visitant les régions à risque suivantes: les provinces de Beni, Cochabamba, Santa Cruz et la partie subtropicale de la province La Paz. Ceci ne concerne pas les villes de La Paz et Sucre, où il n'existe pas de risque de fièvre jaune. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné**.

BRESIL : Dans beaucoup de régions du Brésil, il n'y a aucun risque de malaria.

- La malaria peut être présente dans les régions forestières en dessous de 900 mètres des 9 états de la "*Région amazonienne légale*" : Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão (partie occidentale), Mato Grosso (seulement dans le Nord, donc pas à Mato Grosso do Sul), Pará (sauf dans la ville Belém), Rondônia, Roraima et Tocantins (partie occidentale, au Nord de Goiás). Il n'y a que dans ces régions que les mesures de préventions de la malaria décrites dans la NOTE 2 sont valables. Il n'y a pas de risque dans la ville de Belem (Pará), mais bien aux alentours des régions urbaines des grandes villes comme Pôrto Velho (Rondônia), Boa Vista (Roraima), Macapà (Amapà), Manaus (Amazonas), Santarèm (Parà), Cuiaba (Mato Grosso), Rio Branco & Cruzeiro do Sul (Acre) et Maraba (Pará). Le Pantanal National Parc se trouve dans le sud du Mato Grosso, dans une région à bas risque de malaria, et ainsi la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire.
- Comme mentionné au début, il n'y a pas de mesure à prendre contre la malaria dans les autres régions du Brésil. Pour une visite aux chutes de la "Foz de Iguaçu", les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune est strictement recommandée pour les voyageurs âgés de plus de 9 mois visitant les régions à risque suivantes; **l'état entier** des états d'Acre, Amapá, Amazonas, District Fédéral (incluant la ville de Brasilia, capital du pays)

Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Rondônia, Roraima en Tocantins, et des régions spécifiques des états suivants : le nord-ouest et l'ouest de la Bahia, Espírito Santo, le sud-ouest du Piauí, le centre et l'ouest du Paraná, Le nord-ouest et le centre-ouest du Rio Grande do Sul, l'ouest lointain du Santa Catarina et le nord et l'ouest de São Paulo"

On peut trouver la liste avec toutes les municipalités sur <http://www.saude.gov.br/svs> (Febre Amarela). La vaccination est fortement recommandée pour les voyageurs visitant « Foz de Iguaçu ».

Il n'y a pas de risque de fièvre jaune dans les villes côtières suivantes : Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife and Fortaleza.

Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné** et ceci à partir de l'âge de 9 mois (sauf en cas de possession d'un certificat médical attestant d'une contre-indication à la vaccination).

CHILI : Pas de risque de malaria.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune n'est pas exigée, ni recommandée. »

COLOMBIE : - Pas de risque de malaria dans la capitale Bogota et ses environs, ni dans les autres grandes villes de Colombie. Il n'y a pas de malaria non plus dans les régions situées au-dessus de 800 m d'altitude dans la Cordillère Occidentale, la Cordillère Centrale et la Cordillère Orientale. Dans la plus grande partie de la zone côtière des caraïbes (sauf Cordoba) et dans les plaines de basse altitude de Colombie le long de la frontière avec le Venezuela, il n'y a pas de risque.

Le risque de malaria existe bien pendant toute l'année (très variable d'un endroit à l'autre) dans un grand nombre de régions rurales situées en dessous de 1600m. Le risque est le plus élevé dans les départements qui sont soulignés. Les recommandations de la prévention de la malaria de la **NOTE 2** sont d'application:

← dans la région côtière de l'Océan Pacifique ("Pacífico region": dans les départements Nariño, Cauca, Valle del Cauca et Choco),

↑ vers le nord, dans la région de "Uraba-Bajo Cauca region" (les départements Chocó, Antioquia, Córdoba),

→ dans la jungle tropicale du bassin amazonien, "Amazona region" : dans les départements Amazonas et Vaupès et

↓ dans les autres régions, à l'est des Andes "**Orinoquia region**": dans les départements Arauca, Boyaca, Caqueta, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putamayo, Vichida.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune n'est pas exigée, mais fortement recommandée pour les voyageurs visitant les régions à risque suivantes; vallée de la rivière Magdalena, les contreforts de l'est et de l'ouest de Cordillera Oriental à partir de la frontière de

l'Equateur jusqu'au Venezuela, Urabá, les contreforts de Sierra Nevada, les plaines de l'est (Orinoquia) et Amazonia. »

EQUATEUR : Il n'y a pas de risque de malaria dans les régions situées au-dessus de 1500 m; il n'y en a pas non plus dans les grandes villes (e.a. Quito, Guayaquil, et les villes de la région des Andes), ni dans les îles Galapagos. Il y a un risque modéré de malaria dans

- Les provinces de la région occidentale des Andes (l'Océan Pacifique) : Esmeraldas (province frontalière avec la Colombie), Manabi et Pinchinca (juste en-dessous d'Esmeraldas), Los Ríos, Guayas (au centre), et El Oro (au sud, à la frontière avec le Pérou).
- les provinces de la région orientale des Andes (dans la région amazonienne): Sucumbios (au nord), Orellana (rivière Napo), Pastaza, Morona-Santiago.
- Il y a seulement un risque limité dans quelques autres provinces : Cotopaxi (au centre) et Loja (à la frontière avec le Pérou).

Les recommandations de prévention expliquées dans la NOTE 2 sont d'application ici, pour des nuitées dans des conditions primitives, en dessous de 1500 m.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune:

« Il y a un risque de fièvre jaune dans la partie Est du pays. Il n'y a pas de risque de fièvre jaune à Quito, Guayaquil ou les îles Galápagos. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné** et ceci à partir de l'âge d'un an. Les citoyens et habitants de l'Equateur sont obligés de se faire vacciner contre la fièvre jaune en visitant un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud). »

GUYANE - BRITANNIQUE : Pas de risque de malaria dans la capitale Georgetown et la ville de New Amsterdam. Il existe par contre un risque réel de malaria dans le reste du pays (le risque est le plus élevé dans les régions 1 (Barimi-Waini),⁷ (Cuyuni-Mazaruni) ,⁸ (Potaro-Siparuni) et 9 (Upper Takutu-Upper Essequibo) et 10 (Upper Demerara-Berbice); modéré dans la région 2 (Pomeroon-Supenaam) et 3 (Demerara-Mahaica) et très bas dans les régions 4 (Demerara-Mahaica), 5 (Mahaica-Berbice) et 6 (East Berbice-Corentyne). Ici les recommandations de prévention de la malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune est fortement recommandée. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud) ou un des pays sur <http://www.who.int/ith>, à l'exception de Trinidad et Tobago, du Paraguay et de l'Argentine, vous devez **être officiellement vacciné** (aussi requis pour les voyageurs en provenance du Belize.

GUYANE - FRANCAISE : Pas de risque de malaria dans les villes de Cayenne et de

Kourou, et les risques de malaria sont très limités dans le reste de la région côtière. Ici, la prévention n'est pas nécessaire. Surtout dans la région qui touche au Brésil (multiple foyers le long de l'Oyapock) et au Suriname (multiple foyers le long du Maroni), il existe un risque important de malaria, pour lequel les recommandations de la prévention sont expliquées dans la NOTE 2. Dans le reste de l'intérieur du pays le risque est faible voire inexistant.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: « La vaccination contre la fièvre jaune est exigée pour tous les voyageurs à partir de l'âge d'un an. »

PARAGUAY : Dans la majorité du Paraguay, il n'existe aucun risque de malaria. La prévention antimalarique n'est donc pas nécessaire. Il n'y a pas de risque dans les villes, ni dans les régions touristiques et leurs environs, tel que les chutes d'eau d'Iguaçu. Il y a seulement un risque limité de malaria du mois d'octobre au mois de mai dans certaines régions rurales 1/ à l'ouest dans la région frontalière avec la Bolivie, 2/ à l'est du pays à la frontière du Brésil dans les départements de Alto Paraná (en face de Foz do Iguazu), Caaguazú, Canendiyú. Les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application pour les nuitées dans les conditions rudimentaires.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «la vaccination contre la fièvre jaune est fortement recommandée pour tous les voyageurs âgés de plus de 9 mois.

Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné** à partir de l'âge d'un an.

PEROU :

- Pas de risque de malaria dans les grandes villes (sauf dans les banlieues d'Iquitos), ni dans toutes les régions situées à plus de 2000 m d'altitude. Ici, les mesures préventives contre la malaria ne sont pas nécessaires.
- Dans la région côtière à l'ouest de la chaîne de montagne des Andes (sauf les départements du nord mentionnés ci-dessous) le risque de malaria est très bas voire négligeable. Pour les nuitées dans des conditions rudimentaires dans les zones rurales, les mesures préventives contre les piqûres de moustiques sont suffisantes (en cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria).
- Le risque de transmission existe surtout (e.a. la forme dangereuse de *Plasmodium falciparum*) (1) dans les départements au nord dans la région côtière de l'océan pacifique à la frontière avec l'Equateur (Tumbes, Piura, Lambayeque) et (2) dans la région amazonienne : surtout dans les départements de Loreto (+ la ville d'Iquitos), San Martín, Ucayali et les provinces de basse altitude des départements d'Amazonas (inclusivement la région de Chachapoyas), Cajamarca et Jaen. Ici les recommandations de prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 2 sont d'application.

- Pour les nuitées dans les conditions rudimentaires dans les zones rurales de basse altitude du reste du pays, où il existe principalement la malaria bénigne à *P.vivax* (dans les départements de Madre de Dios – aussi dans la ville Puerto Maldonado – et dans les provinces de basse altitude des départements de La Libertad, Ayacucho, Pasco, Cusco, Huancavelica, Junín et Huànuco) les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application. Les personnes qui vont séjourner dans des hôtels de luxe dans les centres des grandes villes ne doivent pas prendre de chimioprophylaxie, mais les mesures préventives contre les piqûres de moustiques sont ici impératives (en cas de fièvre on doit toujours aussi penser à une malaria).

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «La vaccination contre la fièvre jaune n'est pas exigée, mais fortement recommandée pour les voyageurs visitant la jungle à moins de 2300m. Voyageurs visitant seulement Cuzco et Machu Picchu ne doivent PAS être vacciné contre la fièvre jaune».

SURINAME :

- le risque de malaria est très faible voire inexistant dans la capitale Paramaribo et les sept autres districts vers la côte (la zone vers le nord du 5° degré de latitude).
- A l'intérieur du pays, (dans les 3 districts au sud du 5° degré de latitude ; avec le risque le plus élevé dans de multiples foyers le long du Maroni (à la frontière avec le Suriname), et dans les régions des mines d'or éparpillées dans le pays) les risques de la forme dangereuse de paludisme à *Plasmodium falciparum* sont très importants et les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 2 sont d'application.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «La vaccination contre la fièvre jaune est fortement recommandée. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné**.

TRINITE-ET-TOBAGO : pas de risque de malaria.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune: «La vaccination contre la fièvre jaune est fortement recommandée pour tous les voyageurs âgés de plus de 9 mois dont l'itinéraire du voyage inclut Trinidad. La vaccination n'est pas recommandée pour ceux qui se rendent uniquement à Tobago. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays, où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez **être officiellement vacciné** et ceci à partir de l'âge d'un an.

VENEZUELA : Dans la plus grande partie du territoire, il n'y a pas de malaria. Il n'y a pas de risque de malaria dans les villes, ni sur l'île de Margarita.

- Il y a un risque de malaria (*P. falciparum*) dans **certaines** régions de basse altitude de la jungle dans les états Amazonas (Alto Orinoco, Atabapo, Atures, Autana, Manapiare, Rio Negro), Anzoátegui et Bolívar (Caroni, Cedeño, El Callao, Heres, Gran Sabana, Piar, Raul Leoni, Rocio, Sifontes et Sucre) (situés au sud du fleuve Orénoque, à la frontière du Brésil) et Delta Amacuro (Antonia Diaz, Casacoima, Pedernales; autour du delta de l'Orénoque). Eventuellement, ici les mesures expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application pour les nuitées dans les circonstances rudimentaires dans la jungle (aussi pour les Angel Falls et le Parc National Canaima).
- Dans quelques régions rurales des états d'Apure, Monagas, Sucre et Zulia (Nord de la rivière de l'Orénoque), il y a un risque limité (surtout de malaria bénigne à *Plasmodium vivax*). Ici les mesures expliquées dans la **NOTE 1** sont éventuellement d'application pour les nuitées dans les circonstances rudimentaires. (en cas de fièvre on doit toujours aussi penser à une malaria).
- Dans les autres provinces il n'y a donc aucun risque de malaria. Ceci signifie que pour la plupart des voyages touristiques bien organisés, même dans certaines régions de la jungle, la chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, et que les mesures de protection contre les piqûres de moustiques le soir et la nuit sont suffisantes.

Recommandation de l'OMS concernant la vaccination contre la fièvre jaune:

«La vaccination contre la fièvre jaune n'est pas exigée, mais fortement recommandée.

MESURES PREVENTIVES CONTRE LA MALARIA

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion ou un safari tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties exposées du corps. Pendant les voyages aventureux dans les régions rurales, les personnes qui passent la nuit dans des conditions rudimentaires, il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques), et la prise des médicaments est indispensable.

*NB. Après un entretien d'information approfondi avec un **médecin spécialisé** et une évaluation soigneuse des risques de malaria en fonction des modalités de séjour*

(<http://www.dtg.org/21.0.html>), on peut aussi envisager de renoncer à la chimioprophylaxie (aussi pour les voyageurs aventureux), pour autant que soient respectées scrupuleusement les mesures préventives contre les piqûres de moustique, et qu'on emporte avec soi un traitement anti-malarique de secours (Malarone®) avec des instructions d'utilisation précises et bien comprises.

La **NIVAQUINE**®, 3 comprimés par semaine, en une prise. Ce médicament doit être pris depuis la semaine précédant le départ et continué jusqu'à 4 semaines après le retour.

NOTE 2

MALARONE® (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour), OU **DOXYCYCLINE** (1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 28 jours après le retour ; il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ) OU **LARIAM**® (1 comprimé par semaine, quelques semaines avant le départ et jusqu'à 4 semaines après le retour), sont les médicaments anti-malariques de premier choix.

Pour obtenir une concentration dans le sang efficace de **LARIAM**® dès l'arrivée, il est nécessaire d'initier le traitement 2 à 3 semaines avant le départ. Les personnes qui n'ont jamais pris ce produit auparavant doivent également débiter le traitement 2-3 semaines avant le départ, pour déceler d'éventuels effets secondaires (vertige, insomnie, cauchemar, excitation, angoisse inexplicable, palpitations). Le Lariam ne sera pas prescrit si le médecin juge qu'il existe une contre-indication (e.a. souhait de grossesse, épilepsie, dépression, ou troubles du rythme pour lesquels un traitement est en cours, avec des médicaments tels que des beta-bloquants, des antagonistes calciques, ou de la digitaline), ou s'il n'a pas été supporté dans le passé.

Il faut poursuivre le traitement jusqu'à 4 semaines après le retour. Si le Lariam est bien supporté, il peut être pris pendant des mois, voire même des années si nécessaire.

Pour un voyage de courte durée, la prise de **MALARONE**®, habituellement très bien tolérée, est un excellent choix. La Malarone peut être utilisée pendant plusieurs mois (mais il faudra alors prendre en compte son coût élevé).

La prise quotidienne d'un comprimé de **DOXYCYCLINE** est une alternative très efficace : 100 mg par jour, à commencer le jour précédant le départ et à continuer jusqu'à 4 semaines après le retour ou après avoir quitté la zone d'endémie de malaria (à prendre en position assise avec une grande quantité de liquide ou pendant le repas). La Doxycycline peut provoquer une phototoxicité et des mycoses buccales et génitales. La Doxycycline peut être prise pendant plusieurs mois. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent en voyage. Même quand on voyage dans de bonnes conditions, on n'y échappe pas toujours. Quelques conseils et des médicaments adaptés dans la pharmacie de voyage sont très utiles. Consultez en tous cas le texte sur "la diarrhée des voyageurs".

DENGUE

La dengue est en pleine expansion en Amérique latine. Prévention = appliquer les mesures contre les piqûres de moustiques pendant la journée. Consultez le texte sur la dengue.

Plus d'informations: voire www.itg.be - www.medecinedesvoyages.be & consultez la carte mondiale www.who.int/ith → "disease distribution maps"

VACCINATIONS

- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE est nécessaire (du moins lors de visite dans certaines régions) en Bolivie, au Brésil, en Colombie, en Equateur, en Guyane (Française et Britannique), au Pérou, au Suriname et au Venezuela (pas pour Isla Margarita) (<http://www.who.int/ith/en/index.html> → DISEASE DISTRIBUTION MAPS). En principe, il est préférable de toujours être vacciné pour une visite dans un de ces pays. Si vous arrivez en provenance d'un autre pays où la fièvre jaune peut exister (Afrique, Amérique du sud), vous devez officiellement être vacciné, sauf pour le Chili, Venezuela et l'Argentine. Pour la Guyane française la vaccination est toujours obligatoire.
- Un voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE, la POLIO et la ROUGEOLE. La poliomyélite n'est plus présente sur le continent américain depuis les années 90.
- Tous les voyageurs en Amérique latine, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégé contre l'HEPATITE A. La vaccination contre la FIEVRE TYPHOÏDE est également conseillée pour les personnes (1) qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène, (2) qui séjournent pour de longue durée (p.ex. à partir de 2 - 3 semaines) ou (3) qui voyagent fréquemment à l'étranger, même dans de bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée. Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".
- Les personnes séjournant au moins 4 semaines dans des conditions rudimentaires dans des zones rurales, ou qui vont y vivre longtemps, doivent envisager la vaccination contre la RAGE.
- Ceci doit être discuté avec votre médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour voyages.

MALADIE DE CHAGAS (TRYPANOSOMIASE AMERICAINE) :

Les voyageurs traversant les régions rurales d'Amérique latine doivent être mis en garde contre la maladie de Chagas. Celle-ci est causée par un parasite unicellulaire, Trypanosoma cruzi. Dans les régions endémiques, il ne faudra surtout pas passer la nuit dans des huttes primitives ou à la belle étoile. Si ceci ne peut être évité, ou si on loge dans des hôtels bon marché, il faudra dormir sous une moustiquaire (recouverte si possible d'un drap afin d'éviter tout contact avec des défécations des triatomes). Il est conseillé d'utiliser un insecticide en spray si l'on retrouve de tels insectes (taille centimétrique) dans la chambre (ceux-ci se cachent généralement derrière les cadres, dans les tiroirs, ou même sous le matelas). Le soir, on appliquera un insectifuge sur les parties exposées de la peau.

Il n'y a pas de risque de malaria dans les régions touristiques.

Il y a un risque très limité dans des régions éloignées (**juin – octobre**) quasiment exclusivement sous la forme bénigne de *P. vivax* en :

Arménie probablement encore présent dans quelques villages du district de Masis, de la vallée d'Ararat à la frontière de l'ouest avec la Turquie, (plus de cas notés depuis 2006). Des mesures de protection contre les piqûres de moustiques suffiront.

Azerbaïdjan dans les zones rurales basses, principalement dans la zone située entre les rivières Koura et Araxe

Géorgie quelques villages du sud-est. Des mesures de protection contre les piqûres de moustiques suffiront

Kirgizistan (dans certaines régions du sud et de l'ouest du pays, notamment dans les régions de Batken, Osh et Jalal-Abad (dans les régions frontalières avec le Tadjikistan et l'Ouzbekistan), et dans la banlieue de Bishkek. Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques sont ici d'application.

Ouzbekistan Des cas autochtones sporadiques ont été rapportés dans certaines régions australes et orientales (Surkhanda-rinskaya Region: Uzunskiy, Sariassiskiy en Shurchinskiy districts). Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques sont ici d'application.

Fédération Russe: Un risque très limité de paludisme existe dans les zones sous l'influence d'intenses migrations en provenance des pays au Sud (Fédération des Etats indépendents) Prévention recommandée : aucune.

Tadjikistan (*) : les régions à la frontière du sud (Khatlon region), et certaines régions du centre (Dushanbe), dans l'ouest (Gorno-Badakhshan), et dans le nord (Leninabad region). Prévention recommandée : voyez plus loin (*).

Turkménistan (dans certains villages du sud-est du pays, à la frontière de l'Afghanistan principalement dans le district de Mary). Pas de cas recensé depuis 2006. Prévention recommandée : les mesures de protection contre les piqûres de moustiques sont ici d'application.

MESURES PRÉVENTIVES contre la malaria dans les zones à risque:

Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques (le soir et la nuit) sont toujours essentielles pour prévenir la malaria. En cas de fièvre on doit toujours penser à une malaria. Pour les personnes qui visitent une région de malaria durant la journée, et qui retournent le soir dans de bons hôtels, la prise de chimioprophylaxie n'est pas nécessaire, mais elles doivent toutefois disposer d'un répulsif à portée de main, au cas où un problème (panne, maladie, etc.) les empêcherait de rentrer avant le coucher du soleil. Les personnes qui participent à une excursion ou un safari tôt le matin ou à la nuit tombée doivent appliquer généreusement des répulsifs sur toutes les parties du

corps exposées.

Pendant les voyages aventureux dans les régions rurales, les personnes qui passent la nuit dans des conditions rudimentaires,

- 1) il est en outre conseillé d'imprégner la moustiquaire de perméthrine ou de deltaméthrine (substances chimiques qui repoussent et tuent les moustiques),
- 2) et la prise des médicaments est indispensable au **Tadjikistan** dans les zones mentionnées plus haut (*):

OMS-zone A (Tadjikistan) : la **NIVAQUINE**, 3 comprimés par semaine, en une prise. Ce médicament doit être pris depuis la semaine précédant le départ, pendant le séjour et jusqu'à 4 semaines après le retour; dans les régions du sud une forme de malaria *P. falciparum* résistante à la chloroquine a été signalée: **Malarone**® tous les jours, ou **Doxycycline** 100 mg tous les jours ou **Lariam**® 1 comprimé par semaine est avisé.

La **DIARRHÉE** est un problème potentiel lorsqu'on voyage dans des conditions moins hygiéniques. Il est très utile de suivre les quelques conseils ainsi que de prendre les médicaments appropriés. Voir également le texte "diarrhée du voyageur", où vous trouverez des explications concernant la prévention et le traitement de la diarrhée.

VACCINATIONS

- Aucune vaccination n'est obligatoire. Aucun de ces pays n'exige la vaccination contre la FIEVRE JAUNE. La Fédération Russe exige la vaccination contre la fièvre jaune quand vous venez d'un pays où la fièvre jaune peut exister, mais le vaccin n'est pas nécessaire quand on part de la Belgique.
- Aller en voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins le TETANOS, la DIPHTERIE, la COQUELUCHE et la ROUGEOLE. Pour un voyage vers l'ex-URSS les vaccins contre la DIPHTERIE et la POLIOMYELITE sont indiqués. Ces vaccins peuvent éliminer tout risque de développer ces maladies infectieuses. Un rappel est valable 10 ans, sauf pour le dernier dont une dose chez l'adulte est efficace à vie pour autant qu'il y ait eu un schéma de base complet.
- La vaccination contre l'HEPATITE A est systématiquement recommandée pour toutes personnes qui voyagent dans de moins bonnes conditions d'hygiène. Dans beaucoup de situations la vaccination contre l'HEPATITE B doit être recommandée. Pour les détails, consultez le texte "vaccinations".
- Dans des cas exceptionnels une vaccination contre la FIEVRE TYPHOÏDE est également conseillée. Dans certaines circonstances la vaccination contre L'ENCÉPHALITE À TIQUES et la RAGE doit être envisagée.

Centres de vaccination contre la fièvre jaune Juillet 2010

(aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise et la vaccination préventive contre la rage)

Anvers:

- Polyclinique de l'Institut de Médecine Tropicale, Kronenburgstraat 43/3, 2000 Anvers
tél. 03/247.64.05 (de 14h à 16h, sans rendez-vous)

Arlon:

- Clinique Saint Joseph, Rue des déportés 137, 6700 Arlon – Tel. 063/23.17.00
(sur rendez-vous)

Bruges:

- AZ St.-Jan, Travel Clinic, Ruddershove 10, 8000 Bruges, tel. 050/45.38.90
(sur rendez-vous: mercredi après-midi et vendredi matin)

Bruxelles - Brussel:

- Travel Clinic CHU St. Pierre, site César De Paepe, Rue des Alexiens 13 (5^{ème} étage), 1000 Bruxelles. De lundi à vendredi: sur rendez-vous au 02/535.33.43. Sans rendez-vous: (lundi à vendredi entre 8.30 h – 11.00 h et entre 14.00 h – 15.30 h)
- Travel Clinic, Hôpital Universitaire Erasme, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.72.00 (sur rendez-vous)
- Centre pour conseil de voyage et de vaccination, UZ BRUSSEL, Av. du Laerbeek 101, 1090 Bruxelles
Tél. 02/477.60.01 (sur rendez-vous: jeudi et vendredi après-midi). Travel pédiatrie: sur rendez-vous - tel.02/477.60.61
- Consultation des voyageurs, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles
tél. 02/764.21.22 (sur rendez-vous)
- Clinique du voyage CHU Brugmann, Place Van Gehuchten 4, 1020 Laeken-Bruxelles (2^e étage) (uniquement sur rendez-vous:
tous les lundi après-midis et mercredi après-midis) - Tel: 02/477.30.35 (sur rendez-vous)
- Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell, CHIREC, Site Clinique du Parc Léopold, Rue Froissart 38 (rez-de-chaussée), 1040 Bruxelles – Tel. 02/287.50.66 (uniquement sur rendez-vous) – mardi entre 16 et 20 heures & vendredi entre 12 & 16 heures.

Charleroi:

- Polyclinique de l'Hôpital civil de Charleroi, boulevard Zoé Drion (s/n), 6000 Charleroi, tél. 071/92.23.07 (sur rendez-vous)

Gand:

- Hôpital Universitaire Gand, Travel Clinic, Département de Médecine Interne, Polyclinique 2
De Pintelaan 185, 9000 Gand, tél. 09/332.23.50 ou 09/332.23.45 (sur rendez-vous)

Hasselt:

- Centre de vaccination de l'hôpital Jessa, Stadsomvaart 11, 3500 Hasselt, tél. 011/30.97.40 (sur rendez-vous)

Ieper:

- Hôpital régional Jan Yperman, Briekestraat 12, 8900 Ieper, tel. 057/22.35.98 (sur rendez-vous)

Louvain:

- Hôpital Universitaire Gasthuisberg, Département de Médecine Interne, Herestraat 49, 3000 Leuven,
tél. 016/34.47.75 (sur rendez-vous)

Liège:

- Institut provincial Ernest Malvoz, quai du Barbou 4, 4020 Liège, tél. 04/344.79.54 (sur rendez-vous).
- CHU de Liège – Médecine des voyageurs –Sart Tilman: Domaine universitaire, B 35,
4000 Liège, tél. 04/366.77.86 (sur rendez-vous).
- CHU de Liège – Médecine des voyageurs –Polyclinique Brull: Quai Godefroid Kurth, 45,
4000 Liège, tél. 04/270.30.33 (sur rendez-vous).

Mons:

- Clinique du voyage - CHU Ambroise Paré - Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons - Tél. 065/39.39.39 (sur rendez-vous)

Mont-Godinne:

- UCL Mont-Godinne, Avenue du Docteur Gaston Thérasse 1, 5530 Yvoir. Conseil de voyage et vaccination
Tel. 081/42.34.81 (sur rendez-vous)

Namur:

- Centre Hospitalier Régional de Namur, avenue Albert I 185, 5000 Namur, tél. 081/72.71.40 (sur rendez-vous)

Nivelles:

- Travel Clinic, Polyclinique, Rue des Conceptionnistes 3, 1400 Nivelles
Tel. 067/84.06.92 – vaccinations: jeudi après-midi entre 14h et 17h30 (sur rendez-vous)

Ottignies - Louvain-La-Neuve:

- Centre de vaccinations, Clinique St.-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies - Louvain-La-Neuve.
Tél. 010/43.73.70 (rendez-vous) - Numéro général: 010/43.72.11.
(consultations libres sans rendez-vous: jeudi entre 14.00 h et 17.00 h).
- Centre Médical, Clinique St.-Pierre, rue du Pont St.-Jean 2, 1300 Wavre.
Tel: 010/23.29.10 ou 010/43.73.70 (uniquement sur rendez-vous).

Grand Duché du Luxembourg:

- Centre hospitalier de Luxembourg, rue Barblé 4, L-1210 Luxembourg, tél. 352/44.11.30.91
(sur rendez-vous).

Malaria 2010-2011 (source WHO 2009)

