



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

EDITION 2007-2008

REUNION DE CONSENSUS 15/06/2007

- 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,B,C: <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/MedServ/pg/Fmalaria.htm>

Version: 16/07/2007

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

Réd. resp. Pr. A. Van Gompel, IMT

Pr. A. Van Gompel (ITG), Dr. R. Snacken (WIV- LP), Pr. F. Jacobs (Hôp. Erasme, ULB) Pr. W. Peetermans (U.Z. - K.U.Leuven), Pr. Y. Van Laethem (CHU. St. Pierre, ULB), Pr. B. Vandercam (CHU. St. Luc, UCL), Pr. R. Peleman (UZ.-U.Gent), Pr. P. Lacor (AZ-VUB), Dr. Ph. Leonard (CHU-ULg).Dr Soentjens (Armée Belge)

INFORMATION MEDICALE POUR LES VOYAGEURS 2007-2008

Ce document est le texte de base discuté lors d'une réunion de consensus belge qui s'est tenue le 15/06/2007, à l'Institut Scientifique de Santé Publique (ancien IHE) 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 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 2006-2007 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 2007 <http://www.who.int/ith>
- "The Yellow Book Health Information for International Travel, 2008" CDC <http://wwwn.cdc.gov/travel/contentYellowBook.aspx>

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**, la **malaria** (pour autant que vous parcouriez une zone où cette maladie sévit), 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 d'eau potable contaminée. Il faudra donc être particulièrement prudent lorsque le voyage se déroule dans des conditions d'hygiène rudimentaires.
- La **malaria** est transmise 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.
- Par ailleurs, on veillera à désinfecter soigneusement toute blessure afin de prévenir les **infections**.

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 et 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, l'hépatite B, l'influenza, etc.
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 tique 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 néanmoins dans moins de 1% des cas mène à un absentéisme. 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 et du type de voyage. 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 d'un an, ou exceptionnellement à partir de l'âge de 6 mois. La vaccination est en principe contre-indiquée chez les femmes enceintes. Chez les sujets immunodéprimés les risques et les bénéfices devront être soigneusement évalués. Les personnes qui ont subi une thymectomie dans le cadre d'un thymome ne peuvent pas être vaccinées. Il est intéressant pour les personnes voyageant beaucoup d'avoir toujours à leur disposition l'attestation officielle de vaccination contre la fièvre jaune. 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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune

Carte OMS : <http://www.who.int/ith> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps

Directives OMS détaillées : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_11_eng.pdf & <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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. Le vaccin injectable qui était administré auparavant, présente une efficacité faible et était souvent responsable d'effets secondaires. Ceci nous a amenés à en arrêter l'administration. Il n'est d'ailleurs plus disponible en Belgique. 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 peut donc, dans certains cas, s'avérer utile. 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 protection partielle et 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 dans des conditions très spécifiques comme chez les personnes travaillant dans des camps de réfugiés où règne un risque d'épidémie de choléra.

Carte OMS : <http://www.who.int/ith> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps

VACCINATIONS DE BASE

TETANOS ET DIPHTERIE

http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination

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 tous les 10 ans, même si la dernière injection a eu lieu il y a plus de 10 ans. Si on a reçu un jour toutes les injections nécessaires pour une vaccination complète 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 antidiphtérique. 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 un an 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.

NB. **Coqueluche** (Boostrix ® = tétanos + diphtérie + coqueluche acellulaire; pour les adultes) : voir

http://www.health.fgov.be/CSH_HGR cliquez sur : avis et recommandations - terme de recherche: vaccin.

Ou directement accessible via le lien http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination

POLIOMYELITIS (http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination)

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 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.

<http://www.polioeradication.org/content/general/casemap.gif> ou

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → maps).

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

| | |
|--|--|
| Imovax® forme injectable | Revaxis® |
| - Rappel : une injection suffit - Primovaccination: rappel après 2 et après 12 mois | - 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 d'achever 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 http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → 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> (& WER sept 2005).

ROUGEOLE http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination → 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 (une injection pour les adultes (WHO-2005) ou 2 injections (au total) pour les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans selon le calendrier vaccinal belge (C.S.H./ Vaccination de rattrapage (2)). La vaccination se fait toujours avec le vaccin trivalent, qui est le seul disponible.

VACCINATIONS RECOMMANDEES

HEPATITE A (http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination)

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 – Amérique latine, mais aussi en Europe de l'Est et dans le Proche et le Moyen Orient, d'être protégés contre l'hépatite A.

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
- une deuxième injection 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 ® (3 doses !).

Par ailleurs, il n'y a pas d'intérêt de mesurer le taux d'anticorps anti-HAV post-vaccination ; les techniques standards des laboratoires de routine ne permettent pas une évaluation fine de la réponse.

Légende du tableau : l'hépatite A http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → 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 équivalents, 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 l'administrer en cas de voyage de courte durée effectué dans de bonnes conditions d'hygiène. La vaccination est par contre clairement indiquée pour des voyages aventureux dans de mauvaises conditions d'hygiène ou 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

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

- **L'HÉPATITE B** (3 injections, jour 1-30-180 ou schéma accéléré jour 1-7-21 et 360 = 4 injections) :
Si, 4 à 6 semaines après la dernière injection de la série, on observe un taux d'anticorps >10 IU/ml, une **protection à vie** est en principe assurée.

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.**"

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; 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.
http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination . 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.

Il n'est pas rare que les patients oublent 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 : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → 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
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%)

o **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 guest houses, visite d'amis ou de familles vivant dans le pays) ou qui y séjourneront plus de 4 semaines.

La vaccination tétravalent 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)

<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>

(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** (3 injections, jour 1-7-30)

Actuellement, le vaccin est seulement disponible via quelques grands centres de vaccination. Cette vaccination est grevée 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 donc 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. 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>

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 tique; le produit peut être mis sur la peau ou sur les habits. 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 ;

Cartes : <http://www.zecken.de/index.php?id=502> ; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

- **RAGE** (3 injections: j. 1-7-21/28; rappel 1 an, 5 ans ; partiellement remboursées)
(http://www.health.fgov.be/CSS_HGR/vaccination)

Carte : http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → 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. 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, ..). En Belgique, le vaccin antirabique n'est délivré que par l'Institut Pasteur – département antirabique - Rue Engeland 642, 1180 Bruxelles tél. (02) 373 31 56, Fax (02) 373 32 86). <http://www.pasteur.be> . Voir aussi : www.itg.be .

- La vaccination contre **la TUBERCULOSE (B.C.G.)** a une efficacité partielle et n'est certainement pas indiquée pour des voyages de courte durée. Elle peut être envisagée pour les enfants 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,...).
(http://www.health.fgov.be/CSH_HGR cliquez sur : avis et recommandations - terme de recherche: vaccin)

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

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|---------------------|--|--|---|--|--|
| Afghanistan | | Yes | | no | |
| Albania | | Yes | | no | |
| Algeria | | Yes | | no | |
| Angola | Yes | | yes | - | |
| Anguilla | | Yes | | no | |
| Antigua and Barbuda | | Yes | | no | |
| Argentina | | No | | No * | * WHO & CDC Iguazu Falls |
| Australia | | Yes | | no | |
| Bahamas | | Yes | | no | |
| Bangladesh | | Yes | | | |
| Barbados | | Yes | | no | |
| Belize | | Yes | | | |
| Benin | Yes | | Yes | - | |
| Bhutan | | Yes | | no | |
| Bolivia | Yes | Yes | | | risk areas such as the province 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. |
| Botswana | | Yes | | no | |
| Brazil | Yes | Yes | | | rural areas in the states of Acre, Amapá, Amazonas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondônia, Roraima and Tocantins, and to areas in other states where transmission risk exists, including the entire state of Minas Gerais and specific areas of the states of Espírito Santo, Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul. The complete list of municipalities are available at www.saude.gov.br/svs Vaccination is recommended for travellers visiting Iguazu |

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|-------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | | Falls. Coastal cities, including Rio de Janeiro, Sao Paulo, Salvador, Recife, and Fortaleza, are NOT areas with risk of yellow fever transmission. |
| Brunei Dar. | | Yes | | no | |
| Burkina F | Yes | | Yes | - | |
| Burundi | Yes | Yes | | Yes | |
| Cambodia | | Yes | | no | |
| Cameroon | Yes | | Yes | - | |
| Cape Verde | | Yes | | no | |
| Central African Republic | Yes | | Yes | - | |
| Chad | Yes | Yes | | Yes | |
| China | | Yes | | no | |
| Christmas Island | | Yes | | no | |
| Colombia | Yes | | | | 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 |
| Congo | Yes | | Yes | - | |
| Congo, Democratic Republic of | Yes | | Yes | - | |
| Côte d'Ivoire | Yes | | Yes | - | |
| Djibouti | | Yes | | no | |
| Dominica | | Yes | | no | |
| Ecuador | Yes | Yes | | | In the east of the Andes Mountains. No risk in the cities of Quito and Guayaquil, or the Galapagos Islands. (required to possess certificates of vaccination on their departure to an area with risk of yellow fever transmission). |
| Egypt | | Yes | | no | |
| El Salvador | | Yes | | no | |

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|-------------------|--|--|---|--|--|
| Equatorial Guinea | Yes | Yes | | Yes | |
| Eritrea | | Yes | | no | |
| Ethiopia | Yes | Yes | | Yes | |
| Fiji | | Yes | | no | |
| French Guyana | Yes | | Yes | - | |
| French Polynesia | | Yes | | no | |
| Gabon | Yes | | Yes | - | |
| Gambia | Yes | Yes | | Yes | |
| Ghana | Yes | | Yes | - | |
| Grenada | | Yes | | no | |
| Guadeloupe | | Yes | | no | |
| Guatemala | | Yes | | no | |
| Guinea | Yes | Yes | | Yes | |
| Guinea-Bissau | Yes | Yes | | Yes | |
| Guyana | Yes | Yes | | Yes | |
| Haiti | | Yes | | no | |
| Honduras | | Yes | | no | |
| India | | Yes | | no | |
| Indonesia | | Yes | | no | |
| Iran | | Yes | | no | |
| Iraq | | Yes | | no | |
| Jamaica | | Yes | | no | |
| Jordan | | Yes | | no | |
| Kazakhstan | | Yes | | no | |
| Kenya | Yes | Yes | | Yes * | * Low risk in cities of Nairobi and Mombasa * Swiss: no risk at the coast, east of the line Nairobi-Amboseli and south or the line Nairobi-Lamu |
| Kiribati | | Yes | | no | |
| Lao PDR | | Yes | | no | |
| Lebanon | | Yes | | no | |
| Lesotho | | Yes | | no | |
| Liberia | Yes | Yes | | yes | |
| Libyan A.J. | | Yes | | no | |
| Madagascar | | Yes | | no | |
| Malawi | | Yes | | no | |

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|--------------|--|--|---|--|--|
| Malaysia | | Yes | | no | |
| Maldives | | Yes | | no | |
| Mali | Yes | Yes | | yes | |
| Malta | | Yes | | no | |
| Mauritania | Yes | Yes * | | Yes * | * except those arriving from a non-infected area and staying less than 2 weeks in the country. * WHO : only in the uttermost southern part |
| Mauritius | | Yes | | no | |
| Montserrat | | Yes | | no | |
| Mozambique | | Yes | | no | |
| Myanmar | | Yes | | no | |
| Namibia | | Yes | | no | |
| Nauru | | Yes | | no | |
| Nepal | | Yes | | no | |
| Neth.Antill | | Yes | | no | |
| N. Caledonia | | Yes | | no | |
| Nicaragua | | Yes | | no | |
| Niger | Yes | | Yes | - | |
| Nigeria | Yes | Yes | | Yes | |
| Niue | | Yes | | no | |
| Oman | | Yes | | no | |
| Pakistan | | Yes | | no | |
| Palau | | Yes | | no | |
| Panama | Yes | Yes | | | Province of Darien, the region Kuna Yala (old San Blas), East Panama including the districts of Chep, Chiman and Balboa. This does not include the City of Panama and the Panama Canal area (old Canal Zone) |
| Pap.N.Guinea | | Yes | | no | |
| Paraguay | | Yes | | no | WHO & CDC : Iguacu Falls |
| 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 | | no | |
| Pitcairn | | Yes | | no | |
| Portugal | | Yes* | | | * The requirement |

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|----------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | | | applies only to travellers arriving in or bound for the Azores and Madeira. No certificate is required from passengers in transit at Funchal, Porto Santo and Santa Maria. |
| Reunion | | Yes | | no | |
| Rwanda | Yes | | Yes | - | |
| Saint Helena | | Yes | | no | |
| Saint Kitts and Nevis | | Yes | | no | |
| Saint Lucia | | Yes | | no | |
| Saint Vincent and the Grenadines | Yes | | | no | |
| Samoa | | Yes | | no | |
| Soa Tome and Principe | Yes | | Yes | - | |
| Saudi Arabia | | Yes | | no | |
| Senegal | Yes | Yes | | Yes | |
| Seychelles | | Yes | | no | |
| Sierra Leone | Yes | | Yes | - | |
| Singapore | | Yes | | no | |
| Solomon Isl. | | Yes | | no | |
| Somalia | Yes | Yes | | Yes | |
| South Africa | | Yes | | no | |
| Sri Lanka | | Yes | | no | |
| Sudan | Yes | Yes* | | Yes | * a certificate may be required from travellers leaving Sudan |
| Suriname | Yes | Yes | | Yes | |
| Swaziland | | Yes | | no | |
| Syrian ArabR. | | Yes | | no | |
| Tanzania | Yes | Yes | | Yes | (No risk on Zanzibar, Pemba). CDC: the city of Dar Es Salaam has a lower risk than rural areas |
| Thailand | | Yes | | no | |
| Timor Leste | | Yes | | no | |
| Togo | Yes | | Yes | - | |
| Tonga | | Yes | | no | |
| Trinidad and Tobago | Yes | Yes | | Yes (CDC | |

| Countries | 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 Yes / no / - = none given | Vaccination is recommended for travellers visiting |
|-----------|--|--|---|--|---|
| | | | | yes) | |
| Tunisia | | Yes | | no | |
| Uganda | Yes | Yes | | 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 | | no | |
| Yemen | | Yes | | 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 4 espèces différentes de Plasmodium 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.

Où la malaria est-elle présente ?

<http://www.who.int/ith> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf → maps

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 est 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 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). Autan-Active® (picaridine), Mosegor®/Mosiguard® et les produits contenant « 3535 » sont les seuls répulsifs sans DEET qui sont efficaces et sans risque.
 - 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** :
 - Vu la résistance croissante du Plasmodium aux produits classiques, la prévention de la malaria devient de plus en plus complexe. Aucun médicament préventif n'est efficace à 100% 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

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps - répartition en zones I,II et III (dans le texte): voir le chapitre <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html> & la liste en annexe ; 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 : 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), 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. 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. Par ailleurs la prise d'une chimioprophylaxie prévient le premier accès de malaria dû au P. vivax/ovale mais pas les suivantes (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 B (WHO III)**: Les régions où P. falciparum est présent mais pas à l'état hyper-endémique, et/ou la chimiorésistance est faible. Ici aussi il faut tenir compte du fait que la transmission de la malaria dépend de la saison et est limitée géographiquement. Nous recommandons : proguanil (Paludrine ®) 200 mg par jour (c'est à dire 2 comprimés de 100 mg) avec la prise de chloroquine (Nivaquine ®) 100 mg par jour à débiter la veille du départ, et à poursuivre 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ. Savarine ® (France), qui constitue une association fixe de 200 mg de proguanil et 100 mg de chloroquine dans 1 comprimé, est n'importée en Belgique que sur commande spéciale du pharmacien). Il est préférable de prendre ces médicaments pendant ou après le repas. L'effet secondaire principal de la combinaison chloroquine-proguanil est une intolérance gastro-intestinale. A côté de la chimioprophylaxie les mesures de protection mécanique contre les moustiques restent de rigueur. On peut utiliser la Malarone® comme prévention alternative, par exemple en cas d'intolérance à un des composés ou pour les voyages courts..
- **Zone C (WHO IV)**: Les régions où P. falciparum est présent sur un mode holo- ou hyper-endémique, et où ce parasite tend à devenir multirésistant. 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 du 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 équivalentes mais la Malarone est plus chère. 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 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 Méfloquine (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 2 jours successifs, juste avant le départ (dose de charge) et le 3ème au J7.
 - 2- Schéma pour le nouvel utilisateur: 1 comprimés par jour durant 2 jours successifs, plus ou moins 10 jours avant le départ (J0 et 1) et le 3ème 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 (l'association Nivaquine®-Paludrine® est parfaitement tolérée par la femme enceinte)
 - Pour des zones bien précises, à savoir les régions boisées aux frontières Thaïlande-Cambodge et Thaïlande - Birmanie (surtout dans les provinces Trat et Tak), la Malarone® et

doxycycline constituent le premier choix de prophylaxie pour les personnes qui passent la nuit dans des conditions primitives. Malarone® est le premier choix de chemoprophylaxie 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 du départ, pendant le séjour et jusqu'à 4 semaines après le retour. 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.
- L'usage prophylactique de la méfloquine (Lariam®) n'est pas recommandé en dehors de ces régions (zones C / IV de l'OMS). La Malarone peut être également employée pour des courts séjours dans des zones à haut risque (séjour programmé ou changement d'itinéraire). En effet, la prise de Malarone est en général bien supportée et de durée relativement limitée (à débiter un jour avant l'arrivée dans la zone d'endémie jusqu'à 7 jours après le départ de cette zone)
- Exceptionnellement la combinaison de Nivaquine® 100 mg par jour (!) et de Paludrine ® deux comprimés par jour - à débiter la veille du départ, et à poursuivre 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ, mais cette combinaison est souvent beaucoup moins efficace. Savarine ® (France), qui constitue une association fixe de 200 mg de proguanil et 100 mg de chloroquine dans 1 comprimé, est n'importée en Belgique que sur commande spéciale du pharmacien).
- Dans certaines circonstances spécifiques, 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 en cas 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) ou la **quinine en association avec la doxycycline**. L'Halofantrine ne doit plus être utilisée comme traitement. Le Riamet ® (association fixe de artemeter et lumefantrine) est introduite sur le marché belge depuis le mois de Juillet 2007 (6 x 4 co : 0,8,24,36,46,60 heures). Ce médicament ne convient qu'à un traitement sous supervision médicale, et non à une chimioprophylaxie. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour 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 que la malaria est une maladie incurable

-

| |
|--|
| COUNTRY LIST MALARIA SITUATION – WHO 2007 |
|--|

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

Algeria, Armênia, Azerbaijan, Cape Verde, Geórgia, 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., El Salvador, 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 (in Belgium : daily) chloroquine+proguanil chemoprophylaxis (sometimes)

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

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, 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 l'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 chloramine; 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®, Certisil Argento®) 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.

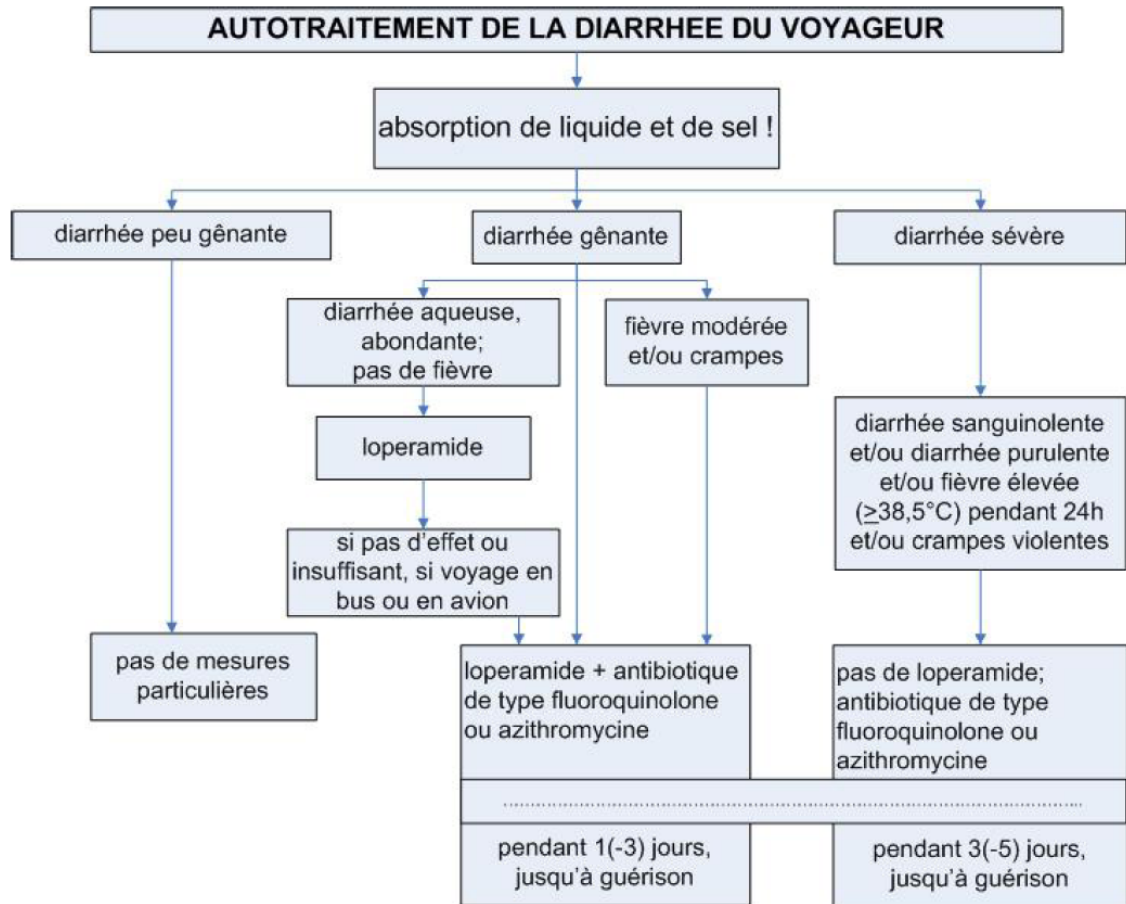
Comment traiter la diarrhée ?

- 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. L'Imodium® 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 de 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 : ofloxacine générique 400 mg (Tarivid 400®), soit 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir : ciprofloxacine générique 500 mg (Ciproxine 500®), ofloxacine générique 200 mg (Tarivid 200®), norfloxacine générique 400 mg (Zoroxin 400®) pendant 1 à 3 jours 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. Pour les enfants Ciproxine existe sous forme de sirop (20 mg /kg/jour en 2 doses).
- Azithromycine générique / Zitromax ® : à la dose de soit 1000mg en une fois, soit 500mg par jour pendant trois jours est autorisé chez les femmes enceintes et chez les enfants (sirop) à la dose de 5 à 10 mg/kg/jour.
- NB. Certaines autorités préfèrent l'azithromycine pour l'Asie (de l'Inde jusqu'à Extrême Orient) à cause de la résistance croissante de *Campylobacter* sp. aux fluoroquinolones.
- Bactrim forte® ou Eusaprim forte® ne sont plus conseillés.

Schématiquement :



Ce schéma est un traitement d'urgence, destiné exclusivement à être utilisé en voyage.
Ne l'utilisez pas après retour en Belgique, mais consultez d'abord votre médecin !

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 SIDA 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**. Emportez votre carte de groupe sanguin. 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); problèmes d'altitude; plongée; contraception;
 - voyage avec enfants/avec une femme enceinte/avec un malade chronique.
- **Mal d'altitude** & l'usage correct de l'acétazolamide: voir text 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 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 parfois survenir déjà dans les premiers mois qui suivent la contamination (sang dans les urines, paralysie). Dans ce cas on doit immédiatement consulter un médecin. Voir cartes géographiques par pays : <http://www.who.int/wormcontrol/documents/maps/country/en>
- **Dengue.** La dengue est en pleine expansion en Amérique latine et en Asie (<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/map-distribution-2005.htm>). C'est une infection virale transmise par un moustique qui pique de jour. La maladie se caractérise par de la fièvre et souvent des douleurs musculaires. Dans de très rares circonstances, la maladie peut se développer de manière dramatique, avec chute de tension et hémorragies mais en principe avec de bons soins médicaux, l'évolution est presque toujours favorable. Il n'existe pas de vaccin ni de médication antivirale efficace. La maladie guérit spontanément, mais la convalescence peut durer longtemps. Ne pas utiliser d'aspirine mais seulement du paracétamol en cas de fièvre. 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) | | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixed/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|--------------------------------|------|-----|-------|------|-------------|------|------------|------|-------|--|
| Arabie Saoudite | d | (a) | p | (b) | (t) | m*** | | | (C) | m *** : pèlerins Hadj/Umra |
| Argentine | ** | a | | * | (t) | | | | (A) | **FJ : “OMS: recommandé pour le Foz (chutes) 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 | | | * | | | | | | |
| Bahreïn | | (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) | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|-------------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|-------|-------|---|
| Belize | d | a | | (b) | (t) | | | | (A) | |
| Bénin | c | a | p | b | t | m | | | C | |
| Bermudes (Oc.Atl.) | | | | * | | | | | | |
| Bhoutan | d | a | p | b | t | | (j) | | (C) | |
| Bolivie | c° ** | a | | (b) | t | | | | (A)/C | C : Amazonie ** FJ « OMS : recommandée pour certaines régions ». |
| 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 certaines régions & Foz (chutes) d’Iguaçu |
| Brunei-Darussalam | d | (a) | p | (b) | (t) | | (j) | | | |
| Bulgarie | | 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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utl/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm> : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|------------------------------|------|-----|-------|------|-------------|------|------------|------|-------|--|
| Burkina Faso | c | a | p | b | t | m | | | C | |
| Burundi | c | a | p | b | t | (m) | | | C | |
| Caïmanes Iles(Car.) | | | | * | | | | | | |
| 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) | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|--------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|------------|------|-------|--|
| 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 | |
| Cook Iles(Pac.) | | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Corée (N) | | a | p | b | t | | (j) (8-10) | | ((A)) | |
| Corée (S) | | (a) | (p) | b | | | (j) (8-10) | | ((A)) | |
| Costa Rica | | a | | (b) | (t) | | | | (A) | |
| Côte d’Ivoire | c | a | p | b | t | (m) | | | C | |
| Croatie (ex-Yougoslavie) | | (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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|--------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| 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) | | | | (B) | |
| Equateur | 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) | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixed/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|-------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|-------|--|
| 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) | | * | | | | | | |
| Grenade (Car.) | d | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Groenland | | (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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| 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) | |
| Haiti | 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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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 | | (B)(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 | | | | | | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|---------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|-------|--|
| Kazakhstan (ex-URSS) | d | a | (p) | b | t | | | | | |
| 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 | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|-----------------------------------|------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| Lituanie (Rép. Baltiques) | | (a) | | (b) | | | | (e) | | |
| Macao (Chine, SAR) | | (a) | (p) | (b) | | | | | | |
| Macédoine (Ex-Yougoslavie) | | (a) | | (b) | | | | | | |
| 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) | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm> : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|----------------------------------|------------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| Maroc | | a | p | (b) | (t) | | | | | |
| Marshall Iles(Pac.) | | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Martinique (Car.) | | (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 |
| 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) | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|---------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| 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)) | | (B) | |
| Nicaragua | d | a | | (b) | t | | | | (A) | |
| 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) | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm> : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|---------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|-----------|------|---------|--|
| 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.) | d | 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 | d ** | a | | (b) | (t) | | | | (A) | **FJ “OMS: recommandée pour Foz (chutes) D’Iguaçu” |
| Pérou | c° ** | a | | b | t | | | | (A)/C | **FJ « OMS : recommandée pour certaines régions » |
| Philippines | d | a | p | b | (t) | | (j) | | (C) | voir texte |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|-------------------------------|------|-----|-------|------|-------------|------|----------|-------|------|---|
| Pitcairn Ile (Pac.) | d | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Pologne | | (a) | | * | | | | (e) | | |
| Polynésie Française (Pac.) | d | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Porto Rico (Car.) | | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Portugal | d ** | (a) | | * | | | | | | ** FJ:d = seulement les voyageurs arrivant ou se rendant aux Açores et à Madère |
| 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) | | 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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utis/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|---|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| 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 | | | | B | |
| Samoa (Américaine / Pac.) | d | (a) | | (b) | (t) | | | | | |
| Sao Tomé & Principe (Oc. Atl.) | C ** | a | p | b | t | | | | C | **FJ « OMS : recommandée » |
| Sénégal | c° ** | a | p | b | t | m | | | C | **FJ « OMS : recommandée » |
| Serbie & Montenegro (incl. Kosovo) (ex-Yougoslavie) | | 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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utis/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|---------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|-------|---|
| Sierra Leone | c | a | p | b | t | (m) | | | C | |
| Singapour | d | (a) | | (b) | | | | | | |
| 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 | | (B) | |
| 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)) | |

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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixed/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|------------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|------------|------|-------|--|
| Tadjikistan (ex USSR) | | a | (p) | b | t | | | | (B) | Juin - octobre |
| Taiwan | | a | (p) | b | (t) | | (j) (4-10) | | | |
| Tanzanie | c° ** | a | p | b | t | (m) | | | C | **FJ « OMS : recommandée » |
| Tchad | c | a | p | b | t | m | | | C | |
| 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.) | d | a | | (b) | (t) | | | | | |
| Trinité-et-Tobago (Car.) | d ** | (a) | | (b) | (t) | | | | | **FJ « OMS : recommandée » |
| Tunisie | 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, seulement la vaccination est exigée si l'on vient d'un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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" (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utlis/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → "News".

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|----------------------------------|-------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|-------|--|
| 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) | | | | (B) | |
| 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) | | | | | |

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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixe/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utls/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm> : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

MALARIA : A/B/C = la prophylaxie est conseillée. Pour tous détails, voir le texte où consultez-le sur le website: <http://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) |
|----------|------|-----|-------|------|-------------|------|----------|------|------|--|
| 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, seulement la vaccination est exigée si l’on vient d’un pays où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune.

Carte OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps ; directives OMS détaillées <http://www.who.int/ith/countries/en/index.html>

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

Cartes OMS : <http://www.polioeradication.org/content/fixed/casemap.shtml> http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps.

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 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” (<http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utlils/ybGet.asp?section=dis&obj=menin.htm>) : 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 <http://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

<http://www.tbe-info.com/epidemiology/endemic.html>; <http://www.isw-tbe.info> → “News”.

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

AFRIQUE DU NORD

Il n'existe pas de risque de malaria et les mesures préventives ne sont nécessaires ni en **ALGERIE** (où il n'existe 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), ni au **MAROC** (où il n'existe qu'un risque très faible de mai à octobre, dans quelques foyers éloignés, isolés et difficilement accessibles dans la province de Chefchaouen), 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, au Maroc 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.

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.

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 (la région au sud 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 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. Consultez la carte pour les détails.

4. SUR LES ILES SUIVANTES aucune mesure de protection 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 à Plasmodium vivax peut exister dans certaines régions rurales isolées **sur l'île Maurice**, mais aucun cas n'a été signalé depuis 1998.

Un risque de malaria extrêmement faible existe sur **l'île de Sao Tiago (Cap-Vert)** du mois de septembre 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, 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) 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.

Enfin, dans certains cas, la prise quotidienne de NIVAQUINE associée à la PALUDRINE peut être envisagée (NOTE 2), mais cette combinaison est souvent nettement moins efficace, voire relativement inefficace (une efficacité relative mais clairement suboptimale (60-70 %) est encore observée mais uniquement en Afrique de l'Ouest, Madagascar et Afrique du Sud).

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

La combinaison de **NIVAQUINE**, 1 comprimé par jour, chaque jour de la semaine et **PALUDRINE**, 2 comprimés par jour, en une prise ou bien un comprimé matin et soir. Ces médicaments doivent être pris depuis la veille du départ, et continués jusqu'à 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ. Souvent, les personnes qui séjournent plus longtemps qu'une à deux semaines dans une région où la malaria est endémique, doivent disposer d'un traitement antimalarique (premier choix : Malarone®) pour avoir la possibilité de se faire traiter en cas d'urgence. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de médecine du voyage.

DIARRHEE

La DIARRHEE est un problème fréquent lors de voyages. Même lorsqu'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.

VACCINATIONS

- La vaccination contre la FIEVRE JAUNE EST NECESSAIRE pour les pays où sévit potentiellement la maladie (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →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), Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Sao Tome et Principe, Sénégal, Sierra Leone, Soudan (un certificat peut être exigé pour les voyageurs qui quittent Soudan), Somalie, Tanzanie et Zanzibar (pas en cas de vol direct –pas de risque sur l'île de Zanzibar),Togo, Tchad.
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, 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 et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces et leur 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.
- 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 Azerbaijan (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 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 2001. 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, Mekka, Taif & Medina. 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 ~~la Turquie et 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. Les mesures de protection contre les piqûres de moustiques suffiront.

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. 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 ~~souvent~~ suffisantes.

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) 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.

Finalement dans certaines circonstances, la prise quotidienne de NIVAQUINE plus PALUDRINE peut être envisagée, mais cette combinaison est nettement moins efficace. 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 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.

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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps), les pays comme l'Afghanistan, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, 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.
- Voyager en Asie est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins contre le TETANOS, la DIPHTERIE et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces et 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.
- 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 : 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.

(http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section21/Section340_4015.htm → India).

- 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** et **NOTE 2** sont d'application

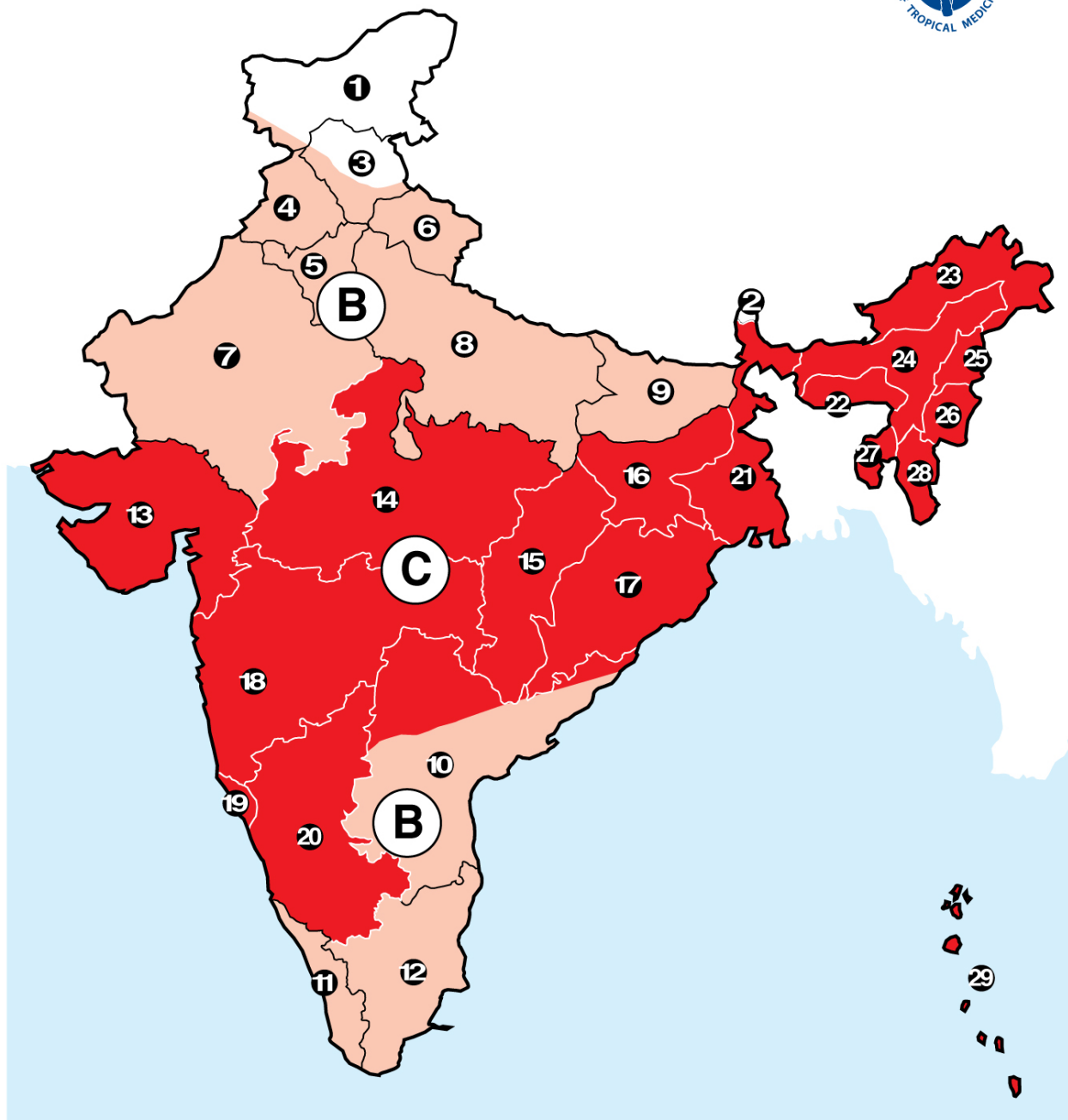
1/ il n'y a **pas de risque de malaria** au-dessus de 2000m dans les régions montagneuses des états du nord : *Kashmir, Jammu, Sikkim et Himachal Pradesh*. Aucune mesure préventive n'y est donc nécessaire.

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 les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 1** (Nivaquine & Paludrine ; 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), *Orissa et l'ouest de Bengal* (à l'exception de Kolkata). Ici les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 2** (Malarone ®, doxycycline, Lariam ®) sont d'application

SRI LANKA : Il n'y a **pas de risque** dans les districts de Gampaha (situé au nord de Colombo), Colombo, Kalutara, Galle & 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

Malaria 2007-2008



□ no risk > 2000m

- ① JAMMU & KASHMIR
- ② SIKKIM
- ③ HIMACHAL PRADESH

ⓑ variable limited risk

- ④ PUNJAB
- ⑤ HARYANA
- ⑥ UTTARANCHAL
- ⑦ RAJASTHAN
- ⑧ UTTAR PRADESH
- ⑨ BIHAR
- ⑩ ANDHRA PRADESH
- ⑪ KERLA
- ⑫ TAMILNADU

ⓒ variable elevated risk

- ⑬ GUJARAT
- ⑭ MADHYA PRADESH
- ⑮ CHHATISGARH
- ⑯ JHARKHAND
- ⑰ ORISSA
- ⑱ MAHARASHTRA
- ⑲ GOA
- ⑳ KARNATAKA
- ㉑ BENGAL
- ㉒ MEGHALAYA
- ㉓ ARUNACHAL PRADESH
- ㉔ ASSAM
- ㉕ NAGALAND
- ㉖ MANIPUR
- ㉗ TRIPURA
- ㉘ MIZORAM
- ㉙ ANDAMAN & NICOBAR

(source WHO 2005; UK malariaguidelines 2007)

ⓑ Nivaquine daily + Paludrine daily
Malarone daily

ⓒ Malarone or doxycycline daily; Lariam weekly

for details : see www.itg.be

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** : 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.

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 que dans certaines zones rurales dans le Teraï, provinces situés dans le sud du pays à la frontière avec l'Inde, à une altitude inférieure à 1200 m.

Dans le reste du Népal et en particulier dans la capitale Katmandou, il n'y a pas de risque de malaria. Pour les districts mentionnés du Teraï 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 2** (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. Pour les autres voyageurs les recommandations de prévention de la malaria sont expliquées dans la **NOTE 2**.

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, Shemgang et Geyleg-phug). Les recommandations de prévention de malaria sont expliquées dans la **NOTE 2**.

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 Mandelej. 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.
- 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 3**)
 - (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 3** 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 2** sont d'application.
- d'avril à décembre dans les zones rurales de la province de Tenasserim
- **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 2**)

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

La combinaison de **NIVAQUINE®**, 1 comprimé par jour, et **PALUDRINE®**, 2 comprimés par jour, en une prise ou bien un comprimé matin et soir. Ces médicaments doivent être pris depuis la veille du départ et continués jusqu'à 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ. Pour de brefs séjours à haut risque, la **MALARONE®** pourrait être indiquée; le **LARIAM®** est un troisième choix (voir NOTE 2). Exceptionnellement, les personnes qui séjournent longtemps dans une région où la malaria est endémique, doivent disposer d'un traitement antimalarique (Malarone ®) pour avoir la possibilité de se (faire) traiter en cas d'urgence. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

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) 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 3

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.

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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →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 contre le TETANOS, la DIPHTERIE et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces. 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.
- Tous les voyageurs en Asie, quelles que soient la durée et les circonstances de séjour, doivent être protégés 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.

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

THAILANDE : 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, Phuket et les îles dans le Golfe de Thaïlande : Ko Samui, Phangan, etc. Le risque de malaria est **très faible** dans pratiquement tous les endroits touristiques, y compris la région de la rivière Kwai. 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.

Toutefois il y a des risques dans d'autres régions (aussi sur certaines îles et régions touristiques): il y a un **risque 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) avec un taux de résistance élevé contre le Lariam®.

Pour un séjour de 2 nuits ou plus en zone rurale dans des conditions rudimentaires (par exemple, les personnes qui, au départ de Chiang Mai et Chang Rai, entreprennent des excursions organisées en montagne avec seulement quelques nuitées sur place) des mesures de prévention de malaria supplémentaires sont souvent nécessaires : cf. **NOTE 3, Malarone®**.

http://www.members.aol.com/akaunzner/karten/thail_m.htm

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 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 2** sont d'application.

INDONESIE : Pas de risque de malaria dans les grandes villes de presque toutes les îles de l'Indonésie, sauf à Irian Jaya (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 Borobodur), Bali et le sud-ouest de Sulawesi. Dans le reste de l'Indonésie il y a un **risque de malaria variable**. 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. 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 2**).

Dans certaines circonstances **le risque de malaria est plus élevé**, et la prise de médicaments préventifs est impérative (cf. **NOTE 2**):

- (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, Célèbes, 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, Benguet, Bilaran, Bohol, Camiguin, Capiz, Catanduanes, Cebu Guimaras, Iloilo, Leyte, Masbate, Northern Samar et Sequijor, ni dans les plaines et les régions situées au-dessus de 600 m.

Dans les autres îles, 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 2 sont d'application.

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

TIMOR EST : voir NOTE 2

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 2.

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 2.
- 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

La prise quotidienne de **NIVAQUINE** 1 comprimé associée à la **PALUDRINE®**, 2 comprimés par jour. Ces médicaments doivent être pris depuis la veille du départ et continués jusqu'à 4 semaines après le retour. Cependant, il peut être utile pour des raisons de tolérance, de commencer quelques jours avant le départ. Pour de brefs séjours à haut risque, la **MALARONE®** pourrait être indiquée; le **LARIAM®** est un ~~le~~

troisième choix (voir NOTE 2). Exceptionnellement, les personnes qui séjournent longtemps dans une région où la malaria est endémique, doivent disposer d'un traitement antimalarique (Malarone®) pour avoir la possibilité de se (faire) traiter en cas d'urgence. Ceci doit être discuté avec le médecin traitant ou un médecin attaché à un centre de renseignements pour les voyages.

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) **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, ~~premier trimestre 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.

Enfin, dans certains cas, la prise quotidienne de NIVAQUINE associée à la PALUDRINE peut être envisagée, mais cette combinaison est souvent nettement moins efficace, voire relativement inefficace (uniquement encore plus ou moins efficace dans certaines régions en Indonésie, et aux Philippines).

Les personnes qui prennent de la Nivaquine et de la Paludrine et qui séjournent longtemps dans une région où la malaria est endémique, doivent disposer d'un traitement antimalarique complet pour avoir la possibilité de se (faire) traiter en cas d'urgence (premier choix Malarone ®)

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 3

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.

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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →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.
- Un voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins contre le TETANOS, DIPHTERIE et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces et leur 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.
- 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 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: 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. Dans la province de Guangxi (à l'est de la province de Yunnan) le risque n'est que sporadique.

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, 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 les provinces de

Guizhou et Guangdong, 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 dans des conditions rudimentaires.

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 du Mekong entre Phnom Penh et l'affluent Tonle Bassac (jusqu'à la frontière avec le Vietnam)
- en amont du fleuve du 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, mais il existe un risque limité de malaria dans les alentours de la ville et dans la région de Angkor Wat: pour les personnes qui visitent cette région 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.
- 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.

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.

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 : les recommandations de prévention de malaria expliquées dans la **NOTE 3** sont alors d'application.

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 (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: des mesures préventives contre la malaria ne sont pas nécessaires.

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

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) 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.

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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →maps), la Chine, le Cambodge, 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 contre le TETANOS, DIPHTERIE et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces et leur 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.
- 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, 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 (par *P. vivax*) dans tous les districts, mais le risque varie dans toutes les régions. Le risque est le plus élevé à Toledo et les districts de Stan Creek ; modéré à Corozal et Cayo et bas à Belize et 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 **HAÏTI** et (en moindre mesure) en **REPUBLIQUE DOMINICAINE** (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 les provinces de Limón et Puntarenas avec un risque le plus élevé dans les cantons Guacimo, Limón, Matina et Talamanca (dans la province Limón) et Garabito (la province Puntarenas). Pas de risque ou risque négligeable 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 Castañuelas, Hondo Valle et Pepillo Salcedo). 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 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.

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 que dans les régions de basse altitude (en dessous de 1500 m):

Le risque est modéré à élevé dans les départements d'Alta Verapaz, Baja Verapaz, Escuintla, Huehuetenango, Izabal, Petén, Quiché (Ixcan) et Retalhuleu.

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 : il n'y a pas ou très peu de risque de malaria dans les régions situées à plus de 300 m, ni dans le centre des grandes villes. Dans le reste du pays le risque de malaria est aussi bas, sauf dans certaines régions boisées dans les cantons du Gros Horne, Hinche, Maïssade, Chantal et Jacmel. 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. Le plus grand risque de malaria est dans les régions rurales des provinces de Colón, Islas de la Bahía en Gracias a Dios. Le risque est moins grand dans la province d'Atlantida. Le risque de P. falciparum est le plus élevé à Colon, Gracias a Dios et Islas de la Bahia. 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.

JAMAICA: Recommandation temporaire à propos de la Jamaïque:

Il existe depuis fin 2006 un risque limité de malaria dans certains quartiers de la

capitale Kingston. 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, 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 existe un risque de malaria (vivax) très réduit, uniquement dans quelques foyers ruraux forts isolés et situés à moins de 1000 m d'altitude:

1/ dans les états Chiapas, Campeche en Quintana Roo à la frontière avec Guatemala & Belize (*Plasmodium falciparum* est encore très rarement présent ici).

2/ dans les états Sinaloa, Nayarit, Michoacán, Guerrero en Oaxaca, et dans certaines régions des états Sonora, Chihuahua, Durango en Jalisco.

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 dans toutes les régions rurales et aussi dans les régions urbaines (principalement dans les quartiers périphériques) Le risque est le plus élevé dans les 7 municipalités dans le département de RA Atlantico Sur et modéré dans les 6 municipalités dans le département de RA Atlantico Norte.

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 ont été enregistrés dans 138 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 (due principalement à la forme bénigne de *Plasmodium vivax*) dans les régions rurales durant toute l'année. Ici s'appliquent les recommandations de prévention de malaria en cas d'un voyage aventureux.

- à l'ouest du canal de Panama (dans les provinces de *Bocas del Toro (inclus Ngobe Bugle)*, *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 (dans les provinces *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.

WHO Yellow fever vaccination recommendation: recommended for all travellers who are going to the Province of Darien, the region Kuna Yala (old San Blas), East Panama including the districts of Chep, Chiman and Balboa. This does not include the City of Panama and the Panama Canal area (old Canal Zone).

A yellow fever vaccination certificate is required from all travellers coming from countries with risk of yellow fever transmission

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) 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, ~~premier trimestre 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.

*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.*

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.

VACCINATIONS

- Le vaccin contre la FIEVRE JAUNE n'est pas obligatoire si vous partez de la Belgique, sauf si vous allez dans les provinces Darién, Chepo et San Blas dans l'Est du Panama. 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), vous devez être vacciné pour : Belize, Guatemala, Haïti, Honduras, et Nicaragua et ce à partir de l'âge d'un an (pour El Salvador à partir de l'âge de 6 mois).

- Aller en voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins contre le TETANOS, la DIPHTERIE et la POLIO. 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 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 protégés 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 (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. 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:

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

Ici, les recommandations de la prévention de la malaria de la NOTE 1 sont d'application (+ recommandation pour la vaccination contre la fièvre jaune pour le Foz de Iguazu).

WHO Yellow fever vaccination recommendation: Yellow fever vaccination is recommended for travellers visiting Iguazu Falls

Yellow fever- Country requirement: no

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.

- 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 Guayaramerín, Riberalta et Puerto Rico). 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.

WHO Yellow fever vaccine recommendation: recommended for incoming travellers visiting risk areas such as the province 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.

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers coming from areas with risk of yellow fever transmission.

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, Amapà, 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 (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 (Pará), Cuiaba (Mato Grosso), Rio Branco (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 (+ la vaccination pour la fièvre jaune pour le Foz de Iguaçu).

WHO Yellow fever vaccine recommendation: Vaccination is recommended for travellers to areas in Brazil with risk of yellow fever transmission, including **rural areas** in the states of Acre, Amapá, Amazonas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondônia, Roraima and Tocantins, and to areas in other states where transmission risk exists, including the **entire state** of Minas Gerais and **specific areas** of the states of Espirito Santo, Piaui, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul. The complete list of municipalities are available at www.saude.gov.br/svs. Vaccination is recommended for travellers visiting Iguaçu Falls.

Coastal cities, including Rio de Janeiro, Sao Paulo, Salvador, Recife, and Fortaleza, are NOT areas with risk of yellow fever transmission.

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers over 9 months of age coming from areas with risk of yellow fever transmission, unless they are in possession of a waiver stating that immunization is contraindicated on medical grounds.

CHILI : Pas de risque de malaria.

WHO Yellow fever vaccination recommendation: no

Yellow fever- Country requirement: no

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 800m. 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:

- ¼ 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 : dans les départements Arauca, Boyaca, Caqueta, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putamayo, Vichida (mais ici la combinaison de Nivaquine 100 mg/par jour + Paludrine 200 mg/par jour peut éventuellement aussi encore être efficace – OMS 2006).

WHO Yellow fever vaccination recommendation: Yellow fever vaccination is recommended for travellers who may visit the following areas considered to be endemic for yellow fever: 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.

Yellow fever- Country requirement: no

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. Guayaquil, Quito), ni dans les îles Galapagos. Il y a un risque modéré à prononcé 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.

WHO Yellow fever vaccine recommendation: In the east of the Andes Mountains.

No risk in the cities of Quito and Guayaquil, or the Galapagos Islands.

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers over 1 year of age coming from areas with risk of yellow fever transmission. Nationals and residents of Ecuador are required to possess certificates of vaccination on their departure to an area with risk of yellow fever transmission.

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) ; modéré dans la région 2 (Pomeroon-Supenaam) et bas dans les régions 4 (Demerara-Mahaica), 6 (East Berbice-Corentyne) et 10 (Upper Demerara-Berbice)). Ici les recommandations de prévention de la malaria expliquées dans la **NOTE 2** sont d'application.

WHO Yellow fever vaccination recommendation: yes

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers coming from areas with risk of yellow fever transmission and from the following countries (see www.who.int/ith)

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 (vallée de l'Oyapock) et au Suriname (vallée 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 (OMS 2004).

A yellow fever vaccination certificate is required from all travellers over 1 year of age.

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 Iguaçu: Pour les voyageurs se rendant à cette destination, la vaccination contre la fièvre jaune est hautement recommandée), Caaguazú , Caazapa, Canendiyú et

Guaira. Les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 1 sont d'application pour les nuitées dans les conditions rudimentaires.

WHO Yellow fever vaccine recommendation: No.

WHO Vaccination is **recommended for** travellers visiting Iguazu Falls

Country requirement: **A yellow fever vaccination certificate is required** from travellers coming from areas with risk of yellow fever transmission.

PEROU :

- Pas de risque de malaria dans les grandes villes (donc pas non plus dans la capital Lima et environs), ni dans toutes les régions situées à plus de 1500 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.
- 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 : dans les départements de Loreto (+ la ville d'Iquitos), San Martín, Ucayali et les provinces de basse altitude des départements de 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 séjourné 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.

WHO Yellow fever recommendation: recommended for those who intend to visit the jungle areas of the country below 2300m.

Travellers who will only visit the cities of Cuzco and Machu Picchu do NOT need vaccination.

Yellow fever- Country requirement: no

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 ; dehors la région de savane côtière avec le risque le plus élevé le long de la frontière orientale et dans les régions des mines d'or) les risques de malaria

sont très importants et les recommandations de la prévention de la malaria expliquées dans la NOTE 2 sont d'application.

WHO Yellow fever vaccine recommendation: yes

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers coming from areas with risk of yellow fever transmission.

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

WHO Yellow fever vaccine recommendation: yes

A yellow fever vaccination certificate is required from travellers over 1 year of age coming from areas with risk of yellow fever transmission.

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 provinces Amazonas (Alto Orinoco, Atabapo, Atures, Autana, Manapiare, Rio Negro) et Bolívar (Cedeño, Gran Sabana, Piar, Raul Leoni, Sifontes et Sucre) (situés au sud du fleuve Orenoque, à la frontière du Brésil), Carabobo (Naguanagua) 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 provinces Apure, Barinas, Sucre et Táchira (Nord de la rivière de l'Orinoco), il y a un risque limité 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.
- 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.

WHO Yellow fever vaccine recommendation: yes

Yellow fever Country requirement: no.

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.

NOTE 1

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) 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.

Enfin, dans certains cas, la prise quotidienne de NIVAQUINE associée à la PALUDRINE peut être envisagée (NOTE 2), mais cette combinaison est souvent nettement moins efficace, voire totalement inefficace. Les personnes qui prennent de la Nivaquine et de la Paludrine et qui séjournent longtemps dans une région où la malaria est endémique, doivent disposer d'un traitement antimalarique complet pour avoir la possibilité de se (faire) traiter en cas de crise (premier choix : Malarone®).

Tout cela mérite d'être discuté et adapté de manière individuelle avec votre médecin ou le médecin d'un

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".

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://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241580397_5_eng.pdf →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 contre le TETANOS, la DIPHTERIE et la POLIO. Ces vaccins sont très efficaces et leur 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 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 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.

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 (dans quelques villages du district de Masis, de la vallée d'Ararat à la frontière de l'ouest avec la Turquie),

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

Géorgie (quelques villages du sud-est),

Kirgizistan (dans certaines régions du sud et de l'ouest du pays, notamment dans les provinces de **Batken, Osh et Zhele-Abadskaya** et dans les régions frontalières avec le **Tadjikistan et l'Ouzbekistan**),

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)

Turkménistan (dans certains villages du sud-est du pays, principalement dans le district de Mary)

Ouzbekistan (Surkhanda-rinskaya Region: Uzunskiy, Sariassiskiy en Shurchinskiy districts).

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. 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** :

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 : ici la prise de NIVAQUINE[®], 300 mg par semaine + PALUDRINE[®] 200 mg par jour).

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 du moins quand vous partez de la Belgique.
- Aller en voyage est une occasion idéale pour se mettre à jour avec les vaccins contre le TETANOS et la DIPHTERIE. 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

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) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise)

Bruges:

- AZ St.-Jan, Travel Clinic, Ruddershove 10, 8000 Bruges, tel. 050/45.38.90 (sur rendez-vous: mercredi après-midi et vendredi matin) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise)

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) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).
- Travel Clinic, Hôpital Universitaire Erasme, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles
tél. 02/555.72.00 (sur rendez-vous) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).
- Centre du 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) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite japonaise).

Charleroi:

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

Gand:

- Hôpital Universitaire de Gand, Travel Clinic, Département de Médecine Interne, Polyclinique 2
De Pintelaan 185, 9000 Gand, tél. 09/240.23.50 ou 09/240.23.45 (sur rendez-vous)
(aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).

Hasselt:

- Centre de vaccination de l'hôpital Virga Jesse, Stadsomvaart 11, 3500 Hasselt
tél. 011/30.97.40 (sur rendez-vous) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).

Ieper:

- Hôpital régional Jan Yperman, Briekestraat 12, 8900 Ieper, tel.057/22.35.98 (sur rendez-vous)
(aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).

Louvain:

- Hôpital Universitaire Gasthuisberg, Département de Médecine Interne, Herestraat 49, 3000 Leuven
tél. 016/34.47.75 (sur rendez-vous) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise).

Libramont:

- Centre hospitalier de l'Ardenne, av. de Houffalize 35, 6800 Libramont, tél. 061/23.87.00 (01) (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) (aussi la vaccination contre l'Encéphalite Japonaise)

Namur:

- Centre Hospitalier Régional de Namur, avenue Albert I 185, 5000 Namur, tél. 081/72.71.42 (sur rendez-vous)
(provisoirement uniquement la vaccination contre la fièvre jaune)

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
consultation sans rendez-vous: jeudi entre 14.00 et 17.00 heures.
- 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 2007-2008 (Source WHO 2005)

