

VAX INFO MAGAZINE



7

SOMMAIRE du Vax Info n° 77 - mai 2017

- 1 - Voyages et migrants : demandeurs d'asile et réfugiés en Flandre
- 2 - Voyages et migrants : vaccination des demandeurs d'asile et des réfugiés en FWB
- 3 - Voyages et migrants : maladies évitables par vaccination - actualisation 2017
- 4 - Zona : la vaccination des personnes âgées est-elle nécessaire ?

1 - VOYAGES ET MIGRANTS

Demandeurs d'asile et réfugiés en Flandre

Les demandeurs d'asile et réfugiés constituent un groupe vulnérable qui doit être protégé contre les maladies infectieuses. Pour répondre à ce problème, mais aussi pour réduire le risque éventuel de dissémination d'infections dans la population générale, le gouvernement flamand a décidé que chaque demandeur d'asile et réfugié qui séjourne en Flandre ou sur le territoire de Bruxelles-Capitale doit recevoir une offre de vaccination (rappel compris) en conformité avec les recommandations, spécifiques à l'âge, en vigueur.

Pour permettre l'implantation et le maintien de cette politique dans le contexte de l'afflux récent de demandeurs d'asile, des accords clairs ont dans un premier temps été conclus, dans le cadre d'un protocole d'accord entre le Fédéral et les services compétents en Flandre, en concertation avec les partenaires locaux assurant la vaccination.

Dans ce contexte, les services de santé pour la jeunesse (*jeugdgezondheidszorg*) prennent en charge la vaccination des mineurs.

Tuberculose

Lors de leur arrivée, les demandeurs d'asile sont enregistrés par le Service Fédéral de l'Office des Etrangers à Bruxelles ; ils subissent le même jour un dépistage de la tuberculose. Ce dépistage repose sur une radiographie de thorax pour détecter une éventuelle tuberculose pulmonaire active. Seul les femmes (potentiellement) enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes se déplaçant en fauteuils roulants ne subissent pas de radiographie ; un test cutané à la tuberculine est réalisé, avec une lecture après 3 à 5 jours. Le test à la tuberculine doit être réalisé par la structure d'accueil, dans les 2 semaines de l'arrivée. Ce test est administré par le service médical de la structure d'accueil, ou par le Centre régional de la *Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding* (VRGT) ou l'antenne régionale du Fonds des Affections Respiratoires (FARES), ou par le secteur curatif (par exemple le médecin généraliste ou le pédiatre (1).

Vaccinations

Lors de la journée d'enregistrement à l'Office des Etrangers, les demandeurs d'asile sont adressés à un centre d'accueil ou une initiative d'accueil locale.

Dans le passé, l'Office des Etrangers n'était pas équipé pour administrer lui-même les vaccinations lors de l'enregistrement, ce qui constituait une occasion manquée d'offrir rapidement une protection aux demandeurs d'asile, avant qu'ils ne soient dispersés dans les différentes structures d'accueil du pays.

Pour pallier à ce problème, le Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration et le Ministre flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille ont conclu en février 2016 un protocole d'accord (2). Il y est prévu que, lors de l'enregistrement à Bruxelles, il est demandé aux demandeurs d'asile adultes un certificat de vaccination (en possession de 2% seulement des demandeurs).

Si nécessaire, les vaccins (une dose de RRO et une dose de dTpa) sont administrés par une infirmière. Les vaccins mis à disposition gratuitement par les autorités flamandes dans le cadre du programme de vaccination généralisé peuvent être utilisés à cet usage. Au même moment, une dose supplémentaire de vaccin contre la poliomyélite est administrée aux personnes âgées de plus de 6 ans en provenance du Pakistan et d'Afghanistan (conformément à l'avis de l'Organisation Mondiale de la Santé) (3).

Les adultes reçoivent par la suite, si nécessaire, une 2ème dose de vaccin RRO, et en automne, s'ils appartiennent à un groupe à risque, un vaccin contre la grippe.

Pour les demandeurs d'asile mineurs, après qu'ils aient été affectés à une structure d'accueil en Flandre, il est fait appel aux services de santé pour la jeunesse.

Kind en Gezin vaccine les enfants jusqu'à l'âge de 3 ans et si nécessaire aussi les enfants plus âgés non scolarisés. Les enfants scolarisés sont vaccinés par les centres de médecine scolaire (*Centra voor Leerlingenbegeleiding* ou CLB).

A côté des services de santé pour la jeunesse, d'autres partenaires (par exemple les médecins généralistes et les pédiatres) sont actifs en matière de vaccination des demandeurs d'asile et réfugiés mineurs ; il est donc essentiel de bien connaître les offres mutuelles et de communiquer. Ceci est facilité par l'existence d'une plateforme de concertation (*Vlaamse Vaccinatiekoepel*) où sont représentés tous ces partenaires, les entités locales de concertation (*Lokaal Gezondheidsoverleg* - LOGO), la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*, avec l'accompagnement d'experts scientifiques. Cette plateforme de concertation se réunit au moins 4 fois par an pour discuter de l'implantation des recommandations vaccinales en Flandre.

Consultation locale

Les organisations centrales comme *Kind en Gezin* et les CLB, ainsi que l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) ont déterminé

ensemble leur politique. Mais les grandes différences au niveau local ont rendu impossible une concertation de tous à ce niveau centralisé de décision. Les LOGO's - qui sont les initiatives locales de collaboration entre les différents acteurs, mandatées et financées par le gouvernement flamand afin d'implanter sa politique préventive et ses objectifs de santé - ont dès lors reçu mission d'organiser et de coordonner une consultation locale des différents acteurs pour rapporter d'éventuelles difficultés au gouvernement flamand. C'est ainsi qu'ont été mises en place, dans certaines régions, des initiatives de collaboration entre *Kind en Gezin* et les CLB, pour une vaccination conjointe dans les centres d'accueil (4, 5).

Le gouvernement flamand a levé l'obstacle de la langue rencontré par les CLB, en faisant traduire les lettres d'autorisations pour la vaccination. Depuis avril 2016, un dépliant sur la vaccination et les lettres d'autorisations pour les rappels de vaccination sont disponibles en sept langues (Anglais, Français, Russe, Arabe, Farsi, Pachtoune et Dari). Ces lettres peuvent être téléchargées sur le site de la *Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg* (6).

Equipe médicale mobile

Depuis avril 2016, Fedasil met également à disposition une équipe médicale mobile, composée d'un médecin, de deux infirmier(e)s et d'un collaborateur administratif, afin de pouvoir réagir rapidement à une épidémie d'une maladie infectieuse dans un centre d'accueil. Cette équipe médicale peut aussi offrir et administrer les vaccinations recommandées aux adultes qui ont été accueillis avant février 2016 par le Service fédéral de l'Office des Etrangers et qui n'ont donc pas encore bénéficié de l'offre systématique de vaccination.

La dissémination des infections au sein des centres d'accueil est une réalité : la preuve en est une récente épidémie (mai 2016), limitée, de rougeole dans le centre d'accueil d'Elsborn (en région germanophone belge), où à l'occasion d'un cas de rougeole chez un enfant, trois enfants ont été placés en quarantaine par l'équipe médicale mobile. Cette dernière a vacciné en deux jours près de 350 résidents et a soutenu les mesures préventives nécessaires en matière d'hygiène dans le centre (Fedasil, communication personnelle).

Il n'est pas encore établi si cette équipe médicale mobile aura cette mission de vaccination de manière permanente, surtout qu'à présent l'afflux de réfugiés a diminué depuis plusieurs mois en Belgique (comme dans la plupart des pays européens).

A. Vanlander & Karel Hoppenbrouwers.

Source :

Vanlander A. & Hoppenbrouwers K. *Preventie van infectiezieken en vaccinatie bij asielzoekers en vluchtelingen in België/Vlaanderen*. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2016 ; 48 (5) : 94-95. doi:10.1007/s12452-016-0074-6

<http://link.springer.com/article/10.1007/s12452-016-0074-6> [<http://link.springer.com/article/10.1007/s12452-016-0074-6>]

Références

1 - *Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT)*. *Asielzoekers en tuberculose : hoe verloopt de tbc-screening bij asielzoekers ?*

http://www.vrgt.be/tuberculose/faq/asielzoekers_en_tuberculose [http://www.vrgt.be/tuberculose/faq/asielzoekers_en_tuberculose]. Geraadpleegd op : 15 juli 2016

2 - *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid*. *Vaccinatie van vluchtelingen vanaf nu bij aankomst in België*. Persbericht 5 februari 2016.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie-vluchtelingen-vanaf-nu-bij-aankomst-in-belgi%C3%AB> [<https://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie-vluchtelingen-vanaf-nu-bij-aankomst-in-belgi%C3%AB>]. Geraadpleegd op : 15 juli 2016

3 - *World Health Organization*. *Regional office for Europe*. *WHO-UNHCR-UNICEF joint technical guidance : general principles of vaccination of refugees, asylum-seekers and migrants in the WHO European Region*. 23 November 2015.

4 - *Lokaal Gezondheidsoverleg*. *Afspraken i.v.m. vaccinatie van asielzoekers*.

<http://www.vlaamse-logos.be/content/vaccinatie-en-asielzoekers-verslag-en-afspraken-overlegtafels-februari-2016> [<http://www.vlaamse-logos.be/content/vaccinatie-en-asielzoekers-verslag-en-afspraken-overlegtafels-februari-2016>]. Geraadpleegd op : 15 juli 2016.

5 - *Federaal Agentschap voor de opvang van Asielzoekers*. www.fedasil.be [<http://www.fedasil.be>]. Geraadpleegd op : 15 juli 2016

6 - *Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)*. *Vertalingen 'algemene folder over vaccinaties' en 'formulieren inhaalvaccinaties'*. <http://www.vwvj.be/vertalingen-algemene-folder-over-vaccinaties-en-formulieren-inhaalvaccinaties> [<http://www.vwvj.be/vertalingen-algemene-folder-over-vaccinaties-en-formulieren-inhaalvaccinaties>]. Geraadpleegd op : 15 juli 2016.

Geraadpleegd op : 15 juli 2016.

Vax Info 77 - fin de l'article "Demandeurs d'asile et réfugiés en Flandre"

2 - VOYAGES ET MIGRANTS

Vaccination des demandeurs d'asile et des réfugiés en FWB.

Pour tous les réfugiés et demandeurs d'asile, la politique suivie par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) est identique à celle définie pour tous les primo-arrivants. Le schéma vaccinal recommandé est celui de la FWB (y compris la vaccination de rattrapage).

Les vaccinateurs en FWB sont d'une part les structures préventives (consultations pour enfants et consultations prénatales de l'ONE ainsi que les services de Promotion de la Santé à l'Ecole) et d'autre part les médecins traitants y compris les médecins des centres Fedasil.

Tous les vaccins distribués par le circuit de la FWB sont accessibles gratuitement pour tous les sujets de 0 à 20 ans. Pour les femmes enceintes, seul le vaccin dTpa l'est entre 24 et 32 semaines de grossesse.

Les vaccinateurs commandent les vaccins soit via la plate-forme électronique e-vax, soit via une commande papier auprès de la Cellule vaccination de la DCVD de l'ONE.

Excepté pour la coqueluche chez les femmes enceintes, aucun vaccin n'est mis gratuitement à disposition pour la population adulte (ni belge ni étrangère) par le programme de vaccination en FWB.

Au plus fort de la crise d'arrivée des réfugiés, fin 2015 et 2016, les recommandations de vaccinations pour les réfugiés ont été communiquées aux vaccinateurs via la [plate-forme e-vax](https://www.e-vax.be/welkom.do) [<https://www.e-vax.be/welkom.do>].

En conclusion en FWB :

- Tout sujet de 0 à 20 ans demandeur d'asile ou réfugié peut avoir accès gratuitement à la vaccination via les consultations pour enfants ou s'il est en âge d'être scolarisé via les Service PSE de son école.
- Les femmes enceintes peuvent avoir gratuitement accès à la vaccination dTPa via les consultations prénatales.

Vax Info 77 - fin de l'article "Demandeurs d'asile et réfugiés en FWB"

3 - MALADIES EVITABLES PAR VACCINATION

Actualisation 2017

Cet article propose des données actualisées en matière de médecine des voyages, en accordant une attention particulière aux maladies infectieuses évitables par vaccination. Cette actualisation est basée sur les textes de consensus 2016-2017 du Groupe d'Etude Scientifique de Médecine du Voyage de Belgique.

Les médecins généralistes détiennent en Belgique une place centrale dans la délivrance d'avis médicaux aux voyageurs : de nombreux patients consultent leur médecin de famille avant un voyage lointain. Mais d'autres professionnels de la santé, comme les pharmaciens, les pédiatres, les médecins du travail, les gynécologues, etc sont régulièrement questionnés pour des avis en vue d'un voyage.

Souvent, la planification d'un voyage est mentionnée fortuitement et le médecin peut profiter de l'opportunité pour aborder certains risques et mesures de prévention. ceci est particulièrement le cas pour les personnes issues de l'immigration qui vivent en Europe occidentale et qui retournent, accompagnées ou non de leurs enfants, dans leur pays d'origine pour rendre visite à leur famille (par exemple lors d'un enterrement).

Principes généraux du conseil aux voyageurs

1. L'avis au voyageur doit être personnalisé

Les risques pour la santé au cours d'un voyage varient fortement et dépendent entre autres des facteurs suivants :

- du pays de destination et de la région visitée (côte, montagnes, villes uniquement...)
- de la nature du voyage et des circonstances du séjour : voyage touristique organisé, voyage professionnel, voyage aventureux, contexte d'hygiène douteux, visites à des amis autochtones ou à la famille...
- d'activités (encéphalite à tiques d'Europe centrale), de certains comportements à risque (hépatite B, infections sexuellement transmissibles (IST), etc), de la pratique de certains sports dangereux (motos, plongée, alpinisme, saut en parachute, etc)
- de la durée du voyage : les voyages de plus de 3 semaines demandent généralement plus de mesures
- de l'expérience antérieure du voyageur ou des antécédents de certaines maladies comme la malaria
- de l'âge : vulnérabilité accrue des nourrissons, des enfants et des personnes (très) âgées
- de l'état de santé, comme la présence de maladies chroniques (cardio-vasculaire, diabète, déficience immunitaire, etc) ou la prise de médicaments
- de la présence d'une (envie de) grossesse ou d'un allaitement.

2. Sujets qui doivent être abordés lors d'un avis aux voyageurs

- L'évaluation de la pertinence d'entreprendre un voyage, en fonction de l'âge, de l'état de santé, etc
- L'administration des vaccinations indispensables et mise à jour des vaccinations de base
- Lorsqu'elle est pertinente, la prévention par des répulsifs antimoustiques et une éventuelle chimioprophylaxie d'affections telles que la malaria, la dengue, le chikungunya et le zika
- L'information (répulsifs notamment) sur [les piqûres de tiques](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fteken.pdf) [http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fteken.pdf] et [les piqûres de moustiques](http://www.itg.be/itg/Uploads/medserv/FMAATREGELEN.pdf) [http://www.itg.be/itg/Uploads/medserv/FMAATREGELEN.pdf]
- L'information sur les [soins de la peau](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fHUID.pdf) [http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fHUID.pdf] (soleil, piqûres, morsures, parasitoses, etc)
- L'information sur les mesures préventives en matière d'**hygiène alimentaire**, les instructions pour la réhydratation et un éventuel autotraitement par antibiotiques de la **diarrhée des voyageurs** [http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/freizigersdiarree.pdf].
- La santé sexuelle, avec plus particulièrement la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) par usage du préservatif pour tout

voyageur qui voyage sans partenaire stable. Les études internationales nous apprennent que 5% (à 50% parfois) des voyageurs internationaux ont eu des contacts sexuels "occasionnels"; parmi ceux-ci, seul 1 sur 8 en moyenne utilise correctement un préservatif. Selon une étude menée par l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) parmi des personnes qui voyageaient sans partenaire, plus d'une sur 10 avait eu un rapport sexuel, le plus souvent inattendu; dans ces circonstances, l'usage d'un préservatif dépend principalement du fait d'en avoir emporté dans les bagages. [Plus d'informations \[http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fhiv%20soa.pdf\]](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fhiv%20soa.pdf).

- Les risques non infectieux potentiels lors du voyage (mal du voyage, accidents de la route, ivresse, mal des montagnes, coup de chaleur, coup de soleil, jet lag, risque de thrombose veineuse profonde durant les déplacements prolongés en avion ou en bus, etc). Les accidents de roulage et l'ivresse sont responsables de plus de 50% des décès lors des voyages vers des pays (sub)tropicaux.
- La composition de la pharmacie de voyage. Une attestation de voyage doit être remise aux personnes atteintes de maladie chronique qui doivent prendre régulièrement un médicament. La quantité de médicaments (y compris les contraceptifs) emportés dans le bagage à mains doit être suffisante pour couvrir le voyage plus un mois (réserve). Parfois, il est également utile d'emporter un stock de seringues et d'aiguilles.
- La présence d'un contrat d'assurance de voyage. Cette dernière n'est généralement pas un luxe superflu.

3. Avis aussi pour des voyages proches

Les voyageurs à destination des pays tropicaux sont tout à fait conscients du risque de contracter certaines maladies exotiques, comme la malaria ou la fièvre typhoïde. Mais lors de voyages en Europe et sur les côtes de la Méditerranée, certains risques pour la santé existent aussi, comme les infections de plaies, les infections des voies respiratoires, les IST, l'encéphalite à tiques en Europe centrale et dans les Balkans, les infections gastro-intestinales.

Vous trouverez un aperçu des autres affections concernées dans la rubrique "[Voyager vers des destinations proches \[http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?WPID=832&MIID=706&L=f\]](http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?WPID=832&MIID=706&L=f)" du site de l'IMT.

4. Les voyageurs "last minute"

Idéalement, la première consultation médicale devrait précéder le voyage de 4 à 8 semaines; une consultation une à deux semaines après certains voyages est utile.

Mais souvent, le voyageur consulte à peine deux semaines, ou même moins, avant son départ. L'avis et les vaccinations doivent dès lors être donnés dans une version raccourcie.

- Le fait d'une présentation tardive du voyageur ne peut jamais être une raison pour ne pas débiter un schéma de vaccination.
- Lorsque un schéma de vaccination ne peut être administré que partiellement, il sera complété après le voyage (l'intervalle recommandé entre les différentes injections devrait être autant que possible respecté). Ainsi, lors d'un voyage ultérieur, le nombre de vaccins à administrer sera réduit.
- Il existe des schémas raccourcis pour certaines vaccinations (voir plus loin).

5. Prise en charge correcte des problèmes médicaux après le retour

Certaines maladies, tropicales notamment, peuvent ne se manifester qu'après le retour. Il est important que le médecin pense à ces affections dans les premiers mois suivant un séjour dans des pays (sub)tropicaux.

Les plaintes et problèmes qui surviennent le plus souvent après le retour du voyageur sont

- la fièvre
- les infections des voies respiratoires
- les problèmes gastro-intestinaux comme les nausées, la gêne abdominale et la diarrhée
- les problèmes cutanés comme des démangeaisons, des plaies et ulcérations traînantes
- des infections sexuellement transmissibles.

Quelques situations particulières

Malaria

Toute fièvre ou état grippal qui survient pendant ou dans les 3 mois suivant le séjour dans une zone d'endémie de la malaria doit être considéré, chez les enfants également, comme une possible malaria, même dans le cas où un traitement antipaludique a été correctement suivi.

Chez les nourrissons, la fièvre peut même être absente; la présence d'autres symptômes infectieux doit toujours évoquer la possibilité d'une malaria.

Il s'agit toujours d'une urgence. La seule manière de diagnostiquer ou d'exclure une malaria est une analyse d'un prélèvement de sang. Il est recommandé, pour accroître la sensibilité, de recourir à une combinaison de la classique goutte épaisse et d'un test rapide de détection de la malaria.

IST

Une consultation de contrôle après le retour est nécessaire en cas de rapport sexuel non protégé, même en l'absence de symptômes. Une IST ne guérit pas spontanément. Une consultation de suivi est nécessaire après 3 mois, vu la latence de positivation des tests de laboratoire après une possible contamination (VIH). Une consultation plus précoce est rarement motivée par la présence de symptômes.

Rage

Malgré qu'il soit recommandé de démarrer la vaccination aussitôt que possible après une morsure suspecte, on peut débiter un traitement (vaccination et immunoglobulines éventuelles) même après le retour (voir plus loin "rage").

Plaies traînantes

Une affection tropicale doit toujours être envisagée face à une plaie qui ne guérit pas après un voyage exotique.

Zika

En présence d'un désir de grossesse ou d'une grossesse, les couples qui ont fait un séjour récent dans une zone à risque peuvent réaliser un test de laboratoire. S'ils ont présenté des signes évocateurs de l'infection, cette analyse doit être réalisée dès que possible. En l'absence de plaintes, l'analyse sera de préférence faite 3 semaines après l'exposition.

Syndrome respiratoire du Moyen-Orient - coronavirus (MERS-CoV)

Ce diagnostic doit être évoqué chez les voyageurs revenant du Moyen-Orient qui toussent, présentent de la dyspnée, de la fièvre ou une diarrhée.

Tuberculose

Un test à la tuberculine doit être réalisé dans les 2 mois du retour en cas de séjour de 6 mois minimum dans un pays à haute prévalence pour la tuberculose.

Voir plus loin "Tuberculose".

Schistosomiase

Un test de dépistage (sérologie, éosinophiles) peut être réalisé, 3 mois après le retour, en cas d'exposition à l'eau douce stagnante dans des régions endémiques (une grande partie de l'Afrique, des régions limitées d'Amérique du Sud, le Proche-Orient et l'Extrême-Orient).

La [carte des pays \[http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/schisto.pdf\]](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/schisto.pdf) peut être consultée sur le site de l'IMT.

En présence de plaintes grippales avec toux, diarrhées et signes cutanés, il faut penser, suite à une exposition à l'eau douce, à une possible schistosomiase. Exceptionnellement, des complications graves peuvent déjà apparaître dans les premiers mois après une contamination (sang dans les urines, paralysie) ; cette situation impose une consultation immédiate d'un spécialiste.

6. Plus d'informations ?

- Il y a au moins un centre spécialisé en médecine du voyage dans chaque Province ; un avis personnalisé peut y être donné à chaque voyageur. Une liste est [consultable \[http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/MedServ/FADRVAC.pdf\]](http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/MedServ/FADRVAC.pdf) sur le site de l'IMT.
- Vous trouverez sur le [site de l'IMT \[http://www.medicinedesvoyages.be\]](http://www.medicinedesvoyages.be) la dernière version (2016-2017) du Médasso consacré à la médecine du voyage, ainsi que les textes de consensus 2016-2017 du Groupe d'Etude Scientifique de Médecine du Voyage de Belgique. Vous pourrez aussi consulter des cartes et fiches par pays et maladie.

7. Information pour le grand public

Des brochures destinées au public peuvent accompagner la consultation et le dialogue entre le médecin et son patient :

- le [Passeport Question Santé \[https://www.passeportsante.be/intro.php\]](https://www.passeportsante.be/intro.php) qui est mis à jour chaque année avec la contribution de l'IMT
- la brochure de l'IMT "[Votre santé pendant le voyage \[http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fgezond.pdf\]](http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/fgezond.pdf)"

Une information sur le contexte de la sécurité dans le pays de destination peut être trouvée sur le [site du SPF Affaires Etrangères \[http://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger\]](http://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger).

Le SPF Affaires Etrangères conseille aux voyageurs belges de s'enregistrer avant leur voyage sur le [site travellersonline.diplomatie.be \[https://travellersonline.diplomatie.be/Culture/Selection?returnUrl=%2f\]](https://travellersonline.diplomatie.be/Culture/Selection?returnUrl=%2f).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES**1. Fièvre jaune**

La fièvre jaune est une infection virale, transmise par certaines espèces de moustiques (*Aedes*) qui piquent durant la journée.

La fièvre jaune est endémique dans une quarantaine de pays d'Afrique et d'Amérique du Sud. L'OMS évalue le nombre de personnes infectées annuellement à 200.000, avec 30.000 décès.

Des épidémies régulières de fièvre jaune (urbaine) surviennent, principalement en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale.

La transmission de la fièvre jaune est connue jusqu'à une altitude de 2.300 mètres. Il n'y a aucun risque au-delà de cette altitude. Ainsi, les voyageurs qui visitent uniquement la ville de Cuzco et le Machu Picchu ne doivent pas être vaccinés contre la fièvre jaune.

Indications de vaccination

Le vaccin (Stamaril®) est administré uniquement dans des centres de vaccination agréés.

La vaccination est fortement recommandée pour tous les voyages en zone épidémique. Certains pays exigent des voyageurs pénétrant ou sortant d'une zone endémique de pouvoir produire un certificat de vaccination. Une cartographie des pays pour lesquels une vaccination est recommandée et/ou obligatoire est consultable sur le site de l'IMT : [Afrique \[http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/Images/Gele%20koorts%20Afrika%2002.jpg\]](http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/Images/Gele%20koorts%20Afrika%2002.jpg), [Amérique du Sud \[http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/Images/Gele%20koorts%20Zuid%20Amerika%2002.jpg\]](http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/Images/Gele%20koorts%20Zuid%20Amerika%2002.jpg).

Contre-indications à la vaccination

Le nombre de situations dans lesquelles doit être prise une décision équilibrée de vacciner ou non contre la fièvre jaune, augmente au cours de ces dernières années. Il est préférable de contacter un centre de vaccination spécialisé, ou d'y référer le voyageur explicitement pour un avis.

En cas de contre-indication à la vaccination contre la fièvre jaune, il peut être nécessaire de conseiller un changement de destination de voyage.

Dans certains cas, un centre spécialisé en médecine du voyage peut délivrer un certificat de contre-indication médicale pour la vaccination. Il est essentiel dans ces cas d'appliquer durant toute la journée des mesures rigoureuses de protection contre les moustiques.

Contre-indications absolues

- L'allergie grave (de type anaphylactique) à un des composants du vaccin (dont les protéines de l'oeuf). Cependant, le vaccin peut malgré tout être administré après une petite dose d'essai par voie percutanée ou intradermique, mais, pour des raisons de sécurité, uniquement en milieu hospitalier
- Affections du thymus avec dysfonction immunitaire
- Infection VIH avec lymphocytes T CD4 <200/mm³
- Immunodéficiences cellulaires innées ou acquises (par exemple leucémie, lymphome, cancer généralisé)
- Après transplantation de moëlle osseuse : temps d'attente de 2 ans
- Traitement immunosuppresseur : la vaccination n'est possible qu'après un certain temps d'arrêt du traitement. Après une radiothérapie extensive, il faut attendre 3 mois.
- Les enfants de moins de 6 mois en raison d'un risque d'encéphalite post-vaccinale.

Le Conseil supérieur de la santé a publié un avis [http://www.vaxinfo.be/IMG/pdf/avis_css_8561.pdf] sur la vaccination en cas d'immunodéficiences, liées à une affection ou à un traitement. On y précise, entre autres informations, les laps de temps à respecter, après arrêt d'un traitement immunosuppresseur et avant administration de vaccins vivants atténués notamment.

Les personnes jeunes qui devront prendre des médicaments immunosuppresseurs dans un avenir proche (par exemple après une transplantation rénale ou pour une maladie de Crohn), et qui désirent pouvoir partir en vacances dans un pays où règne la fièvre jaune, peuvent se faire vacciner préalablement, même si les vacances n'ont pas été planifiées de façon concrète.

Contre-indications relatives (précautions)

- Le vaccin n'est en principe pas administré en Belgique aux enfants âgés de moins de 9 mois. En présence d'un risque important, il peut néanmoins être administré aux enfants à partir de l'âge de 6 mois (par exemple aux bébés de migrants qui retournent dans leur pays d'origine)
- Infection symptomatique à VIH avec lymphocytes T CD4 entre 200 et 499/mm³
- Femmes enceintes : de manière générale, on conseille d'éviter une grossesse jusqu'à un mois après l'administration de tous les vaccins vivants. Le vaccin peut cependant être administré lors d'un voyage vers des régions à haut risque de transmission. La réponse immunitaire est parfois moins bonne et la durée de protection n'est probablement pas à vie.
- Nourrissons : en cas de nécessité (risque réel de transmission ou d'épidémie de fièvre jaune) et à titre exceptionnel, le vaccin pourra être administré durant l'allaitement ; néanmoins, on conseille d'interrompre l'allaitement pendant deux semaines.
- En présence d'une sclérose en plaque, il est essentiel de bien mesurer les avantages et inconvénients d'une vaccination.
- A partir de l'âge de 60 ans, en cas de primovaccination, les avantages et les rares graves complications de la vaccination doivent être évalués, en tenant compte de la destination et du type de voyage. Le risque encouru par un voyageur non vacciné qui circule dans un pays où la fièvre jaune est présente est généralement plus important que le risque de complications liés à la vaccination.
- Les vaccins RRO et contre la fièvre jaune seront de préférence administrés à un intervalle de 28 jours ou plus, ou si c'est nécessaire, mais avec un risque de moindre réponse immunitaire, simultanément dans un autre site d'injection.

Schéma de vaccination

Une dose unique du vaccin vivant atténué (Stamaril®) confère une immunité de près de 100% après 10 jours, dans la plupart des cas à vie. L'attestation obligatoire de rappel après 10 ans est supprimée depuis 2016.

Rappel de vaccination

Chez certains patients, la vaccination ne protège cependant pas à vie et une dose de rappel ou un contrôle du taux des anticorps (via le laboratoire de référence de l'IMT) peuvent être nécessaires.

- Enfants de moins de 9 mois : l'attestation de vaccination est valable 1 an seulement ; un rappel est nécessaire avant un nouveau voyage ou après 1 an
- Femmes enceintes : l'attestation de vaccination est valable 1 an seulement ; un rappel est nécessaire avant un nouveau voyage ou après 1 an
- Vaccination avec un autre vaccin vivant atténué (par exemple le RRO) dans les 28 jours : l'attestation de vaccination est valable 1 an seulement ; un rappel est nécessaire avant un nouveau voyage ou après 1 an
- Immunodéficiences (par exemple HIV, autres affections du système immunitaires, traitement immunosuppresseur) : doser les anticorps et donner un rappel si nécessaire (ou un rappel après 10 ans)
- Personnes présentant un risque accru (par exemple celles qui travaillent dans une région où surviennent des épidémies de fièvre jaune) : doser

les anticorps et donner un rappel si nécessaire (ou un rappel après 10 ans)

- Patients qui subissent une transplantation de moelle osseuse après vaccination contre la fièvre jaune : doser les anticorps et donner un rappel si nécessaire (ou un rappel après 10 ans).

2. Poliomyélite

La vaccination des nourrissons est obligatoire en Belgique depuis 1967 (depuis 2001, avec le vaccin IPV injectable, en 3 doses). Un rappel est donné à l'âge de 5-6 ans. Après une vaccination de base complète dans l'enfance (OPV ou IPV) - ce qui en Belgique est le cas normalement de tous les individus nés après 1967 -, un rappel unique est suffisant à l'âge adulte (>16 ans) pour une protection à vie.

Indications de vaccination

- Les personnes non vaccinées, et celles pour lesquelles les données vaccinales sont manquantes, doivent recevoir une primovaccination : 2 doses à 2 mois d'intervalle et une 3ème dose après 1 an.
- Une vaccination de rappel est obligatoire pour tous ceux qui séjournent pendant plus de 4 semaines au Pakistan et est fortement recommandée pour tous ceux qui séjournent plus de 4 semaines en Afghanistan, au Nigeria, en Guinée Equatoriale ou au Laos. La liste de ces pays est régulièrement actualisée. Vous pouvez vous renseigner sur le [site \[http://www.medecinedesvoyages.be\]](http://www.medecinedesvoyages.be) de l'IMT ou dans un centre de vaccination agréé. La vaccination doit être enregistrée dans le Carnet international de vaccination.
- Comme le virus circule encore dans certaines régions de l'Afrique et de l'Asie, l'administration d'un rappel unique après l'âge de 16 ans est recommandé, indépendamment de la durée du voyage. Ceci est particulièrement important pour des voyages aventureux.
- Pour les personnes qui se rendent vers l'Amérique du Sud ou Centrale ou les îles du Pacifique, un rappel n'est pas vraiment nécessaire. Cependant, une consultation avant le départ peut être l'occasion de contrôler la vaccination contre la poliomyélite, vu que de nombreux voyageurs se rendront encore sur d'autres continents où la poliomyélite est encore présente.

Schéma de vaccination

- Chez les personnes qui ont déjà reçu une vaccination complète, l'administration d'une dose unique du vaccin injectable inactivé IPV (Imovax Polio®) après l'âge de 16 ans confère une protection à vie
- Lorsqu'un rappel contre le tétanos, la diphtérie, et/ou la coqueluche est nécessaire, les vaccins combinés suivants peuvent être utilisés :
 - **Adultes**
 - Revaxis® (diphtérie, tétanos et polio),
 - Boostrix-Polio® (diphtérie, tétanos, coqueluche et polio),
 - **Enfants**
 - Tetravac® (diphtérie, tétanos, coqueluche et polio),
 - Infanrix-IPV® (diphtérie, tétanos, coqueluche et polio).
- Chez des enfants jusqu'à 15 mois, le vaccin hexavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, l'hépatite B et l'Hib (Hexyon® ou Infanrix-Hexa®) peut être utilisé.
- Pour une primovaccination, on vaccine avec l'IPV, avec 2 injections à 2 mois d'intervalle, suivies d'un rappel après 6 à 12 mois.
- En cas d'urgence, on peut donner 2 injections à 1 mois d'intervalle. Lorsqu'il y a encore moins de temps avant le départ, une dose d'IPV est administrée et le schéma est complété après le voyage.

3. Méningite à méningocoques

Les méningites à méningocoques survenant en Afrique sont principalement liées aux méningocoques du séro groupe A, tandis que les infections à méningocoques du séro groupe B (et dans une moindre mesure du séro groupe C, en raison notamment de la vaccination généralisée des jeunes enfants contre ce méningocoque) surviennent dans l'hémisphère nord.

Une infection invasive à méningocoque est responsable d'une mortalité élevée : même sous traitement, 10% des malades décèdent dans les 48 heures suivant le début des symptômes. Jusqu'à 20% des survivants présentent des séquelles neurologiques sévères.

- La méningite à méningocoque du groupe A est hyperendémique dans la "ceinture de la méningite", une zone semi-désertique large de 600 km de l'Afrique subsaharienne, comprenant 21 pays et s'étendant de la Mauritanie, de la Gambie et du Sénégal à l'ouest jusqu'à l'Éthiopie à l'est. La survenue d'épidémies de méningites y est liée aux saisons : elles sont plus particulièrement présentes les 6 premiers mois de l'année.

- Au cours des 25 dernières années, des épidémies ont aussi été signalées en Arabie Saoudite (parmi des pèlerins se rendant à La Mecque).
- Les méningocoques du groupe W135 sont régulièrement rencontrés dans l'est de l'Afrique.

Indications de la vaccination

- La vaccination à l'aide du vaccin contre les méningocoques A,C,W135 et Y est obligatoire pour les pèlerins qui se rendent à La Mecque (Haj et Umra) à partir de l'âge de 2 ans.
- La vaccination est fortement recommandée pour les voyageurs qui se rendront pendant la saison de la méningite (saison sèche de décembre à mai inclus) dans les pays subsahariens de la ceinture de la méningite et
 - qui seront en contact étroit avec la population locale (entre autres déplacements en transports publics, nuits dans des guesthouses, migrants qui se rendent dans leur pays d'origine et qui logeront dans leur famille)
 - qui y séjourneront plus de 4 semaines
- La vaccination est également recommandée aux personnes avec une asplénie anatomique ou fonctionnelle (anémie falciforme) ou chez lesquelles une splénectomie est programmée, et ceci même pour des séjours de courte durée dans ces régions.
- Les voyageurs "classiques" ne courent pas vraiment de risque lors d'un bref séjour, sauf en cas de contact étroit avec la population locale.

Schéma de vaccination

Deux vaccins conjugués sont disponibles. Ces vaccins sont donnés en intramusculaire en 1 dose. Le vaccin doit être administré au moins 10 jours avant le voyage.

- Le Nimenrix® peut être administré à partir de l'âge de 6 semaines, le Menveo® peut être administré à partir de l'âge de 2 ans
- Les enfants de 3 à 12 mois sont les principales victimes des septicémies et méningites à méningocoques. Le vaccin Nimenrix® peut être administré dès 6 semaines, la dose suivante est administrée avec un intervalle de deux mois. La troisième dose (booster) est recommandée à l'âge de 12 mois. A partir de l'âge de 1 an, une dose suffit.
- Actuellement, un rappel après 5 ans est recommandé (en cas d'un risque de contamination persistant) et après 3 ans lorsque le dernier vaccin a été administré avant l'âge de 7 ans.

VACCINATIONS DE BASE

Un voyage est un moment idéal pour contrôler et si nécessaire compléter les vaccinations de base.

1. Tétanos, diphtérie, coqueluche

Indications de vaccination

- Une primovaccination complète (3 doses) est essentielle pour tous. A l'âge de 14-16 ans, l'administration d'une dose de rappel dTpa est recommandée.
- En cas de doute ou en l'absence d'une primovaccination complète, un schéma complet à 3 doses doit être administré. Les personnes nées avant 1945 ne sont souvent pas vaccinées (ou incomplètement) et doivent recevoir de préférence un schéma complet.
- La vaccination dTpa est également recommandée aux femmes enceintes, entre la 24ème et la 32ème semaine de grossesse, ainsi que pour les personnes qui seront en contact étroit avec le nouveau-né et qui ne sont pas ou incomplètement vaccinées contre la coqueluche (vaccination "cococon" des futurs jeunes parents, grands parents et de l'entourage familial proche, ainsi que du personnel soignant qui est en contact avec des jeunes enfants).
- Lorsque la dernière administration date de 10 ans, une injection de rappel est suffisante.
- Une dose de rappel peut être donnée si la vaccination date de plus de 5 ans, en raison d'un risque pour le voyageur de ne pouvoir recevoir rapidement le rappel indispensable en cas de blessures à risque de tétanos lorsqu'il est éloigné d'un service de soins.
- Lorsque la dernière injection date de plus de 20 ans, 2 doses doivent être administrées, avec un intervalle de 6 mois.

Schéma de vaccination

Le schéma de primovaccination consiste en 3 doses données en intramusculaire selon le schéma 0, 1 mois et 6-12 mois. Un rappel doit être administré tous les 10 ans.

- Les bébés doivent recevoir avant le départ si possible 3 doses avec le vaccin hexavalent DTPa-IPV-HBV-Hib, selon le schéma 8, 12 et 16 semaines : le rappel se fait à 15 mois. Lorsque le temps manque, l'administration peut débuter à l'âge de 6 semaines.

- Le vaccin dTpa (Boostrix®) a la préférence chez les adolescents qui n'ont pas reçu de rappel dTpa à l'âge de 14 ans et chez les adultes quel que soit leur antécédent vaccinal (complet ou non).
- Lorsque le voyageur doit également être vacciné contre la polio, il y a deux possibilités : Boostrix® + Imovax® ou Boostrix Polio® (dTpa-IPV)
- Le Revaxis® (dT-IPV) lorsqu'un rappel contre la coqueluche n'est pas nécessaire. Il peut aussi être utilisé pour une primovaccination chez l'adulte, mais pas chez les enfants.

2. Rougeole, rubéole, oreillons

En Belgique, les enfants sont vaccinés depuis 1985 contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, avec un vaccin trivalent RRO. Une vaccination complète demande deux doses. La première dose est administrée, selon les recommandations en Belgique, à l'âge de 12 mois, la deuxième dose à l'âge de 11-12 ans.

Un adulte qui n'a pas reçu une vaccination complète et qui n'a pas fait la rougeole peut sans problèmes être vacciné lorsqu'il voyage vers un pays où la rougeole survient.

La vaccination RRO chez un adulte est aussi efficace chez l'adulte que chez l'enfant et ne présente pas plus d'effets indésirables.

Indications de la vaccination

Le risque de rougeole est élevé dans les pays en voie de développement et en présence d'une épidémie en Europe ou en Amérique.

- Les personnes nées avant de 1er janvier 1970 ont presque toutes suffisamment d'anticorps contre la rougeole et les oreillons suite à une exposition aux virus sauvages. Elles ne doivent pas être vaccinées.
- Les personnes non vaccinées nées après le 1er janvier 1970 qui n'ont pas fait ces maladies doivent de préférence être vaccinées (2 doses). Ceci est particulièrement conseillé pour les voyages vers des régions où ces maladies circulent (Asie, Afrique, Océanie) et en présence d'une épidémie en Europe ou en Amérique.
- Lorsque elle n'a pas été administrée, la deuxième dose peut être donnée à l'occasion d'un voyage. La première dose reste valable quel que soit l'intervalle écoulé avant la 2ème dose. Chez les jeunes enfants, la 2ème dose peut être donnée de manière précoce, certainement à partir de l'âge de 5-6 ans.
- Pour les bébés qui partent vers un pays où une épidémie sévit, un vaccin supplémentaire peut être donné dès l'âge de 6 mois, afin d'obtenir une protection temporaire. Ces enfants doivent être vaccinés à nouveau vers l'âge de 12 mois.
- La vaccination est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les personnes présentant une déficience immunitaire (voir l'[avis http://www.vaxinfo.be/IMG/pdf/avis_css_8561.pdf](http://www.vaxinfo.be/IMG/pdf/avis_css_8561.pdf) du CSS sur la vaccination en cas d'immunodéficience).

Schéma de vaccination

Pour les personnes non encore vaccinées : deux doses du vaccin trivalent RRO, avec un intervalle d'au moins un mois.

L'administration du vaccin RRO sera de préférence dissociée de celle du vaccin contre la fièvre jaune : un intervalle de 28 jours minimum sera respecté entre les 2 vaccins.

Lorsque cela n'est pas possible, les deux vaccins peuvent être administrés simultanément, mais en des sites d'injection distincts.

3. Grippe saisonnière

Parmi toutes les infections évitables par vaccination qui peuvent survenir lors d'un voyage, la grippe est la plus fréquente.

Sous les Tropiques, la grippe peut survenir toute l'année. Dans l'hémisphère sud, plus particulièrement dans la zone à climat tempéré, la grippe survient d'avril à novembre, avec un pic durant les mois hivernaux entre juin et septembre.

La contamination peut également survenir dans l'avion, avec un taux de 70% des passagers infectés. Au cours des dernières années, plusieurs épidémies ont été décrites sur des bateaux de croisière, où la majorité des passagers étaient âgés de plus de 65 ans.

Indications de la vaccination

La vaccination contre la grippe est recommandée aux groupes à risque classiques, dont les personnes de 65 ans et plus (voir les recommandations du CSS) qui

- n'ont pas été vaccinées durant l'automne ou l'hiver en Belgique
- planifient un voyage sous les Tropiques
- voyagent en groupe, par exemple celles qui font une croisière, quelle que soit la saison
- planifient un voyage dans l'hémisphère sud entre avril et septembre.

Schéma de vaccination

- Puisque le vaccin adapté à l'hémisphère sud n'est pas disponible ici, les personnes concernées devront se faire vacciner le plus rapidement possible sur place. Ceci sera par exemple possible dans des zones de l'Amérique du Sud, en Afrique du Sud et en Australie.
- Le vaccin contre la grippe dans l'hémisphère nord sera de préférence administré au printemps, car il sera probablement indisponible en été.

- Le vaccin inactivé contre la grippe Influvac S™ peut être administré dès l'âge de 6 mois. Les enfants de moins de 9 ans qui sont vaccinés pour la première fois contre la grippe recevront 2 doses de vaccin, avec un intervalle de minimum 1 mois. Chez les enfants précédemment vaccinés, une dose est suffisante.

4. Pneumocoques

Une consultation avant le départ peut être une bonne occasion de vérifier l'opportunité de la vaccination. La vaccination antipneumococcique prend d'ailleurs de plus en plus d'importance, vu l'augmentation du nombre de souches résistantes aux antibiotiques signalées à travers le monde.

Indications de la vaccination

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination aux personnes suivantes :

- population à haut risque : les personnes présentant un risque accru d'infections à pneumocoques, les personnes immunodéprimées, avec une splénectomie ou une asplénie fonctionnelle, avec une fuite de liquide céphalo-rachidien ou un implant cochléaire ;
- les adultes atteints d'une affection chronique au niveau cardiaque, pulmonaire, hépatique ou rénal, aux alcooliques, aux fumeurs ; • les adultes en bonne santé âgés de 65 ans et plus.

Schéma de vaccination

Enfants et adolescents

Vous pouvez lire sur ce site notre article "[Pneumocoque : nouvel avis du CSS \[http://www.vaxinfo.be/spip.php?rubrique44&lang=fr&retour=1\]](http://www.vaxinfo.be/spip.php?rubrique44&lang=fr&retour=1)" (1er décembre 2015).

Adultes

Vous pouvez lire sur ce site notre article "[Pneumocoque : actualisation des recommandations du CSS \[http://www.vaxinfo.be/spip.php?article1605&lang=fr&retour=1\]](http://www.vaxinfo.be/spip.php?article1605&lang=fr&retour=1)" (7 septembre 2015).

5. Rotavirus

Le vaccin oral contre le rotavirus est recommandé à tous les nourrissons avant l'âge de 6 mois. Selon le vaccin utilisé, le schéma consiste en l'administration de 2 doses (Rotarix®) ou 3 doses (Rotateq®), avec un intervalle de 1 mois entre les doses (à administrer au cabinet médical). La première dose doit être donnée aussitôt que possible à partir de l'âge de 6 semaines ; le schéma complet doit être terminé avant l'âge de 6 mois.

VACCINATIONS SPECIFIQUES

1. Fièvre typhoïde

La fièvre typhoïde est une infection bactérienne causée par *Salmonella typhi*. La transmission est féco-orale par ingestion de boissons ou d'aliments contaminés. La présentation clinique classique comprend de la fièvre, un malaise général, des plaintes abdominales, une bactériémie, parfois une éruption cutanée. Les complications en l'absence de traitement sont la perforation intestinale et les hémorragies digestives. Les mêmes symptômes peuvent être provoqué par *S. paratyphus*.

L'incidence planétaire de la fièvre typhoïde décroît en raison d'une amélioration des conditions d'hygiène.

Indications de la vaccination

Pour des voyages de courte durée dans de bonnes conditions d'hygiène, la vaccination n'est généralement pas nécessaire. La prévention repose principalement sur des mesures d'hygiène (eau et aliments).

La vaccination n'enlève rien à l'importance des mesures d'hygiène habituellement recommandées. La protection n'est d'ailleurs pas complète (60-70%) et l'effet protecteur peut être anéanti par l'ingestion d'un grand nombre de germes. En outre, le vaccin ne protège pas contre *S. paratyphus*.

- La vaccination contre la fièvre typhoïde est recommandée pour les voyageurs qui résideront plus de trois semaines sur le sous-continent indien (donc tous les pays proches de l'Inde, y compris le Sri Lanka, mais pas l'Asie du Sud-Est)
- La vaccination peut être envisagée chez les personnes qui prévoient un voyage aventureux dans de mauvaises conditions d'hygiène dans des pays (sub)tropicaux
- La vaccination peut être envisagée pour les migrants et leurs enfants qui vont rendre visite à de la famille ou des amis dans un pays tropical
- Les personnes qui présentent une achlorhydrie ou une hypochlorhydrie (dus à une gastrectomie, une gastrite ou un traitement par antiacides et/ou inhibiteurs de la sécrétion gastrique) sont plus sensibles à une contamination par la fièvre typhoïde
- La vaccination des enfants de moins de 2 ans n'est pas recommandée, car la réponse immunitaire est alors très faible. La fièvre typhoïde est par ailleurs rare en dessous de l'âge de 2 ans.

Schéma de vaccination

- **Typherix® of Typhim®** : 1 dose par injection

- protège au moins 3 ans

- un rappel après 3 ans est nécessaire si une protection est encore nécessaire.

2. Hépatite A

L'hépatite A est une maladie contagieuse touchant le foie qui est transmise via des aliments ou de l'eau contaminée ou via contact direct avec une personne contaminée. Les personnes qui ont contracté cette infection sont protégées à vie.

- L'incidence de l'hépatite A symptomatique diminue, mais reste supérieure au risque de fièvre typhoïde dans la plupart des régions concernées. Deux tiers des cas d'hépatite A importés concernent des personnes (et leurs enfants) qui ont un passé migratoire et qui vont rendre visite à leur famille dans leur pays d'origine.
- Une infection à l'âge adulte (p.ex. en voyage) s'accompagne d'une morbidité plus élevée (75-97 %). L'incidence de l'hépatite fulminante est estimée à moins d'un pour mille, chez les enfants, mais elle augmente considérablement avec l'âge (plus de 20 cas sur 1.000 à partir de l'âge de 40 ans). En cas d'hépatite fulminante, la mortalité est très élevée (30 %).

Indications de vaccination

La vaccination contre l'hépatite A est absolument conseillée

- pour tous les voyageurs - indépendamment de la durée et des circonstances du voyage (donc même en cas d'une escapade de très courte durée et de séjour dans des hôtels de luxe) – qui se rendent en Afrique (y compris au Maroc, en Algérie, en Tunisie, en Libye ou en Egypte), en Amérique latine ou en Asie (y compris le Proche-Orient)
- pour les voyageurs réguliers et les voyages dans des conditions d'hygiène douteuses vers les Caraïbes, le sud ou l'est de l'Europe
- les enfants et adolescents de migrants nés en Belgique et qui retournent visiter leur famille dans un de ces pays.

Schéma de vaccination

Vaccin monovalent

Il existe deux vaccins monovalents (Havrix® en Vaqta®). Ces vaccins peuvent être utilisés de manière interchangeable.

• Adultes :

- 1 injection 14 à 30 jours avant le départ. Celle-ci confère après 14 jours une protection de près de 100% pour une durée d'au moins une année. Il n'est pas nécessaire de contrôler la réponse immunitaire après la vaccination contre l'hépatite A, vu le pouvoir immunogène élevé des vaccins.
- Une deuxième dose, administrée 6 à 12 mois après la première, est nécessaire pour une protection à long terme (probablement à vie). La première dose reste valide quel que soit l'intervalle entre les deux doses (même plusieurs années).
- Chez les personnes avec une immunité plus basse, on préfère donner 2 doses de vaccin monovalent avant le départ ; il est indiqué de mettre en évidence la production d'anticorps via un test sérologique
- Pour les **enfants**, des vaccins adaptés avec une dose plus faible sont disponibles : Havrix jr® (de 1 à 15 ans) et Vaqta jr® (de 1 à 17 ans) : 1 injection 14 à 30 jours avant le départ, suivie d'une deuxième dose 6 à 12 mois plus tard. Lorsqu'une première dose de vaccin est administrée avant l'âge de 1 an, la vaccination complète contre l'hépatite A nécessitera l'administration de 2 doses de vaccin supplémentaires après l'âge de 1 an
- **Voyageurs de dernière minute** : il n'est jamais trop tard pour se faire vacciner avant de partir en voyage (même juste avant le départ). Si on se fait vacciner à l'aéroport même, on obtient encore une protection de 80-90 %.

Vaccin combiné contre les hépatites A et B

Lorsque la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B est nécessaire, le recours à un vaccin combiné est conseillé (Twinrix® Adulte). Un dosage adapté existe pour les enfants de 1 à 15 ans (Twinrix® Enfant).

- Le schéma de vaccination normal comporte 3 doses à 0, 1 et 6-12 mois. La protection contre l'hépatite A n'est efficace qu'après 2 doses (données avec un intervalle d'un mois), et contre l'hépatite B qu'après 3 doses. Les deux premières doses de Twinrix® donnent une protection contre l'hépatite A de 99% et contre l'hépatite B de 85%. Ce n'est qu'après la 3ème dose qu'une protection de longue durée est obtenue contre les deux hépatites.
- Avant le voyage, deux doses minimum de vaccin combiné doivent être administrées, car ce vaccin contient environ la moitié de la dose d'antigène du virus de l'hépatite A que l'on retrouve dans le vaccin monovalent.
- Il existe également un schéma accéléré en 3 injections (jours 0-7-21 ou 0-7-14), suivies d'un rappel après un an.

3. Hépatite B

L'hépatite B est une atteinte virale du foie, transmise principalement par contact sexuel, par du sang contaminé ou pendant la grossesse ou l'accouchement et très rarement via des contacts avec des blessures de la peau ou des muqueuses.

En Belgique, la vaccination généralisée des enfants contre l'hépatite B a débuté en 1999. Les personnes qui ont reçu une vaccination complète (3 doses) ne doivent pas recevoir de rappel puisque la vaccination protège à vie.

Chaque voyage est une occasion de contrôler la vaccination des enfants et adolescents et si nécessaire de la compléter ; c'est aussi une opportunité de vacciner les adultes si nécessaire. Lorsque l'infection est contractée par l'adulte, celui-ci risque une fois sur 10 de devenir porteur chronique du virus.

Indications de la vaccination

L'OMS, depuis 2002, considère que la vaccination doit être envisagée pour chaque voyageur.

La vaccination est en tout cas fortement conseillée pour les personnes suivantes :

- Les gens qui voyagent régulièrement ou séjournent (plus de 3 mois) en Asie, en Amérique Latine et en Afrique, mais aussi dans l'est de l'Europe, au Proche-Orient et au Moyen-Orient.
- Les femmes enceintes qui voyagent longtemps, en raison d'un risque accru d'hospitalisation et tenant compte des conséquences potentielles pour l'enfant en cas d'infection pendant la grossesse.
- Les enfants appelés à vivre dans un de ces pays, où ils entreront en contact régulier avec les enfants de la population autochtone.
- Les migrants et leurs enfants qui voyagent vers leur pays d'origine, pour visiter leur famille ou des amis.
- Les personnes susceptibles d'être accidentées, comme lors de voyages aventureux (pratique du vélo, de la moto, trekking, sports à risque tels l'alpinisme, le saut en parachute, etc), indépendamment de la durée du voyage.
- Les personnes adoptant des comportements à risque, comme des relations sexuelles non protégées, des piercings, des tatouages, de l'acupuncture, etc indépendamment de la durée du voyage. Les soins dentaires peuvent aussi être une source de contamination.
- Tout le personnel médical et ainsi que les autres travailleurs du secteur santé doivent être vaccinés, ainsi que les personnes ayant des contacts avec des orphelins ou des enfants de la rue.

Schéma de vaccination

Vaccins monovalents

Il existe plusieurs vaccins monovalents Engerix B10® et Engerix B20®, HBVAXPRO® et Fendrix®). Engerix B10® est un vaccin pédiatrique pour les enfants jusqu'à 15 ans. Fendrix® est réservé exclusivement aux insuffisants rénaux à partir de l'âge de 15 ans.

- Le schéma de base classique pour la vaccination de base comporte 3 injections IM à 0-1-4 à 6 mois.
- Si l'on dispose de peu de temps avant le départ, on peut recourir à un schéma rapide comportant 3 injections IM (0 - 1 et 2 mois), suivies d'un rappel après 12 mois. Il existe aussi un schéma ultra-rapide (hors notice) avec trois injections (0 - 7 et 21 jours) suivies d'un rappel après 12 mois. La protection est suffisante après la 3ème dose. Le rappel après 1 an est indispensable pour une protection de longue durée.

Vaccin combiné contre les hépatites A et B

Lorsque la vaccination contre les hépatites A et B est nécessaire, le vaccin combiné Twinrix® est conseillé (voir plus haut).

Vaccin hexavalent

Pour la vaccination de base des enfants, le vaccin hexavalent DTPa-IPV-HepB-Hib peut être utilisé. Il est administré à 8, 12 et 16 semaines, puis un rappel à 15 mois.

Mesure des anticorps après vaccination contre l'hépatite B

Pour les adultes, le Conseil supérieur de la santé conseille un contrôle sérologique des anticorps anti-HBs, 1 à 3 mois après une primo-vaccination complète.

Si, à ce contrôle, le taux d'Ac anti-HBs est ≥ 10 UI/l, on considère que le sujet est protégé à vie contre le risque d'une infection clinique à hépatite B et contre celui de devenir porteur chronique.

Si le taux d'anticorps anti-HBs est < 10 UI/l, on considère que le sujet est un non répondeur et qu'il n'est pas protégé contre l'hépatite B. Le même schéma de vaccination peut alors être proposé. Une alternative est un schéma composé de l'administration de deux doses en même temps (muscle deltoïdien gauche et droit), suivi 2 mois plus tard par l'administration à nouveau de deux doses. Un à 3 mois après ces schémas de revaccination, un contrôle sérologique des anticorps anti-HBs est réalisé pour contrôler la réaction du patient.

Les patients immunodéprimés nécessitent un suivi régulier.

4. Rage

La rage est une méningo-encéphalite aiguë sévère, causée par le virus de la rage, transmise par la salive de mammifères contaminés, le plus souvent via une morsure (chien, chat, singe, chauve-souris).

Cette maladie existe encore dans de nombreux pays, parmi lesquels les USA et l'Europe de l'Est. Tous les voyageurs doivent être informés du risque et il est conseillé de ne jamais caresser d'animaux, domestiques ou autres, et ne pas toucher les animaux morts.

En cas de morsure par un animal potentiellement infecté, il est très important de nettoyer immédiatement et soigneusement la plaie pendant 15 minutes à l'eau et au savon, puis de la désinfecter soigneusement (par exemple à l'isobétadine). Il y a lieu de consulter un médecin sur place, le plus vite possible pour poursuivre les soins et peser l'indication d'une vaccination. En cas de morsure suspecte, un retour immédiat pourra être envisagé. Parfois, il sera

possible d'obtenir le vaccin adéquat et les immunoglobulines spécifiques par l'intermédiaire de l'assurance voyage.

Vaccination préventive (prophylaxie avant exposition)

Une vaccination préventive confère une protection partielle. Le but n'est pas que les voyageurs aient un taux permanent protecteur d'anticorps, mais bien de créer une mémoire immunitaire durable, probablement à vie. En cas de morsure par un animal suspect, une prophylaxie post-exposition reste nécessaire après une vaccination préventive, mais un schéma post-exposition simplifié pourra être appliqué.

Indications de la vaccination préventive

La vaccination antirabique préventive n'est pas indiquée pour les voyageurs ordinaires.

La vaccination préventive sera envisagée en priorité pour

- les groupes à risque, tels que vétérinaires, chasseurs, gardes forestiers, marchands de bétail, biologistes, agronomes, archéologues et spéléologues
- les voyages ou séjours pendant une période prolongée dans des zones rurales isolées, où elles ne peuvent disposer ni d'un vaccin moderne préparé sur culture de cellules (dans les 24 heures) ni d'immunoglobulines antirabiques (dans les 48 heures ou maximum dans les 7 jours)
- les expatriés et leurs enfants qui vont vivre dans une région à risque. Les animaux domestiques doivent toujours être vaccinés.

Schéma de vaccination

Deux vaccins sont disponibles : Rabipur® et HDCV®. Ils sont disponibles normalement sur prescription chez le pharmacien, mais ils sont actuellement en rupture de stock et uniquement disponibles dans les centres de vaccination agréés.

- Le schéma de vaccination préventive comporte 3 injections, administrées sur une période de 3 à 4 semaines (aux jours 0, 7, 21 ou 28). Le vaccin sera injecté dans le muscle deltoïde ou, pour les jeunes enfants, dans la partie antérolatérale de la cuisse.
- Dans des circonstances urgentes, un schéma rapide (hors notice) peut être proposé, avec 3 injections aux jours 0, 3 et 7, ou avec deux injections aux jours 0 et 7.
- Le vaccin peut être administré en dessous de l'âge de 6 mois, mais dans la pratique, on ne vaccine pas avant l'âge de 1 an, lorsque l'enfant commence se déplacer.
- Il n'est ni nécessaire de pratiquer un rappel après une année, ni de mesurer le taux d'anticorps.
- Une option possible dans un avenir proche pourrait être une administration intradermique à dose réduite, avec un rappel après 1 an.

Vaccination post-exposition

La prophylaxie post-exposition (PPE) doit être administrée aussi vite que possible après une morsure suspecte, et certainement endéans les 5 jours. Lorsque la PPE ne peut débuter endéans les 5 jours, on peut encore par la suite donner les immunoglobulines et la vaccination, même après le retour à domicile.

Chez les **personnes non vaccinées**, la prophylaxie post-exposition consiste en

- l'administration d'immunoglobulines spécifiques contre la rage, dans et, en injection locale profonde, au pourtour de la plaie. L'usage d'immunoglobulines n'a plus de sens à partir du 8ème jour après le démarrage de la vaccination.
- la vaccination en 4 ou 5 administrations du vaccin antirabique préparé sur culture de cellules. Deux schémas sont possibles
 - 4 ou 5 injections aux jours 0, 3, 7 et 14, avec contrôle des anticorps au jour 24., Une 5ème dose est administrée au jour 28 si le taux d'anticorps est insuffisant
 - ou 2 injections au jour 0, suivies par une au jour 7 et une au jour 21.

Chez les **personnes vaccinées**, l'administration de 2 injections aux jours 0 et 3 est suffisante et le recours aux immunoglobulines n'est pas nécessaire.

Depuis 2016, le médecin traitant (et non plus l'Institut Scientifique de Santé Publique - ISP) est responsable de la mise en route de la prophylaxie post-exposition chez les patients exposés à un risque de rage. [Plus d'informations \[https://www.wiv-isp.be/odobz-domti/fr/uploads/File/PEP-Rage%20201607.pdf\]](https://www.wiv-isp.be/odobz-domti/fr/uploads/File/PEP-Rage%20201607.pdf).

Les immunoglobulines spécifiques antirabiques doivent être commandée auprès de l'ISP et coûtent ± 110 euro par ml ; la dose à administrer dépend du poids du patient. Le coût d'un traitement pour un adulte se situe entre 1250 et 1750 euro.

5. Encéphalite à tiques d'Europe centrale ou Frühsommer enzephalitis (FSME)

Il s'agit d'une méningo-encéphalite virale transmise par piqûres de tiques. Cette encéphalite est endémique dans les zones rurales boisées de plusieurs pays d'Europe Centrale et de l'Est (l'Autriche, la Suisse, le sud de l'Allemagne, la Hongrie, la République tchèque, la Slovaquie, la Pologne, l'ex-Yougoslavie, la Bulgarie, la Roumanie) mais aussi au Danemark, dans les pays baltes, en Grèce et en Russie. En 2016, pour la première fois, deux

personnes ont été contaminées aux Pays-Bas.

Une carte reprenant les zones où des tiques infectées sont rencontrées peut être consultée sur le [site de l'ECDC \[http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vec/tor-borne_diseases/tick_borne_diseases/tick_borne_encephalitis/pages/index.aspx\]](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vec/tor-borne_diseases/tick_borne_diseases/tick_borne_encephalitis/pages/index.aspx) (*European Centre for Disease Prevention and Control*).

Indications de la vaccination

Le vaccin est conseillé en cas de séjour dans une zone à risque

- durant la saison des tiques (entre avril et octobre)
- en cas de pratique de nombreuses activités à l'extérieur (camping, randonnées, promenades, etc).

Attention : le vaccin ne protège pas contre les autres maladies transmises par des tiques, comme la maladie de Lyme ou l'*African Tick Fever*.

Une **protection sérieuse contre les morsures de tiques** reste nécessaire comme complément à la vaccination :

- port de pantalon, bas remontés sur le pantalon, chaussures hautes ;
- insectifuges sur la peau et perméthrine sur les vêtements (protège partiellement et temporairement) ;
- deux fois par jour, vérifier le corps pour détecter la présence de tiques ; enlever la tique le plus rapidement possible, de préférence avec une pince adaptée

Schéma de vaccination

Il existe deux vaccins : FSME IMMUN junior® 0,25 ml (et Encepur junior®, absent du marché en Belgique) pour les enfants de 1 à 16 ans et FSME IMMUN adulte® 0,50 ml (et Encepur®, absent du marché en Belgique) pour les adultes.

- Le schéma standard consiste en 3 injections intramusculaires avec un intervalle de 1 à 3 mois entre les deux premières doses, et une 3ème injection après 9 à 12 mois. Deux doses doivent toujours être administrées avant le voyage pour une protection suffisante (90-95% après la deuxième dose, soit au mieux après 42 jours).
- En cas de manque de temps, un schéma rapide peut être administré (jours 0 et 14), suivi de la 3ème injection 9 à 12 mois plus tard.
- Après administration des deux premières doses de l'immunisation de base, une interruption prolongée du schéma de vaccination ne nécessite pas de redémarrer la série complète de vaccination, une dose de rattrapage est suffisante.
- Lors d'un nouveau voyage dans une zone à risque après 3 ans, une dose de rappel peut être donnée, suivie ensuite de rappels tous les 5 ans. Chez les personnes de 60 ans et plus, un rappel doit être donné tous les 3 ans.
- Lorsque la dernière injection remonte à plus de 8 à 10 ans, une vaccination complète doit être recommencée.

6. Encéphalite japonaise

L'encéphalite japonaise est une infection virale sévère transmise par des moustiques qui piquent surtout à partir de la fin de journée jusqu'au lever du soleil. Elle survient dans presque toute l'Asie du Sud et du Sud-Est, de l'Inde au Japon et depuis peu également dans l'extrême nord de l'Australie.

Indications de la vaccination

La vaccination n'est indiquée ni pour le touriste ordinaire, ni pour les voyages d'affaires.

La vaccination est seulement conseillée pour

- les voyageurs ou les travailleurs (biologistes, agronomes, anthropologues, etc.) qui se rendent pendant la saison de transmission, dans une zone rurale endémique (principalement zones de rizières à proximité d'élevages porcins), pendant au moins 4 semaines.
- les personnes qui vont habiter dans des zones endémiques (y compris l'Inde), même si elles séjournent en ville.

Des **mesures préventives contre les piqûres de moustiques** [<http://www.reisgeneeskunde.be/itg/uploads/medserv/FMAATREGELLEN.pdf>], dès la tombée du soir et la nuit, comme pour la malaria, sont une alternative valable à la vaccination.

Schéma de vaccination

Seul un vaccin est disponible en Belgique : Ixiaro®.

En Asie, d'autres vaccins sont aussi commercialisés (CDJ Vax en IMOJEV MD).

- Le vaccin est administré en 2 injections au niveau du muscle deltoïde avec un intervalle de 28 jours. Un premier rappel est administré après 12 à 24 mois.
- Le vaccin peut être administré dès l'âge de 2 mois. Chez les enfants de 2 mois à 2 ans révolus, on administre deux fois une demi-dose de Ixiaro®
- En cas de manque de temps avant le départ chez un adulte de 18 à 65 ans, un schéma rapide (hors notice) peut être proposé, avec

administrations aux jours 0 et 7-8, suivies d'un rappel après 12 à 24 mois.

- La protection après une vaccination complète dure 6 à 10 ans.

7. Choléra

Le risque de contamination pour un voyageur en bonne santé est très faible lorsqu'il applique correctement les règles de prévention de la diarrhée, même dans une région où une épidémie de choléra sévit.

Les patients présentant une achlorhydrie ou une hypochlorhydrie sont plus vulnérables à une contamination ; ils devront adopter des mesures de prévention particulièrement rigoureuses.

Indications de vaccination

Le vaccin oral (Dukoral®) est administré uniquement aux professionnels à risque (par exemple les services de secours durant une épidémie).

Certains pays Africains exigent encore une attestation de vaccination. Un centre de vaccination agréé délivre pour ces pays un document attestant que la vaccination est contre-indiquée (car inutile).

8. Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. La contagion a lieu en respirant des gouttelettes contaminées expectorées.

Pour un séjour de plus de 6 mois dans un pays en voie de développement, il peut être utile pour certains voyageurs (par exemple des personnes travaillant dans le secteur de la santé) de réaliser un test tuberculique cutané avant le départ, puis 2 mois après le retour.

Lorsqu'un virage du test tuberculique est constaté, une tuberculose active doit être exclue (anamnèse, examen clinique et radiographie des poumons). En présence d'une radiographie normale, généralement, un traitement antibiotique préventif de 6 à 9 mois est prescrit. Ce dernier réduit de 80 à 90% le risque de développer une tuberculose active. [Plus d'informations \[http://www.fares.be\]](http://www.fares.be).

Les personnes qui présentent depuis plus de 3 semaines une toux avec expectorations peuvent être atteintes d'une tuberculose contagieuse : une simple radiographie pourra faire le diagnostic.

Indications de vaccination

Il n'y a pas d'indication de vaccination pour le voyageur classique.

La vaccination peut être indiquée

- pour les enfants des allochtones (en dessous de l'âge de 5 ans) issus de pays à haute prévalence de tuberculose, qui retournent définitivement ou fréquemment pour de longues périodes dans leur pays d'origine
- pour les enfants et les jeunes adultes qui séjourneront pour de longues périodes (au moins plusieurs mois) dans des zones endémiques, si le risque de contamination est important (contact étroit avec la population locale, usage des transports en commun, nuits dans des hébergements locaux) et si l'infrastructure médicale sur place est déficiente. La même mesure est valable pour les coopérants (principalement pour ceux actifs dans le secteur des soins)

La vaccination est aussi exigée ou fortement recommandée dans certains lycées français ou américains dans les territoires d'Outremer.

Actuellement, le vaccin BCG n'est plus disponible en Belgique.

Schéma de vaccination

Le BCG peut être administré dès la naissance, et de préférence 6 à 8 semaines avant le départ. Chez les enfants à partir de l'âge de 1 an, il est recommandé de pratiquer préalablement un test cutané à la tuberculine pour exclure une tuberculose.

[Plus d'informations \[http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/MedServ/FTUBERCUL.pdf\]](http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/MedServ/FTUBERCUL.pdf).

Paul Geerts

Dans le prochain numéro de Vax Info sera publiée la deuxième partie de cet article, consacrée aux maladies non évitables par vaccination .

Source

- *Consensus médecine de voyage 2016 - Présentation*

<http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/BEConsensusMeeting24062016Final.pdf>

[\[http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/BEConsensusMeeting24062016Final.pdf\]](http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/BEConsensusMeeting24062016Final.pdf)

- *Consensus médecine de voyage 2016 - Synthèse*

<http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/20160624CONSENSUSMEETINGTRAVELfinal.pdf>

[\[http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/20160624CONSENSUSMEETINGTRAVELfinal.pdf\]](http://www.reisgeneeskunde.be/itg/Uploads/ClinicalSciences/20160624CONSENSUSMEETINGTRAVELfinal.pdf)

- *Website www.itg.be [http://www.itg.be]*

Vax Info 77 - fin de l'article "Maladies évitables par vaccination - actualisation 2017"

4 - ZONA

La vaccination des personnes âgées est-elle nécessaire ?

Le zona est une affection douloureuse provoquée par une réactivation du virus *varicella zoster* dans un contexte d'immunité cellulaire spécifique amoindrie (souvent par l'âge) et/ou d'une déficience immunitaire acquise. Un groupe d'experts belges plaide dans un rapport récent pour une vaccination généralisée des personnes de 65 ans et plus contre le zona, comme cela est le cas entre autres aux Etats-Unis, en France et au Royaume-Uni.

Aux Pays-Bas, le *Gezondheidsraad* ne recommande cependant pas actuellement une vaccination contre le zona des personnes âgées, à l'initiative des autorités. En Belgique, le Conseil supérieur de la santé n'a pas encore remis d'avis sur cette vaccination.

Epidémiologie

Environ une personne sur cinq contractera l'*herpes zoster*. Une étude en pratique de médecine générale en Flandre (1) évalue l'incidence annuelle de consultations pour zona à 42,7/10.000 années personnes en 2010. L'âge médian des patients était de 59 ans et 64% des patients atteints de zona étaient âgés de plus de 50 ans.

L'incidence de consultation la plus élevée était rencontrée en 2010 dans le groupe d'âge des 70-79 ans avec 106,6/10.000 années-personnes (IC 95% : 86,0 - 130,8). L'incidence est plus élevée chez les patients diabétiques et ceux immunodéficients.

Plaintes

Le zona (aussi appelé « ceinture de feu ») débute avec des démangeaisons, des picotements ou une sensation de brûlure ou de douleur lancinante. Après quelques jours apparaissent des vésicules sur la peau. En général, cette affection n'est pas grave, mais plutôt dérangeante et parfois très douloureuse.

La complication la plus invalidante est la névralgie post-herpétique (NPH). Généralement, on distingue la névralgie aiguë qui débute dans les 30 jours après la disparition des lésions cutanées, de la névralgie subaiguë survenant dans les 30 à 120 jours et de la névralgie post-herpétique lorsque la douleur persiste après 120 jours.

Le risque de survenue d'une névralgie post-herpétique est limité mais s'accroît avec l'âge. Il varie entre 9% chez les patients atteints de zona âgés de 60-64 ans, jusqu'à plus de 50% chez les patients atteints de zona âgés de plus de 80 ans.

Les hospitalisations pour zona sont peu fréquentes et les décès liés à la maladie sont rares.

Vaccination

Depuis 2006 existe un vaccin vivant atténué contre le zona (Zostavax®). Ce vaccin est disponible sur le marché belge. Il peut être administré aux personnes de plus de 50 ans.

Des études (2, 3) montrent que les patients vaccinés avec le Zostavax® ont, quatre semaines après la vaccination, des taux sanguins d'anticorps contre le virus *varicella zoster* multipliés par deux ou trois. Cet effet est constaté aussi bien chez des patients entre 50 et 59 ans que chez des patients de 60 ans et plus.

Une dose de vaccin, comparée à un placebo, diminue le risque de zona de 69,8% lorsqu'elle est administrée entre 50 et 59 ans, de 51,3% lors d'une administration à 60 ans et plus et de 37,6% à 70 ans et plus. Une étude de cohorte rétrospective récemment publiée montre des chiffres comparables et une meilleure protection contre le zona et les névralgies post-herpétiques acquises en hôpital (versus dans la communauté) (4).

Les études actuelles montrent une durée de protection de 7 ans sans vaccination de rappel, mais la protection diminue cependant peu à peu. L'efficacité vaccinale diminue de 68,7% durant la première année suivant la vaccination à 4,2% 8 ans plus tard (5).

Le vaccin, comme tout vaccin vivant atténué, ne peut être administré aux personnes présentant un trouble du système immunitaire, par exemple celles qui souffrent d'une affection comme une leucémie, un lymphome ou un syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou qui suivent un traitement immunosuppresseur. Il peut encore moins être prescrit aux patients présentant une tuberculose active non traitée et aux femmes enceintes (2).

Ce vaccin est recommandé -et aussi (partiellement) remboursé- aux personnes âgées immunocompétentes (à partir de 60 ou 65 ans) dans plusieurs pays, entre autres les Etats-Unis, le Canada, la France, l'Italie et le Royaume-Uni. Dans la plupart des pays européens, le vaccin n'est actuellement pas recommandé.

En 2010, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) arrivait à la conclusion que la vaccination contre le zona des personnes de 60 ans et plus, au prix actuel du vaccin, ne présentait pas un rapport coût/bénéfice favorable (6). La vaccination des personnes de 65 ans et plus présentait, dans la majorité des scénarii, un rapport coût/bénéfice moins favorable que la vaccination entre 60 - 64 ans.

Le KCE mentionnait en outre que l'efficacité du vaccin diminue avec l'âge, passant de 64% chez les personnes de 60 à 69 ans, à 38% au delà de 70 ans. Chez les personnes âgées de 80 ans et plus, aucune efficacité n'était statistiquement démontrée. Par ailleurs, il n'y avait pas de données solides sur l'efficacité plus de 5 ans après vaccination.

Rapport d'experts belgo-neerlandais

En novembre 2016, un rapport d'experts belgo-neerlandais (7) plaidait pour une vaccination généralisée des personnes de 65 ans et plus contre le zona. Des priorités comme le vieillissement en bonne santé et la prévention des maladies chez les seniors croissent en importance, du fait du doublement prévu de la population des 65 ans et plus en 2060 et de la proportion de personnes âgées qui présentent des maladies chroniques (> 70%).

En raison de la baisse de fonction du système immunitaire liée au vieillissement (l'immunosénescence) et de la haute prévalence des affections chroniques chez les seniors, le système immunitaire des personnes âgées est défaillant, avec pour conséquences une susceptibilité accrue aux infections. La vaccination est une mesure efficace pour prévenir certaines infections évitables. Etant donné que ni le zona ni la névralgie post-herpétique ne connaissent de traitement apportant une guérison définitive, la vaccination constitue une solution importante pour prévenir ou réduire la charge de la maladie.

Efficacité

Selon ce groupe d'experts, l'expérience planétaire d'une dizaine d'années a montré que le vaccin est efficace et sûr.

Le vaccin répond à un besoin médical, si l'on suppose une diminution cliniquement significative de 67% de l'incidence de la névralgie post-herpétique, par la vaccination des personnes âgées de 70 ans et plus.

Le rapport fait entre autres référence à diverses évaluations des autorités de santé en Europe, comme le Haut Conseil de la Santé Publique en France, le *Zorginstituut Nederland* (ZINL), le *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* (JCVI) en Angleterre et le *ESCMID Vaccine Study Group* (EVASG).

Rapport coût/efficacité

Selon cette expertise, le rapport coût/efficacité du vaccin contre le zona (10.000 - 29.664 € par QALY -année de vie ajustée à la qualité-) est comparable à celui de la vaccination contre l'HPV des jeunes filles (18.400 - 30.000 € par QALY) et à celui de la vaccination contre la grippe des professionnels de la santé (> 24.000 € par QALY) en Belgique.

Si la vaccination contre le zona en une dose est organisée de manière simultanée à la vaccination contre la grippe et le pneumocoque, ce ratio coût/bénéfice peut encore être amélioré.

Recommandation

Le groupe d'experts belgo-neerlandais conseille de suivre le programme de vaccination anglais et de proposer la vaccination contre le zona en routine aux adultes à partir de 65 ans. Pour obtenir une couverture vaccinale aussi haute que possible et éviter un accès inégalitaire aux soins, le rapport plaide pour une inclusion de la vaccination contre le zona dans le programme de vaccination des personnes âgées et pour une mise à disposition gratuite organisée. Grâce à la possibilité d'une administration simultanée avec le vaccin contre la grippe, cette vaccination contre le zona pourrait, comme celle contre le pneumocoque, se dérouler lors de la vaccination contre la grippe chez le généraliste.

Le Gezondheidsraad aux Pays-Bas

Dans un avis de juin 2016, le *Gezondheidsraad* aux Pays-Bas ne conseille pas une vaccination des seniors contre le zona organisée par les autorités (8). Il n'y a actuellement qu'un vaccin (Zostavax®) sur le marché et celui-ci n'offre pas selon le *Gezondheidsraad* une protection suffisante. Il subsiste des doutes sur l'efficacité à long terme. En outre, il est contre-indiqué chez les personnes qui en raison de leur haute susceptibilité au zona pourraient en tirer le plus grand bénéfice.

Par ailleurs, il y a un nouveau vaccin pour lequel une demande d'enregistrement a été déposée auprès de l'EMA, ne contenant pas de virus vivant. Aussitôt que ce vaccin sera sur le marché, il sera pertinent selon le *Gezondheidsraad* d'envisager à nouveau une vaccination contre le zona.

Le *Gezondheidsraad* aux Pays-Bas **conclut** que la vaccination contre le zona ne doit actuellement pas être intégrée dans un programme public de vaccination, car le zona ne se répand pas au point de représenter une menace pour la santé publique ou une nuisance pour la vie sociale. On ne peut également pas parler d'épidémie.

En outre, pour le *Gezondheidsraad*, la vaccination par le Zostavax® ne présente pas un intérêt collectif. On ne pourrait évoquer ce dernier qu'à condition que la vaccination offre une protection si importante à toutes les personnes concernées (d'un groupe cible significatif) qu'elle puisse être considérée comme un acte de soins essentiel, qui devrait alors être accessible équitablement à tout le groupe cible. L'efficacité de la vaccination est trop limitée et la durée de protection trop courte pour répondre à cette condition. Enfin, le vaccin actuel n'est pas sûr pour les personnes présentant un trouble immunitaire.

En raison de la protection que la vaccination peut donner vis-à-vis de la névralgie post-herpétique, celle-ci peut être envisagée sur une base individuelle. Dans cette optique, il est important qu'aussi bien les avantages que les inconvénients et risques soient pesés et débattus.

Conclusions

Le **vaccin actuel** contre le zona présente une série de limites, mais offre aussi certains atouts : une efficacité contre le zona de 64% chez les personnes âgées de 60 à 69 ans, avec cependant une efficacité diminuant peu à peu à long terme et l'inconvénient de ne pouvoir être administré aux personnes présentant une immunité amoindrie.

Les premières études avec le **nouveau vaccin** subunit recombinant (HZ/su ou Shingrix), suggèrent que ce vaccin offre une meilleure protection chez les personnes âgées (9, 10) et est également efficace et sûr chez les personnes ayant des troubles immunitaires (11). Si ces données sont confirmées, il s'agirait d'un progrès important. De nombreuses questions doivent cependant encore trouver des réponses, entre autres celles relatives à la sécurité du vaccin et à la durée de la protection obtenue. Durant les études en cours, deux doses du nouveau vaccin ont été administrées (au lieu d'une avec le vaccin actuel), ce qui peut constituer un défi aussi bien sur le plan de l'organisation que celui des coûts de la vaccination (12).

Références

- (1) Martine Sabbe M. et al. *Epidemiologie van windpokken en zona vastgesteld door huisartsen : 2006-2010*. *Infectieziektebulletin 2012-4* [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/2012-4_82_Epidemiologie_zona_windpok_M.%20Sabbe.pdf], pag. 5-10
- (2) European Medicines Agency. *European public assessment report (EPAR) for Zostavax* [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000674/human_med_001185.jsp&url=menus/medicines/medicines.jsp&mid=WC0b01ac058001d125&jsenabled=true], 2016
- (3) Gagliardi AMZ et al. *Vaccines for preventing herpes zoster (shingles) in older adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2016* [http://www.cochrane.org/CD008858/ARI_vaccines-preventing-herpes-zoster-shingles-older-adults].
- (4) H. Izurieta, M. Wernecke J. Kelman et al. *Effectiveness and Duration of Protection Provided by the Live-attenuated Herpes Zoster Vaccine in the Medicare Population Ages 65 Years and Older*. *Clin Infect Dis* 2017 ; 64 (6) : 785-793. doi : 10.1093/cid/ciw854
- (5) Tseng HF et al. *Declining effectiveness of herpes zoster vaccine in adults aged ≥60 years*. *J Infect Dis* [<http://jid.publicaciones.saludcastillayleon.es/content/213/12/1872.full>] 2016 ;213:1872-1875
- (6) Bilcke J. et al. *Kosteneffectiviteit van vaccinatie tegen windpokken bij kinderen en tegen zona bij ouderen in België*. *KCE reports 151A* [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_151a_vaccinatie_tegen_windpokken_en_zona_0.pdf]. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 2010.
- (7) Baeyens J.P. et al. *Health Relevance of Vaccination in Older People. Herpes Zoster Vaccination as an example*. *Europe Expro 2016-11* [http://www.europe-expro.eu/files/Rapporten/Interactive_Report_Health_Relevance_of_Vaccination_in_Older_people_publication_date_16_November_2016.pdf]. *Vlaamse Ouderenraad* [http://vlaamse-ouderenraad.be/info60+/artikel.php?pub_id=4638]
- (8) Gezondheidsraad. *Vaccinatie tegen gordelroos* [https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201609vaccinatie_tegen_gordelroos.pdf]. Den Haag

2016.

(9) Lal H. et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med* 2015 [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1501184#t=article>]. 372:2087-2096

DOI : 10.1056/NEJMoa1501184

(10) Cunningham A.L. et al. Efficacy of the Herpes Zoster Subunit Vaccine in Adults 70 Years of Age or Older. *N Engl J Med* 2016 [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1603800#t=article>] ; 375:1019-1032 DOI : 10.1056/NEJMoa1603800

(11) Cunningham L. The herpes zoster subunit vaccine. *Expert Opinion on Biological Therapy* 16/2 2016 [<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14712598.2016.1134481?src=recsys&journalCode=iebt20>], p. 265-271.

(12) Neuzil K.M. Preventing Shingles and Its Complications in Older Persons. *N Engl J Med* 2016 [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1610652>] ; 375:1079-1080

Vax Info 77 - fin de l'article "La vaccination des personnes âgées est-elle nécessaire ? "
