

Mémoire de Maîtrise en médecine No 3446

# Consensus vaudois de prise en charge de maladies infectieuses auprès des requérants d'asile et détenus

(Consensus of management for prevalent infectious diseases  
among asylum seekers and detainees in the Canton of Vaud)

## **Etudiante**

Chastonay Oriane

## **Tuteur**

Prof. Bodenmann Patrick  
Centre des populations vulnérables, PMU

## **Co-tuteur**

Dr Masserey Eric  
Service de la santé publique du canton de Vaud

## **Expert**

Prof. Troillet Nicolas  
Dpt des maladies infectieuses, UNIL, Hôpital du Valais

Lausanne, 30.10.2016

## LIMINAIRE

Ce travail de master consiste en un projet d'article soumis à publication à la Revue médicale suisse en octobre 2016.

## SOMMAIRE

<b>Titre et auteurs</b> .....	<b>2</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>5</b>
<b>1<sup>ère</sup> étape : Revue de littérature</b> .....	<b>5</b>
<b>2<sup>ème</sup> étape : Elaboration d'algorithmes décisionnels</b> .....	<b>5</b>
<b>3<sup>ème</sup> étape : Processus de consensus</b> .....	<b>5</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>6</b>
<b>Revue de littérature</b> .....	<b>6</b>
<b>Processus de consensus</b> .....	<b>6</b>
1. Tuberculose.....	6
2. Rougeole.....	8
3. Varicelle.....	9
4. Gale.....	10
5. Punaises de lit.....	10
<b>Conclusion</b> .....	<b>11</b>
<b>Implications pratiques</b> .....	<b>11</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>12</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>15</b>
<b>Participants au focus group</b> .....	<b>15</b>
<b>Algorithmes consensuels de prise en charge dans le canton de Vaud</b> .....	<b>16</b>
Fig. 1a Tuberculose chez les requérants .....	16
Fig. 1b Tuberculose chez les détenus.....	17
Fig. 2 Rougeole chez les requérants et détenus.....	18
Fig. 3 Varicelle chez les requérants et détenus .....	19
Fig. 4 Gale chez les requérants et détenus.....	20
Fig. 5 Punaises de lit chez les requérants et détenus.....	21
<b>Complément d'information pour la prise en charge et le traitement</b> .....	<b>22</b>
Encadré 1 Traitement de la tuberculose chez les requérants et détenus .....	22
Encadré 2 Prise en charge de la rougeole .....	23
Encadré 3 Prise en charge de la varicelle.....	24
<b>Mots-clés</b> .....	<b>25</b>

CONSENSUS VAUDOIS DE PRISE EN CHARGE DE MALADIES INFECTIEUSES  
AUPRES DES REQUERANTS D'ASILE ET DETENUS

Oriane Chastonay  
[oriane.chastonay@unil.ch](mailto:oriane.chastonay@unil.ch)

Dr. Eric Masserey  
[eric.masserey@vd.ch](mailto:eric.masserey@vd.ch)

Dr. Elodie Dory  
[elodie.dory@hospvd.ch](mailto:elodie.dory@hospvd.ch)

Dr. Pascale Beaupère  
[pascale.beaupere@hospvd.ch](mailto:pascale.beaupere@hospvd.ch)

Dr. Jesica Mazza-Stalder  
[jesica.mazza-stalder@chuv.ch](mailto:jesica.mazza-stalder@chuv.ch)

Dr. Serge de Vallière  
[serge.de-valliere@hospvd.ch](mailto:serge.de-valliere@hospvd.ch)

Yann L'Hostis  
[yann.lhostis@hospvd.ch](mailto:yann.lhostis@hospvd.ch)

Prof. Patrick Bodenmann  
[patrick.bodenmann@hospvd.ch](mailto:patrick.bodenmann@hospvd.ch)

Contact pour correspondance :

Prof. Patrick Bodenmann  
Responsable du Centre des populations vulnérables  
Policlinique médicale universitaire de Lausanne  
Rue du Bugnon 44  
1011 Lausanne  
021 314 61 02  
[patrick.bodenmann@hospvd.ch](mailto:patrick.bodenmann@hospvd.ch)

Titre : 102 caractères (espaces compris)  
Résumé en français : 865 caractères (espaces compris)  
Résumé en anglais : 841 caractères (espaces compris)  
Texte : 12'771 Caractères (espaces compris)  
Tableau : 1  
Figures : 6  
Encadrés : 3

## RESUME

Ce travail développe des procédures dans le cadre du dépistage et de la prise en charge de maladies infectieuses ou parasitaires prévalentes (tuberculose, rougeole, varicelle, gale, punaises de lit) chez les requérants d'asile et détenus du canton de Vaud, populations vivant dans des environnements similaires, afin de soutenir le personnel soignant dans son travail de terrain, veiller à la santé des personnes concernées et protéger la population locale.

Il s'agit donc d'harmoniser, grâce à une revue de littérature et un focus group d'experts, les procédures existantes dans les centres de requérants et de détenus vaudois en s'assurant que celles-ci correspondent aux recommandations de la littérature et soient pertinentes en termes de santé publique et d'éthique, ainsi que réalisables d'un point de vue logistique et acceptables par les équipes de terrain.

## ABSTRACT

Our work develops procedures and useful tools for the screening, assessment and management of prevalent infectious or parasitic diseases (tuberculosis, measles, chickenpox, scabies, bedbugs) among asylum seekers and detainees in the canton of Vaud, populations living in similar closed settings. Its aim is to support health professionals in their work, to maintain the health of the target population and to protect the health of the community.

Through a literature review and a focus group with experts, it is proposed to harmonize the existing procedures in asylum seekers centres and prisons of the canton of Vaud. The proposed decision algorithms are coherent with the recommendations of the literature and relevant in terms of public health and ethics, as well as feasible logistically and acceptable by the field health professionals.

## INTRODUCTION

Les personnes vivant en situation de précarité (migrants forcés, détenus, travailleuses du sexe, toxicodépendants, sans domicile fixe, etc.) sont plus susceptibles aux maladies infectieuses.<sup>1,2</sup> Par ailleurs, les risques de propagation de ces maladies sont plus importants en situation de promiscuité. C'est le cas des migrants vivant dans les centres pour requérants d'asile (RA) et des détenus. Il s'agit de populations contraintes à vivre dans des conditions de promiscuité pour une durée indépendante de leur volonté, provenant fréquemment de pays où les maladies infectieuses sont endémiques. Enfin, on trouve une proportion élevée de migrants forcés en milieu carcéral.<sup>3</sup>

La prévalence de la tuberculose (TB) est 150 fois plus grande chez les RA que chez les Suisses<sup>4</sup> ; près de la moitié des détenus d'une prison genevoise (47.5%) présentaient un Mantoux positif lors d'un dépistage réalisé entre 1997 et 2001<sup>5</sup>. La susceptibilité pour la rougeole est 2-3 fois plus élevée chez les migrants et les détenus nés après 1981 que dans la population générale.<sup>6-8</sup> Celle pour la varicelle est 4-7 fois plus grande chez les personnes ayant grandi dans des régions tropicales.<sup>9</sup>

Par ailleurs, la littérature a montré que la prise en charge médicale des RA et des détenus comportait des lacunes.<sup>5</sup> Les autorités sanitaires vaudoises ont été confrontées, récemment, à des situations épidémiques pour plusieurs maladies infectieuses dans les centres de RA et de détention et ont donc la volonté de mettre en place des procédures standardisées pour une meilleure prise en charge des personnes concernées et protéger la population de tout risque épidémique.

C'est pourquoi, nous avons entrepris une démarche participative d'établissement d'algorithmes décisionnels pour la prise en charge de 5 maladies infectieuses ou

parasitaires (TB, rougeole, varicelle, gale et punaises de lit) fréquentes et à fort potentiel épidémique.

## METHODOLOGIE

### **1<sup>ère</sup> étape : Revue de littérature**

Une revue de littérature exhaustive non systématique s'est faite par une recherche sur PubMed des articles publiés en français, en anglais et en allemand sur 10 ans (5 ans pour la TB). Les 5 mots-clés principaux utilisés pour la recherche étaient : «active tuberculosis», «measles », «chickenpox», «scabies», «bed bugs» ainsi que «best practice», « review », « guidelines », «asylum seekers», «refugees», «migrants», «prisoners», «detainees», «inmates». Seuls ont été pris en considération les travaux portant sur des adultes.

En outre, des documents recommandés par les professionnels consultés (tous co-auteurs) présentant des recommandations actuellement utilisées dans les centres de RA et dans les établissements pénitentiaires vaudois ont été intégrés dans la revue de littérature.

### **2<sup>ème</sup> étape : Elaboration d'algorithmes décisionnels sur la base de la revue de littérature**

Pour chaque maladie, et ce en conformité avec la littérature, plusieurs algorithmes ont été réalisés.

### **3<sup>ème</sup> étape : Processus de consensus**

Une séance de type « focus group » a réuni les professionnels directement concernés du Canton de Vaud (*Tableau 1*). L'objectif était de discuter les algorithmes décisionnels issus de la revue de littérature par rapport à leur pertinence en termes de santé publique, d'éthique, de faisabilité et d'acceptabilité par les équipes soignantes ainsi que de décider d'un algorithme pour chaque maladie.

La réunion a été enregistrée puis retranscrite verbatim.

## RESULTATS

### **Revue de littérature**

Parmi 214 articles identifiés, 46 portant spécifiquement sur des recommandations sur ces maladies et/ou sur les populations concernées ont été retenus. A cela, s'ajoutent 6 documents recommandés par les professionnels consultés.

### **Processus de consensus**

Les figures 1 à 5 présentent les algorithmes décisionnels retenus lors du processus de consensus concernant les 5 maladies en question (TB, rougeole, varicelle, gale, punaises de lit). Pour des raisons de clarté, les approches thérapeutiques de la TB, rougeole et varicelle sont présentées dans les encadrées 1 à 3.

## DISCUSSION

*Réflexions autour des algorithmes décisionnels issus de la revue de littérature et du focus group*

### **1. Tuberculose (Figure 1a, Figure 1b)**

Concernant le dépistage de la TB auprès des RA, il existait en Suisse, tout comme c'est le cas actuellement aux Etats-Unis<sup>10</sup>, un dépistage systématique de la TB active par radiographie du thorax à l'entrée du pays, abandonné en 2005 pour des raisons de coût-efficacité<sup>4</sup> et remplacé par un test de dépistage anamnestique en ligne (en 32 langues) donnant un score de 0 à 26.<sup>12</sup> Dès que le score est égal ou supérieur à 10 un Mantoux et une radiographie du thorax sont effectués. En outre, des recommandations spécifiques<sup>13</sup> préconisent un test de Mantoux pour tous les enfants migrants de moins de 5 ans et un test IGRA pour les enfants de plus de 5 ans présentant au moins un symptôme suggestif de TB. Aux Etats-Unis un dépistage de TB latente par Mantoux/IGRA est également recommandé pour l'ensemble de la population migrante asymptomatique en alternative à la radiographie du thorax<sup>10</sup>. Au

Canada<sup>11</sup>, un dépistage de TB latente par Mantoux est proposé aux personnes de moins de 50 ans provenant d'un pays à haute et moyenne prévalences (> 15/100'000 cas) ainsi qu'aux personnes de plus de 50 ans immuno-compromises. En Angleterre, le dépistage est limité aux seuls RA provenant de pays à très haute prévalence (> 250/100'000 cas). En Suisse, l'OFSP ne recommande pas le dépistage systématique de TB autre qu'anamnestique chez les RA.

Nous avons décidé, pour le canton de Vaud, de suivre les recommandations nationales. Les résultats d'études vaudoises démontrent qu'en dépit de gros efforts de suivi 20 à 50% des RA traités pour une TB latente n'achevaient pas leur traitement ;<sup>14</sup> plus récemment, une étude a montré de meilleurs résultats avec un pourcentage de réussite de traitement de près de 80%.<sup>15</sup> À l'avenir, grâce à une éventuelle diminution des coûts de dépistage par IGRA et l'introduction d'une chimio-prophylaxie plus courte (Rifapentine), ces recommandations pourraient être revues. Seraient concernés en premier lieu les migrants très jeunes de pays à très haute prévalence et/ou ayant voyagé par voie terrestre. Pour l'heure, un haut degré de suspicion de TB est indiqué pour les personnes provenant d'Afrique subsaharienne (risque de TB 26.1 fois plus élevé)<sup>17</sup> ou ayant voyagé par voie terrestre (risque 2.4 fois plus élevé)<sup>17</sup> ; de même sont indiquées une radiographie du thorax et une culture des expectorations en cas de symptômes pour exclure une tuberculose active. Dans le canton de Vaud l'accessibilité aux soins et l'attention de l'équipe soignante de première ligne aux éventuels nouveaux signes et symptômes chez un RA sont élevées, ce qui favorise une détection précoce de toute TB active.<sup>16</sup> Chez les RA immunosupprimés, respectivement les enfants, un

dépistage par un test d'IGRA, respectivement Mantoux, devrait cependant être systématiquement effectué.

Concernant la prise en charge des détenus, il y a un consensus sur la nécessité de dépister la TB active étant donné leur promiscuité dans des milieux confinés et ce pour une longue durée ; les tests recommandés varient selon le type d'établissement pénitentiaire.<sup>18</sup> Dans le canton de Vaud, un dépistage de la TB active par radiographie du thorax se fait systématiquement conformément aux données récentes de la littérature.<sup>18</sup> Les détenus présentant une toux de plus de 3 semaines sont isolés jusqu'à exclusion du diagnostic de TB.

Concernant les détenus, nous avons décidé de maintenir le dépistage de TB active tel qu'effectué actuellement dans le canton (radiographie du thorax systématique). Par contre, le dépistage de TB latente n'est pas recommandé.<sup>18</sup>

L'approche thérapeutique retenue est résumée dans l'encadré 1. (*Encadré 1*)

## **2. Rougeole (*Figure 2*)**

Nous retenons l'approche préconisée par une étude suisse<sup>6</sup> proposant une vaccination systématique à l'arrivée des sujets nés après 1981 ne provenant pas d'Afrique sub-saharienne et présentant une anamnèse négative. Nous proposons toutefois d'en modifier trois éléments, à savoir renoncer à prendre en compte l'anamnèse, considérée comme peu fiable (barrières linguistiques et culturelles, histoire migratoire complexe<sup>19</sup>), étendre la tranche d'âge à vacciner (dès naissance après 1963, en accord avec le plan vaccinal suisse<sup>20</sup>), vacciner quel que soit le pays d'origine (données épidémiologiques lacunaires dans de nombreux pays). En cas de suspicion clinique d'immunosuppression, la vaccination n'a pas lieu. Nous n'avons pas retenu

les approches préconisées dans une étude allemande<sup>7</sup> qui consistaient à agir uniquement lors d'apparition d'un cas de rougeole en faisant des vaccinations post-expositionnelles soit aux individus séronégatifs soit aux individus nés après 1970 et ayant une anamnèse négative. Ces approches ne permettent pas d'éviter l'apparition de cas et ne suppriment pas le risque d'épidémie ; de plus, les vaccinations post-expositionnelles représentent un stress accru pour les équipes soignantes, difficile à maintenir à long terme.

L'approche thérapeutique retenue est résumée dans l'encadré 2. (*Encadré 2*)

### **3. Varicelle** (*Figure 3*)

Nous retenons l'approche préconisée dans une étude californienne proposant une vaccination systématique des nouveaux arrivants entre 15 et 39 ans avec anamnèse négative<sup>21</sup>; toutefois les critères d'âge sont étendus à 11-39 ans pour être en harmonie avec le plan vaccinal suisse<sup>20</sup> et suivre les recommandations concernant les migrants dans la littérature suisse romande.<sup>13,19</sup> L'anamnèse est maintenue dans l'algorithme, celle-ci ayant une valeur prédictive positive de 88% chez les migrants<sup>22</sup> et de 90% chez les détenus<sup>23</sup>. Une approche suisse similaire<sup>9</sup> proposant une vaccination systématique des nouveaux arrivants séronégatifs est écartée vu le délai dû à la sérologie entraînant un risque d'épidémie avant la vaccination ainsi qu'en raison du coût et de la complexité de la démarche. Nous écartons également d'autres approches suisses<sup>9, 23</sup> préconisant une action qu'en cas d'apparition de cas (aucun dépistage, ni anamnèse, ni vaccination) car celles-ci ne sont pertinentes ni en termes de santé publique, ni d'éthique, ni de faisabilité.

L'approche thérapeutique retenue est résumée dans l'encadré 3. (*Encadré 3*)

#### **4. Gale (Figure 4)**

Le diagnostic par microscope est préconisé dans la littérature lors de suspicion de gale en institution pour le cas index<sup>24</sup> ; étant donné la sensibilité faible de cet examen, cette proposition n'a pas été retenue. Pour la population générale, la littérature conseille également un traitement simultané des contacts ainsi que de leurs literie et vêtements.<sup>25</sup> Nous proposons une variante pour les établissements pénitentiaires, à savoir un traitement des contacts uniquement en cas de prurit avéré (la transmission ne se faisant qu'en cas de contact cutané étroit et prolongé).<sup>25</sup>

#### **5. Punaises de lit (Figure 5)**

La littérature propose une éradication mécanique du parasite et de ne recourir à une éradication chimique qu'en cas d'échec de l'élimination mécanique.<sup>26</sup> Pour des raisons de faisabilité, nous proposons de faire appel à des spécialistes dès que des punaises de lit sont présentes dans l'institution afin de les éradiquer.

Les 5 maladies ont un potentiel épidémique réel, leur prise en charge standardisée dans des populations spécialement à risque comme les RA et les détenus est importante en termes de santé publique ainsi qu'en termes d'équité en matière de soins. L'adoption des algorithmes de prise en charge à travers un processus de consensus avec les professionnels de terrain, les responsables de santé publique, les médecins spécialistes et le responsable du Centre des populations vulnérables devrait favoriser une large mise en oeuvre de ces procédures auprès des RA et détenus, avec à terme une application systématique.

## CONCLUSION

Ce travail s'est limité aux maladies susmentionnées. Nous allons poursuivre notre réflexion à d'autres infections prévalentes parmi les populations vulnérables. La démarche présentée ici constitue le début d'une procédure d'harmonisation de la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires dans les milieux à risque élevé, potentiellement applicable à l'ensemble du pays.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La TB, la rougeole, la varicelle, la gale et les punaises de lit sont des maladies endémiques parmi les RA et les détenus.
- Etant donné le fort potentiel épidémique de ces maladies, une prise en charge standardisée parmi les populations de RA et de détenus s'impose en termes de santé publique.
- L'adoption d'algorithmes décisionnels avec les professionnels de terrain, les responsables de santé publique et les médecins spécialistes est gage d'une mise en œuvre de ces procédures auprès des populations de RA et détenus.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lortholary O. Pathologies infectieuses et précarité en France. Laennec. 1 janv 2012;Tome 55(4):6-14.
2. \*Moretti F, Dory E, Favrat B, et al. Précarité et problèmes cutanés. Rev Med Suisse. 2015;(496):2243-8.
3. Effectif de détention préventive selon le canton, le sexe, l'âge et la nationalité, 2014. Office fédéral de la statistique, Statistique de la privation de liberté; 2014.
4. \*Barben J, Berger C, Bodmer T, et. al. Manuel de la tuberculose [Internet]. Ligue pulmonaire suisse, Office fédéral de la santé publique OFSP; 2012 [cité 19 mars 2016]. Disponible sur: [http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch\\_Tuberculose\\_2012\\_fr\\_01.pdf](http://www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch_Tuberculose_2012_fr_01.pdf)
5. Ritter C, Elger BS. Prevalence of positive tuberculosis skin tests during 5 years of screening in a Swiss remand prison. Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis. janv 2012;16(1):65-9.
6. \*Gétaz L, Rieder J-P, Siegrist C-A, et al. Improvement of measles immunity among migrant populations: lessons learned from a prevalence study in a Swiss prison. Swiss Med Wkly. 2011;141:w13215.
7. Takla A, Barth A, Siedler A, et al. Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany: comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. Epidemiol Infect. sept 2012;140(9):1589-98.
8. Larney S, Monkley DL, Indig D, et al. A cross-sectional study of susceptibility to vaccine-preventable diseases among prison entrants in New South Wales. Med J Aust. 15 avr 2013;198(7):376-9.
9. \*de Valliere S, Cani N, Grossenbacher M, et al. Comparison of two strategies to prevent varicella outbreaks in housing facilities for asylum seekers. Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis. oct 2011;15(10):e716-721.
10. Bishop D, Altshuler M, Scott K, et al. The refugee medical exam: what you need to do. J Fam Pract. déc 2012;61(12):E1-10.
11. Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 6 sept 2011;183(12):E939-951.
12. Confédération Suisse. Programme interactif permettant une première anamnèse en 32 langues. [Internet]. [cité 5 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.tb-screen.ch/app/intro.php>
13. Bernhard S, Büttcher M, Heiniger U, et al. Mémento pour le diagnostic et la prévention de maladies infectieuses et la mise à jour des vaccinations auprès d'enfants et adoles - cents migrants en Suisse, asymptomatiques. 2016; Paediatrica Vol. 27(N° spécial sur les migrants II/2016):11-8.

14. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *BMC Infect Dis.* 2009;9:34.
15. Sarivalasis A, Bodenmann P, Langenskiold E, et al. High rate of completion of preventive therapy for latent tuberculosis infection among asylum seekers in a Swiss Canton. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13860.
16. Bodenmann P, Ninane F, Pahud-Vermelen D, et al. Afflux des migrants. *Schweiz Ärztztg Bull Médecins Suisses Boll Dei Medici Svizzera;* 2015;96(50–51):1881–1883
17. Sarivalasis A, Zellweger J-P, Faouzi M, et al. Factors associated with latent tuberculosis among asylum seekers in Switzerland: a cross-sectional study in Vaud County. *BMC Infect Dis.* 2012;12:285.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: recommendations from CDC. Endorsed by the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis, the National Commission on Correctional Health Care, and the American Correctional Association. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep Cent Dis Control.* 7 juill 2006;55(RR-9):1-44.
19. de Vallière S, Landry P, Masserey E, et al. [Vaccination of asylum seekers in the canton Vaud, Switzerland]. *Rev Médicale Suisse.* 8 mai 2013;9(385):985-9.
20. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2015. Directives et recommandations [Internet]. Office fédéral de la santé publique; 2015. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/infinfo](http://www.bag.admin.ch/infinfo)
21. Leung J, Lopez AS, Tootell E, et al. Challenges with controlling varicella in prison settings: experience of California, 2010 to 2011. *J Correct Health Care Off J Natl Comm Correct Health Care.* oct 2014;20(4):292-301.
22. Christiansen D, Barnett ED. Comparison of varicella history with presence of varicella antibody in refugees. *Vaccine.* 22 oct 2004;22(31-32):4233-7.
23. Gétaz L, Siegrist C-A, Stoll B, et al. Chickenpox in a Swiss prison: susceptibility, post-exposure vaccination and control measures. *Scand J Infect Dis.* déc 2010;42(11-12):936-40.
24. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med.* 20 avr 2006;354(16):1718-27.
25. Gaspard L, Laffitte E, Michaud M, et al. [Scabies in 2012]. *Rev Médicale Suisse.* 4 avr 2012;8(335):718-22, 724-5.
26. \*Sahil M, Laffitte E, Sudre P, et al. [Bedbugs: know them better. Deal with them better]. *Rev Médicale Suisse.* 3 avr 2013;9(380):718, 720-2.

27. Centers for Disease Control and Prevention National CENTER for Immunization and Respiratory Diseases Division of Viral Diseases. Measles | For Healthcare Professionals | CDC [Internet]. [cité 13 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/measles/hcp/>
28. Bodenmann P, Vaucher P, Pasche O et al. La varicelle chez l'adulte. In : Cornuz J, Pasche O eds, COMPAS - Stratégie de prise en charge clinique - Médecine interne générale ambulatoire, 2<sup>ème</sup> ed. Genève : Médecine & Hygiène 2014: 289-300

## ANNEXES

### Participants au focus group

EM	Médecin cantonal adjoint pour les maladies transmissibles
ED	Médecin chef de clinique de l'unité de soins aux migrants
PBe	Médecin associé du service de médecine et psychiatrie communautaire
JMS	Médecin agréé du service de pneumologie
SDV	Médecin spécialiste en infectiologie et médecine tropicale
YLH	Infirmier chef de service de l'unité de soins aux migrants
PBo	Médecin adjoint responsable du centre des populations vulnérables

Tableau 1 : Participants au focus group

EM : Eric Masserey, ED : Elodie Dory, PBe : Pascale Beaupère, JMS : Jesica Mazza-Stalder, SDV : Serge de Vallière, YLH : Yann L'Hostis, PBo : Patrick Bodenmann

## Algorithmes consensuels de prise en charge dans le canton de Vaud

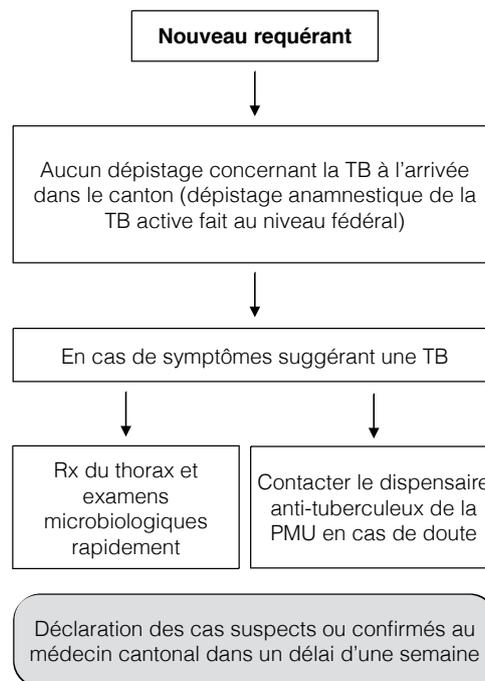


Figure 1a : Algorithme consensuel de prise en charge de la tuberculose chez les RA dans le canton de Vaud

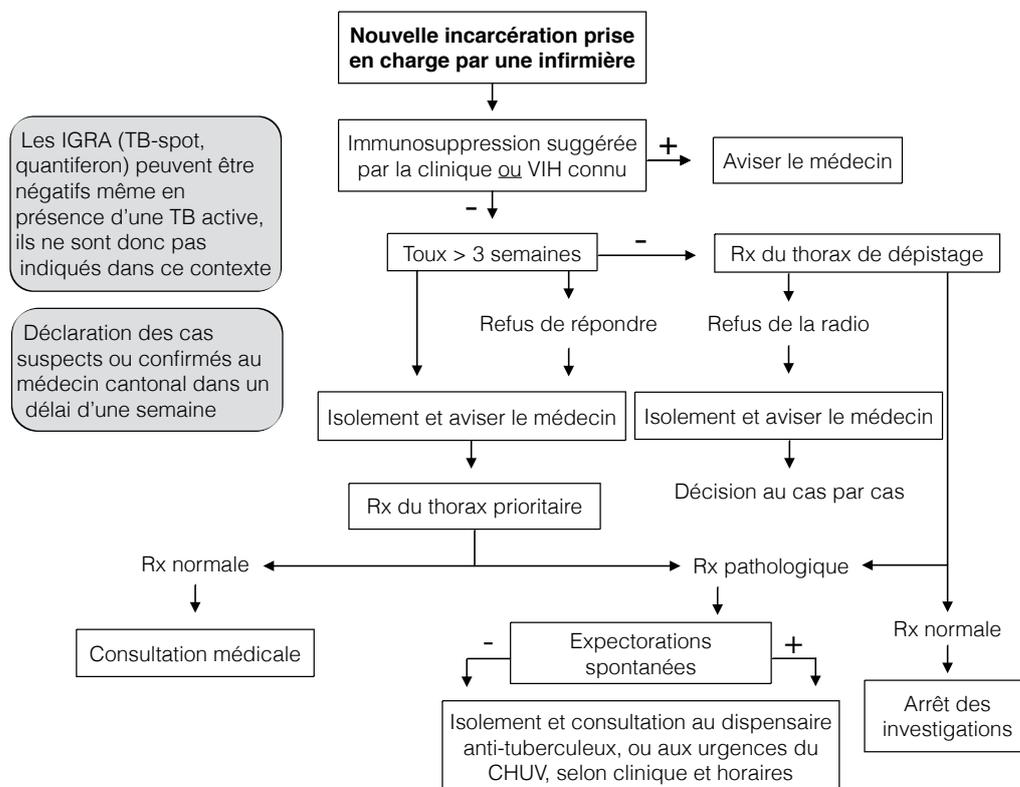


Figure 1b : Algorithme consensuel de prise en charge de la tuberculose chez les détenus dans le canton de Vaud: Dépistage de la tuberculose active (repris de J. Mazza-Stalder, A. Ronga, E. Mercier 2015)

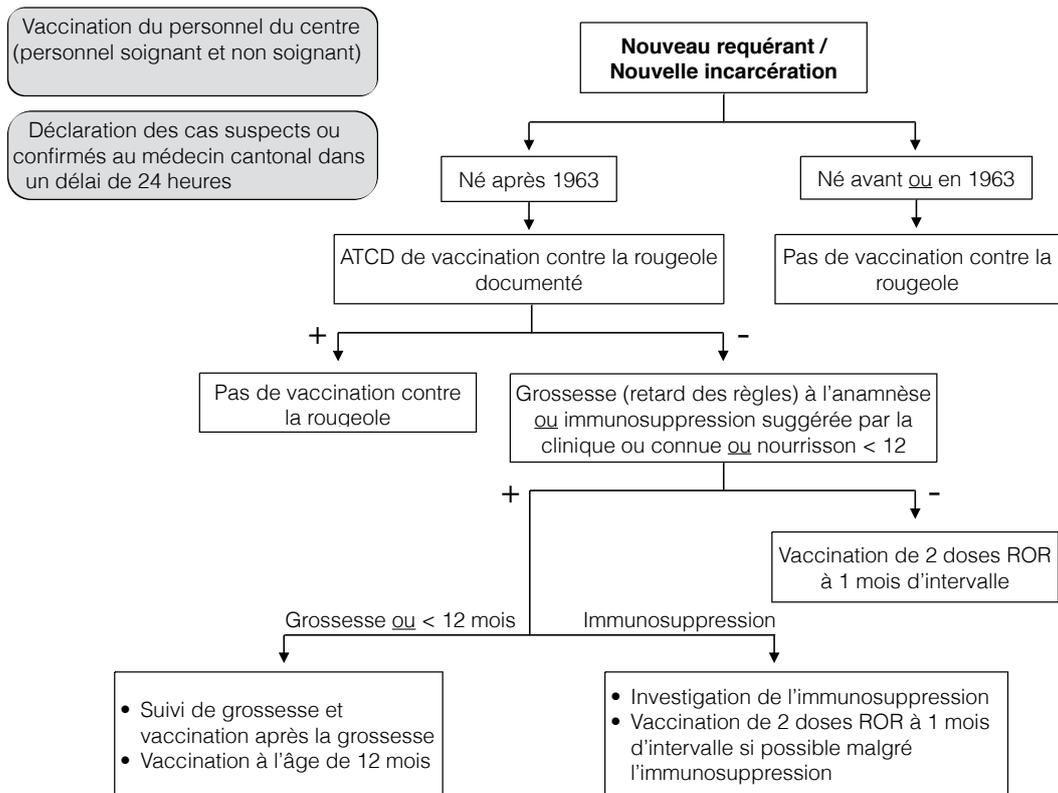


Figure 2 : Algorithme consensuel de prise en charge de la rougeole chez les RA et détenus dans le canton de Vaud  
 ATCD : antécédent, ROR : Rougeole – oreillon – rubéole

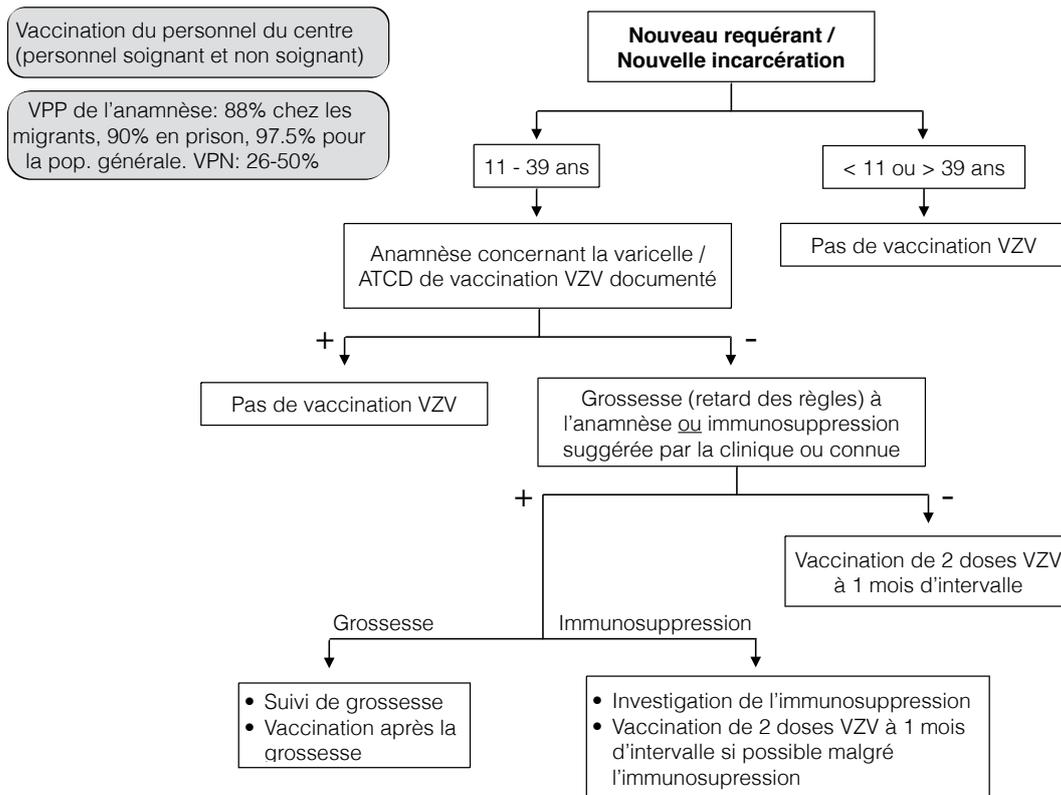


Figure 3 : Algorithme consensuel de prise en charge de la varicelle chez les RA et détenus dans le canton de Vaud  
 ATCD : antécédent, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative, VZV : varicella-zoster virus

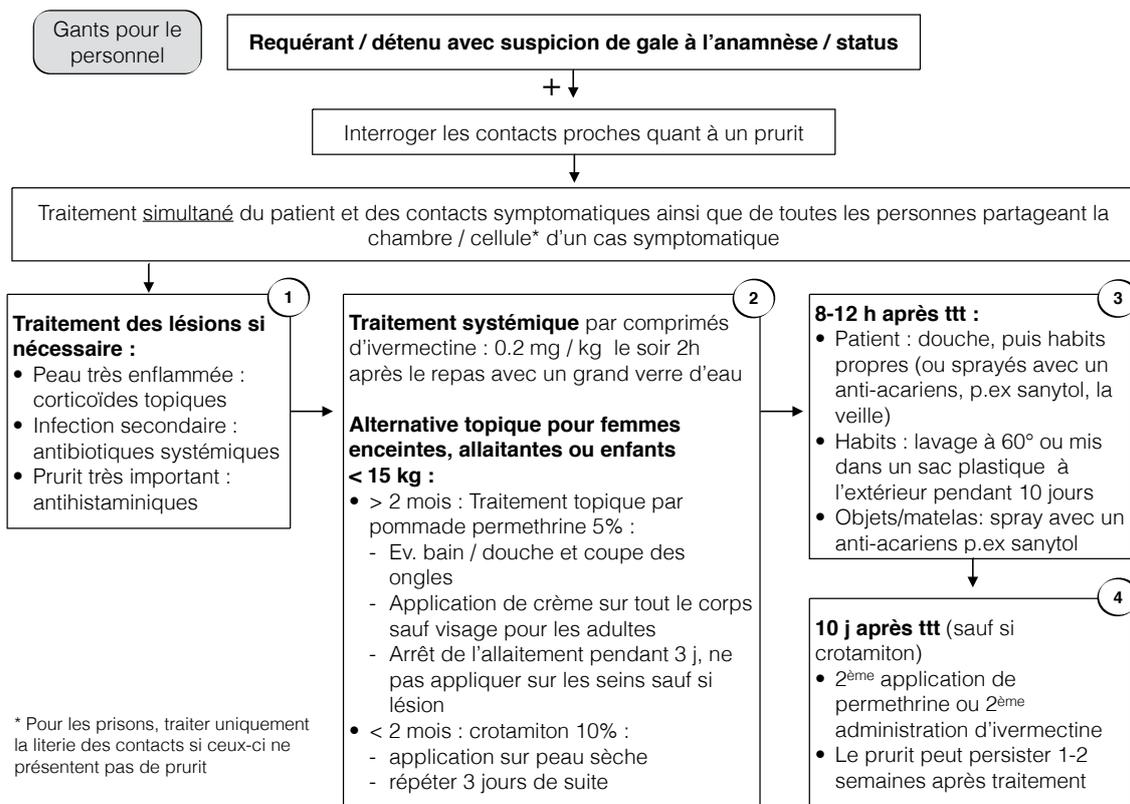


Figure 4 : Algorithme consensuel de prise en charge de la gale chez les RA et détenus dans le canton de Vaud

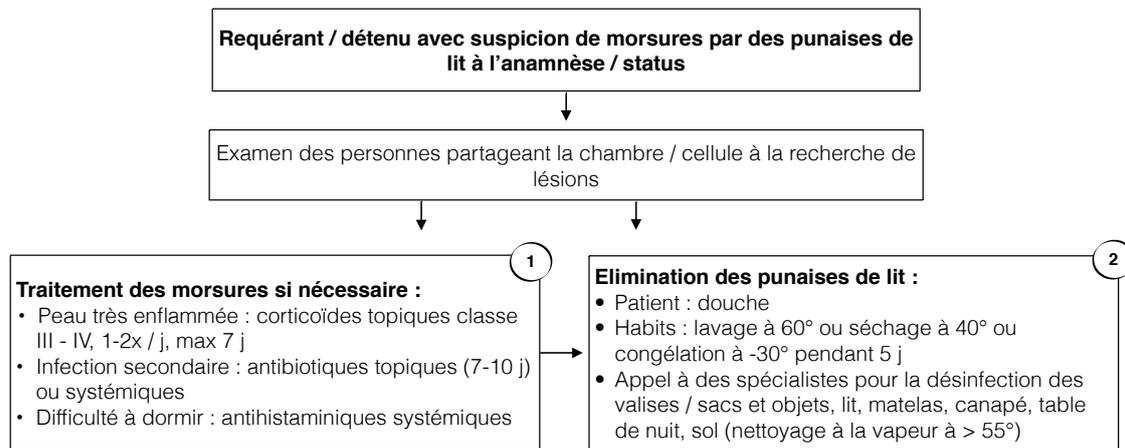


Figure 5 : Algorithme consensuel de prise en charge des morsures de punaises de lit chez les RA et les détenus dans le canton de Vaud

## Complément d'information pour la prise en charge et le traitement

### **Infection de TB active :**

- Traitement initié par des infectiologues ou des pneumologues
- Contacter le centre vaudois de référence : Dispensaire anti-tuberculeux de la PMU

### **Infection de TB latente :**

- Aucun traitement conseillé ni pour les requérants ni pour les détenus sauf pour les personnes immunocompromises (y compris addiction, dénutrition et diabète pour les détenus)

Encadré 1 : Traitements de la tuberculose chez les RA et détenus

**Isolement aérosol jusqu'à 4 jours après l'apparition du rash**

Le personnel non immun ayant reçu une vaccination post-expositionnelle dans les 72 h suivant le contact peut réintégrer le travail. Sinon, il est exclu du J5 au J21 post-exposition.

**Adultes et enfants non hospitalisés :**

- Ttt symptomatique
- ATB lors d'infection secondaire
- Vitamine A pour les enfants
  - < 6 mois : 50'000 UI
  - 6 - 11 mois : 100'000 UI
  - ≥12 mois : 200'000 UI
- Les données sont limitées concernant l'administration de ribavirin.

**Contacts non-immuns à haut risque :**

- Femmes enceintes : IgG iv 400 mg / kg
- Personnes immunosupprimées sévères\* : IgG iv 400 mg / kg indépendamment du statut vaccinal
- Enfants < 1an : IgG im 0.5 ml / kg, max. 15 ml

**Autres contacts non-immuns :**

- vaccin ROR dans les 72h
- ou IgG im dans les 6 j 0.5ml / kg, max. 15 ml

\*personnes immunosupprimées sévères: transplantation de moelle, leucémie, CD4 < 200 cellules/ml, etc.

Encadré 2 : Prise en charge de la rougeole<sup>27</sup>  
ROR : Rougeole – oreillon – rubéole

<b>Isolement aérosol jusqu'à ce que les lésions soient sèches et croutées</b>	
<p><b>Toute personne ayant la varicelle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paracétamol</li> <li>- antihistaminique oraux</li> <li>- savon désinfectant à la chlorexidine</li> <li>- badigeon désinfectant</li> </ul>	<p>Le personnel non immun exposé au VZV doit éviter tout contact à partir du 8ème au 21ème jours post-exposition. Seul le personnel immun s'occupe des patients avec VZV.</p>
<p><b>Adultes et enfants &gt; 12 ans :</b> Débuter les virostatiques &lt; 24 h après le début de l'exanthème :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acyclovir 800 mg po 5x / j pendant 7 j</li> <li>- <u>ou</u> valacyclovir 1000 mg po 3x / j pendant 7 j</li> <li>- <u>ou</u> famcyclovir 500 mg po 3x / j pendant 7 j</li> </ul>	<p><b>Contacts non-immuns à haut risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>femmes enceintes</u></li> <li>- <u>patients VIH positifs</u></li> <li>- <u>personnes immunosupprimées</u></li> </ul> <p>Administration de varitect CP pour les contacts significatifs* : 125 UI / 10 kg (max. 625 UI) dans les 96 h</p>
<p><b>Femmes enceintes (3ème trimestre) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formes non sévères : valacyclovir 1000 mg po 3x / j pendant 7 j</li> <li>- Formes sévères ou pneumonie : acyclovir 10 mg / kg iv q8h pendant 7 j</li> </ul>	<p><b>Autres contacts non-immuns :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccin VZV dans les 24 heures pour les contacts significatifs</li> </ul>
<p><b>Personnes immunosupprimées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acyclovir 10 mg / kg iv q8h pendant 7 j</li> </ul>	<p>*contact significatif avec la personne infectée : dès 15 min dans la même pièce <u>ou</u> dès 5 min en face à face dès 2 j avant le début du rash et jusqu'à ce que les lésions soient sèches et croutées.</p>

Encadré 3 : Prise en charge de la varicelle<sup>28</sup>  
VZV : Varicella-zoster virus

## MOTS-CLES POUR ARCHIVAGE DANS SERVAL

- Maladies infectieuses
- Consensus
- Algorithme décisionnel
- Requérants d'asile
- Détenus