

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

ORIANE CHASTONAY^a Drs ÉRIC MASSEREY^b, ÉLODIE DORY^c, PASCALE BEAUPÈRE^c, JESICA MAZZA-STALDER^d, SERGE DE VALLIÈRE^e, YANN L'HOSTIS^c et Pr PATRICK BODENMANN^c

Rev Med Suisse 2019; 15: 466-72

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 existant 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.

Consensus for the management of infectious diseases among asylum seekers and detainees in the canton of Vaud

Our work develops procedures and useful tools for the screening, assessment and management of prevalent infectious or parasitic diseases (tuberculosis, measles, chickenpox, scabies, bed bugs) 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 infec-

tieuses.^{1,2} 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.³

La prévalence de la tuberculose (TB) est 150 fois plus grande chez les RA que chez les Suisses; ⁴ près de la moitié des détenus d'une prison genevoise (47,5%) présentaient un Mantoux positif lors d'un dépistage réalisé entre 1997 et 2001.⁵ 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.⁶⁻⁸ Celle pour la varicelle est 4-7 fois plus grande chez les personnes ayant grandi dans des régions tropicales.⁹ Par ailleurs, la littérature a montré que la prise en charge médicale des RA et des détenus comportait des lacunes.⁵ 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.

MÉTHODOLOGIE

Première 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 coauteurs) présentant des recommandations

^a Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, 1004 Lausanne, ^b Service de la santé publique du Canton de Vaud, 1014 Lausanne, ^c Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^d Service de pneumologie, CHUV, 1011 Lausanne, ^e Service des maladies infectieuses, CHUV, 1011 Lausanne oriane.chastonay@unil.ch | eric.masserey@vd.ch | elodie.dory@hospvd.ch pascalle.beaupere@hospvd.ch | jessica.mazza-stalder@chuv.ch serge.de-valliere@hospvd.ch | yann.lhostis@hospvd.ch patrick.bodenmann@hospvd.ch

actuellement utilisées dans les centres de RA et dans les établissements pénitentiaires vaudois ont été intégrés dans la revue de littérature.

Deuxième étape: élaboration 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.

Troisième 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.

RÉSULTATS

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 le tableau 2 et figures 6 et 7.

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.

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 2 Traitements de la tuberculose chez les RA et détenus

RA: requérant d'asile; TB: tuberculose.

Infections de TB active:

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

Infections 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)

DISCUSSION

Les réflexions autour des algorithmes décisionnels issus de la revue de littérature et du focus group pour les 5 maladies infectieuses ou parasitaires sont résumées ci-après.

Tuberculose (figures 1a et 1b)

Concernant le dépistage de la TB auprès des RA, il existait en Suisse, tout comme c'est le cas actuellement aux Etats-Unis,¹⁰ un dépistage systématique de la TB active par radiographie du thorax à l'entrée du pays, abandonné en 2005 pour des raisons de coût-efficacité⁴ et remplacé par un test de dépistage anamnestique en ligne (en 32 langues) donnant un score de 0 à 26.¹¹ Dès que le score est égal ou supérieur à 10, un Mantoux et une radiographie du thorax sont effectués. En outre, des recommandations spécifiques¹² 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.¹⁰ Au Canada,¹³ 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 immunocompromises. 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;¹⁴ plus récemment, une étude a montré de meilleurs résultats avec un pourcentage de réussites de traitement de près de 80%.¹⁵ A l'avenir, grâce à une éventuelle diminution des

FIG 1A Algorithme consensuel de prise en charge de la TB chez les RA dans le canton de Vaud

TB: tuberculose; RA: requérant d'asile; Rx: radiographie.

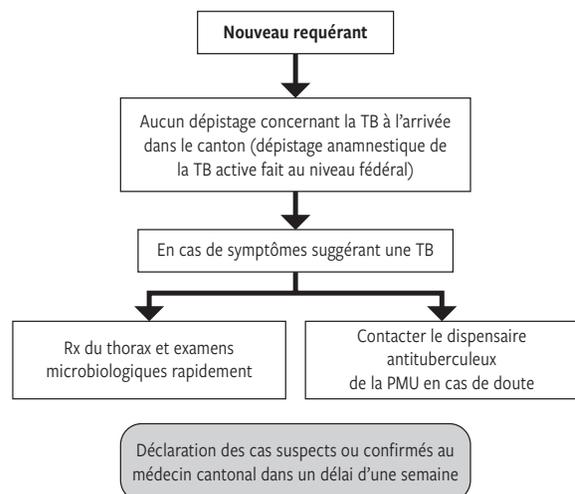
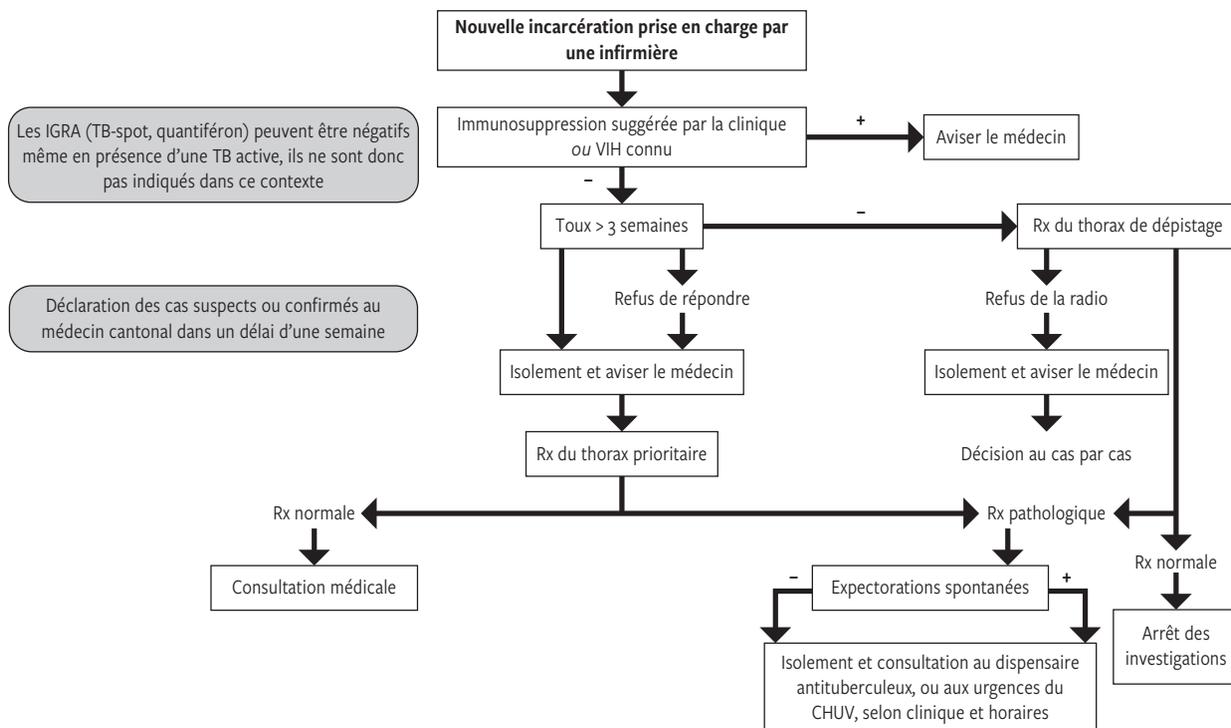


FIG 1B Algorithme consensuel de prise en charge de la TB chez les détenus dans le canton de Vaud: dépistage de la tuberculose active

TB: tuberculose; Rx: radiographie.



(D'après Mazza-Stalder J, Ronga A, Mercier E. Tuberculose active – Algorithme de dépistage en milieu carcéral, Document interne PMU-CHUV, mai 2015).

FIG 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; RA: requérant d'asile.

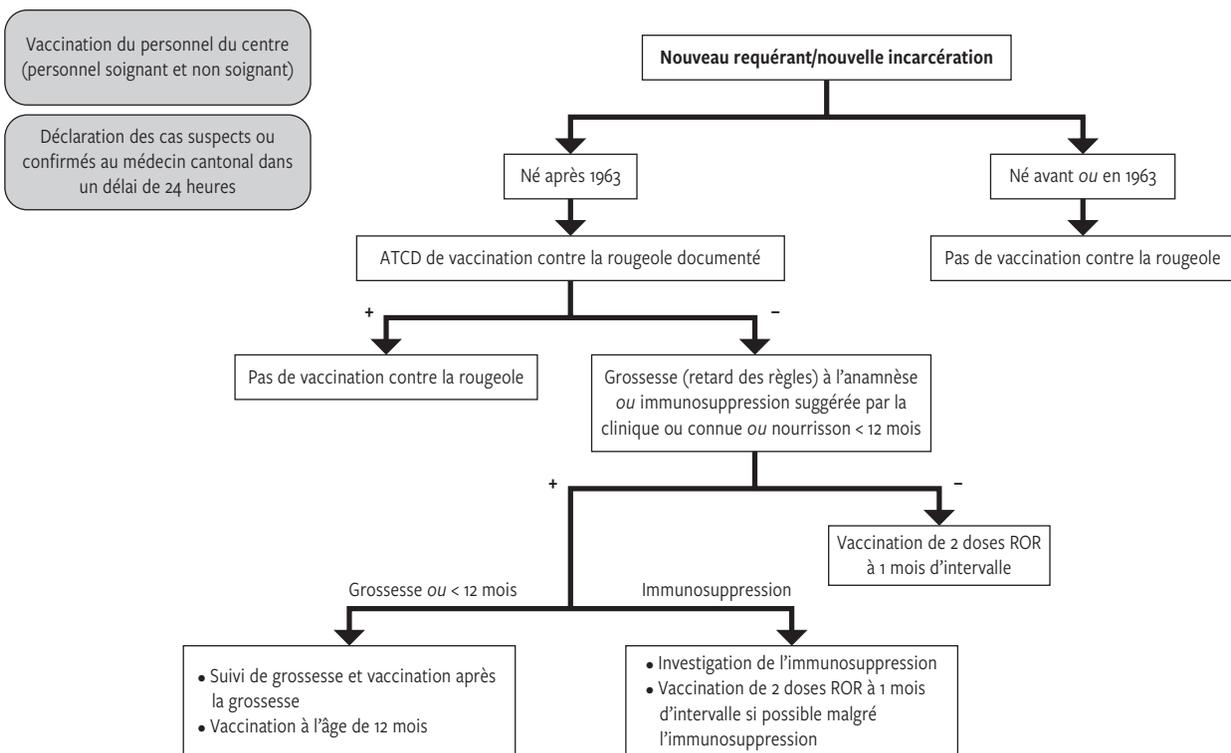


FIG 3 Algorithme consensuel de prise en charge de la varicelle chez les RA et détenus dans le canton de Vaud

ATCD: antécédent; VPP: valeur prédictive positive; VPN: valeur prédictive négative; VZV: varicella-zoster virus; RA: requérant d'asile.

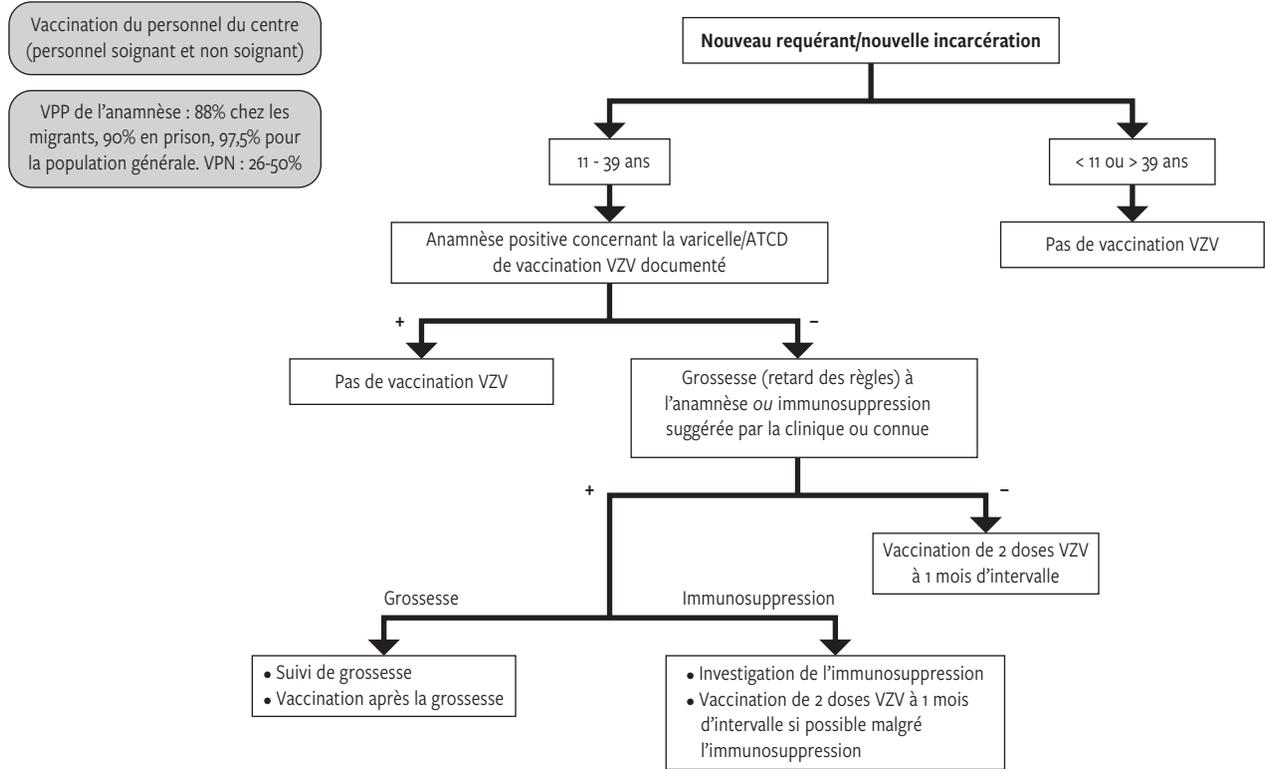
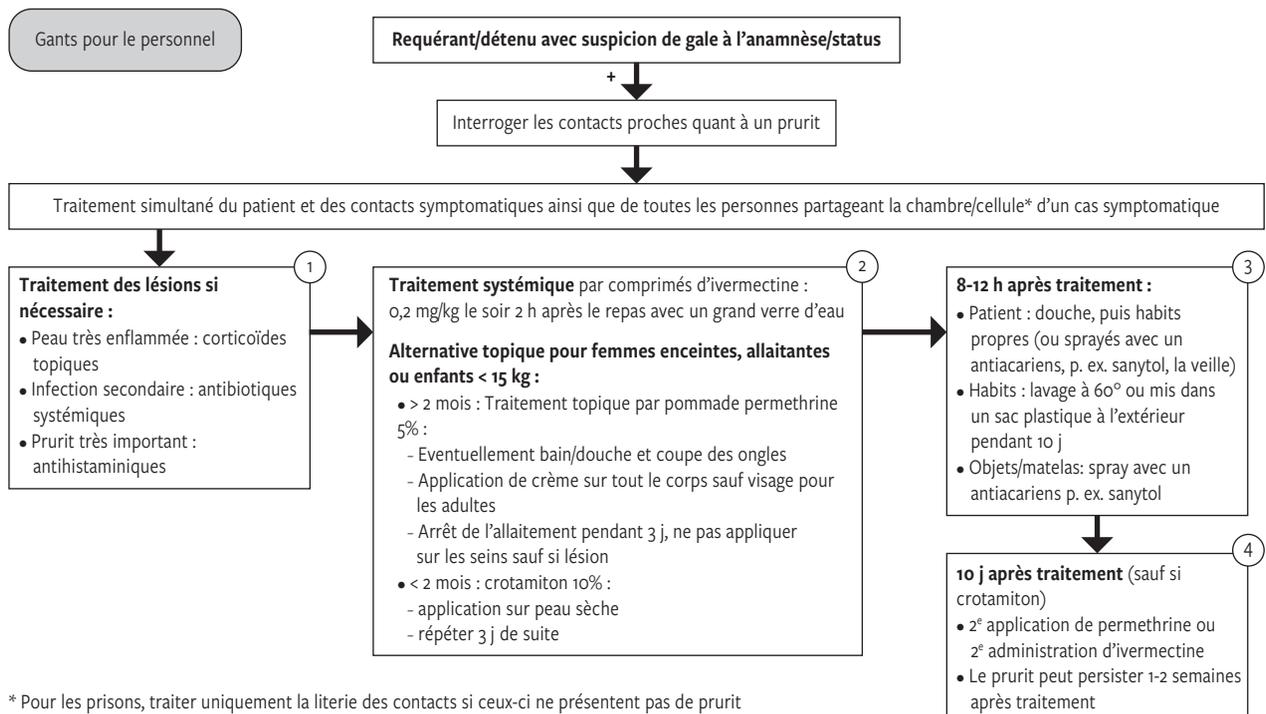


FIG 4 Algorithme consensuel de prise en charge de la gale chez les RA et détenus dans le canton de Vaud

RA: requérant d'asile.



coûts de dépistage par IGRA et l'introduction d'une chimioprophylaxie 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)¹⁶ ou ayant voyagé par voie terrestre (risque 2,4 fois plus élevé)¹⁶; 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.¹⁷ 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.¹⁸ 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.¹⁹ 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.¹⁸ L'approche thérapeutique retenue est résumée dans le **tableau 2**.

Rougeole (figure 2)

Nous retenons l'approche préconisée par une étude suisse⁶ 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),¹⁹ étendre la tranche d'âge à vacciner (dès la naissance après 1963, en accord avec le plan vaccinal suisse),²⁰ 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 allemande⁷ 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 postexpositionnelles représentent un stress accru pour les équipes soignantes, difficile à maintenir à long terme. L'approche thérapeutique retenue est résumée dans la **figure 6**.

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;²¹ toutefois les critères d'âge sont étendus à 11-39 ans pour être en harmonie avec le plan vaccinal suisse²⁰ et suivre les recommandations concernant les migrants dans la littérature suisse romande.^{12,19} L'anamnèse est maintenue dans l'algorithme, celle-ci ayant une valeur prédictive positive de 88% chez les migrants²² et de 90% chez les détenus.²³ Une approche suisse similaire⁹ 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^{9,23} 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

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

RA: requérant d'asile.

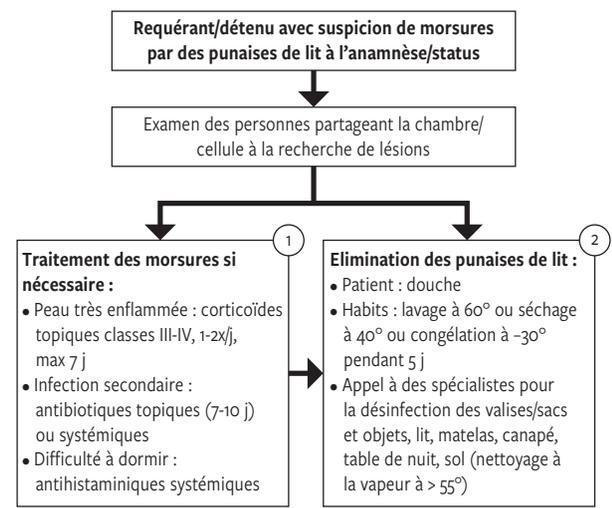


FIG 6 Prise en charge de la rougeole²⁷

ROR: rougeole - oreillon - rubéole.

Isolément aérosol jusqu'à 4 jours après l'apparition du rash

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

Adultes et enfants non hospitalisés :

- Traitement symptomatique
- Antibiotiques 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 < 1 an : IgG IM 0,5 ml/kg, max. 15 ml

Autres contacts non immuns :

- vaccin ROR dans les 72 h
- ou IgG IM dans les 6 j 0,5 ml/kg, max. 15 ml

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

FIG 7 Prise en charge de la varicelle²⁸

VZV: Varicella-zoster virus.

Isolement aérosoI jusqu'à ce que les lésions soient sèches et croutées	
<p>Toute personne ayant la varicelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • Antihistaminiques oraux • Savon désinfectant à la chlorexidine • Badigeon désinfectant 	<p>Le personnel non immun exposé au VZV doit éviter tout contact à partir du 8^e au 21^e jours postexposition. Seul le personnel immun s'occupe des patients avec VZV</p>
<p>Adultes et enfants > 12 ans : Débuter les virostatiques < 24 h après le début de l'exanthème :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aciclovir 800 mg PO 5 x / j pendant 7 j • ou valaciclovir 1000 mg PO 3 x / j pendant 7 j • ou famciclovir 500 mg PO 3 x / j pendant 7 j 	<p>Contacts non immuns à haut risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • femmes enceintes • patients VIH positifs • personnes immunosupprimées <p>Administration de varitect CP pour les contacts significatifs* : 125 UI/10 kg (max. 625 UI) dans les 96 h</p>
<p>Femmes enceintes (3^e trimestre) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formes non sévères : valaciclovir 1 000 mg PO 3 x / j pendant 7 j • Formes sévères ou pneumonie : aciclovir 10 mg / kg IV toutes les 8 heures pendant 7 j 	<p>Autres contacts non immuns :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaccin VZV dans les 24 heures pour les contacts significatifs* <p>*contact significatif avec la personne infectée : dès 15 min dans la même pièce ou 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>
<p>Personnes immunosupprimées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 10 mg / kg IV toutes les 8 heures pendant 7 j 	

santé publique, ni d'éthique, ni de faisabilité. L'approche thérapeutique retenue est résumée dans la **figure 7**.

Gale (figure 4)

Le diagnostic par microscope est préconisé dans la littérature lors de suspicion de gale en institution pour le cas index; ²⁴ 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.²⁵ 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).²⁵

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.²⁶ 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 œuvre de ces procédures auprès des RA et détenus, avec à terme une application systématique.

CONCLUSION

Ce travail s'est limité aux 5 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.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La tuberculose, la rougeole, la varicelle, la gale et les punaises de lit sont des maladies endémiques parmi les requérants d'asile (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 de détenus

1 Lortholary O. Pathologies infectieuses et précarité en France. *Laennec* 2012;55:6-14.
 2 * Moretti F, Dory E, Favrat B, et al. Précarité et problèmes cutanés. *Rev Med Suisse* 2015;11:2243-8.
 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: www.tbinfo.ch/uploads/media/Handbuch_Tuberkulose_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* 2012;16:65-9.
 6 * Gétaz L, Rieder JP, Siegrist CA, 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* 2012;140:1589-98.
 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* 2013;198:376-9.
 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* 2011;15:e716-21.
 10 Bishop D, Althshuler M, Scott K, et al. The refugee medical exam: what you need to do. *J Fam Pract* 2012;61:E1-10.
 11 Confédération Suisse. Programme interactif permettant une première anamnèse en 32 langues. (Internet). (cité 5 juin 2016). Disponible sur: www.tb-screen.ch/app/intro.php
 12 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 adolescents migrants en Suisse, asymptomatiques. *Paediatrica* 2016;27:11-8.
- 13 Greenaway C, Sandoe A, Vissandjee B, et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *CMAJ* 2011;183:E939-51.
- 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, Langenskiöld 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 Sarivalasis A, Zellweger JP, 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.
- 17 Bodenmann P, Ninane F, Pahud-Vermelen D, et al. Afflux des migrants. *Bull Med Suisses* 2015;96:1881-3.
- 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* 2006;55:1-44.
- 19 de Vallière S, Landry P, Masserey E, et al. Vaccination des requérants d'asile dans le canton de Vaud. *Rev Med Suisse* 2013;9:985-9.
- 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
- 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* 2014;20:292-301.
- 22 Christiansen D, Barnett ED. Comparison of varicella history with presence of varicella antibody in refugees. *Vaccine* 2004;22:4233-7.
- 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* 2010;42:936-40.
- 24 Chosidow O. Clinical practices. Scabies. *N Engl J Med* 2006; 354: 1718-27.
- 25 Gaspard L, Laffitte E, Michaud M, et al. La Gale en 2012. *Rev Med Suisse* 2012;8:718-25.
- 26 * Sahil M, Laffitte E, Sudre P, et al. Punaie de lit: mieux la connaître pour mieux s'en débarrasser. *Rev Med Suisse* 2013;9:718-22.
- 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: 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^e éd. Genève: Médecine & Hygiène 2014;289-300.

* à lire

** à lire absolument