



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Département fédéral de justice et police DFJP
Secrétariat d'Etat aux migrations SEM

Recommandations de vaccination et de gestion de flambées de maladies trans- missibles dans les centres fédéraux pour requérants d'asile et les hébergements collectifs cantonaux

Manuel à l'attention des professionnels de santé dans le cadre du concept visant à garantir la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès aux soins de santé requis

Recommandations de vaccination et de gestion de flambées de maladies transmissibles dans les centres fédéraux pour requérants d'asile et les hébergements collectifs cantonaux

Manuel à l'attention des professionnels de santé dans le cadre du concept visant à garantir la détection, le traitement et la prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès aux soins de santé requis

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique
Dossier no./Référence: 17.006135/304.0001-1241

Auteurs de la 1^{ère} édition

Julia Notter^a, Selina Ehrenzeller^a, Philip Tarr^a

Correspondance

Pr Philip Tarr
Clinique universitaire de médecine
Hôpital cantonal de Bâle-Campagne
CH-4101 Bruderholz
Tél. 061 436 2181
Email: philip.tarr@unibas.ch

1^{ère} édition novembre 2018, mises à jour en avril 2019, décembre 2020 et janvier 2023. Lors de la dernière mise à jour, le chapitre 3 (Recommandations relatives aux vaccinations) a été adapté conformément au Plan de vaccination suisse 2023 et le chapitre 13 (Directives COVID-19) a été supprimé.

Afin de faciliter la lecture de ce document, seule la forme masculine des dénominations a été utilisée. Celles-ci désignent cependant indifféremment les hommes et les femmes.

.....
a Clinique universitaire de médecine et infectiologie/hygiène hospitalière, hôpital cantonal de Bâle-Campagne, Bruderholz, Université de Bâle

Les auteurs remercient les spécialistes externes suivants pour leur relecture critique du document :

Michelle Begert^a, Christoph Berger^b, Patrick Bodenmann^c, Elodie Dory^c,
Sophie Durieux^d, Jean-Marie Egger^e, Simon Fuchs^f, Hans Gammeter^g,
Monika Haenggli^h, Christoph Hatzⁱ, Yves Jacksonⁱ, Laurent Wenger^k,
Ulrike Leutwyler^l, Otto Schoch^m, Cornelia Staehelinⁿ, Véronique Sydowⁱ,
Astrid Wallnöfer^o

Spécialiste en prévention des infections et hygiène

Daniela Maritz^p

Responsables du projet auprès de l'Administration fédérale

Daniel Spirgi^q, Virginie Masserey Spicher^r, Mark Witschi^s, Catherine Bourquin^t,
Annette Koller-Doser^u, Aylin Jaspersen^v

.....

- a Infirmière au Centre d'enregistrement et de procédure de Berne
- b Département Infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital universitaire pour enfants de Zurich, Université de Zurich, et président de la Commission fédérale pour les vaccinations
- c Centre des populations vulnérables (CPV) de la Policlinique médicale universitaire, CHUV, Lausanne
- d Programme santé migrants & Réseau santé pour tous, département de Médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève
- e Suppléant du chef de secteur, Ligue pulmonaire suisse
- f Suppléant du médecin cantonal de Bâle-Ville
- g Suppléant du médecin cantonal de Saint-Gall
- h Médecin cantonal de Bâle-Campagne
- i Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle, Université de Bâle
- j Service de médecine de premier recours, département de Médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève
- k Infirmier à l'Unité des soins aux migrants (USMi) du Centre des populations vulnérables (CPV) de la Policlinique médicale universitaire, CHUV, Lausanne
- l Infirmière, responsable de l'encadrement, service extérieur CEP Allschwil, ORS Service AG
- m Clinique de pneumologie/médecine du sommeil, Hôpital cantonal de Saint-Gall
- n Clinique universitaire d'infectiologie, Hôpital de l'Île, Berne
- o Médecine interne FMH, Muttens BL, et médecin du Centre fédéral pour requérants d'asile, Muttens BL
- p Infectiologie & hygiène hospitalière, Clinique universitaire de médecine, Hôpital cantonal de Bâle-Campagne
- q Collaborateur scientifique, section Contrôle de l'infection et programmes de vaccination, division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique, Berne
- r Responsable de la section Contrôle de l'infection et programmes de vaccination, division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique
- s Responsable de la section Recommandations vaccinales et mesures de lutte, division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique
- t Suppléante du responsable de la section Recommandations vaccinales et mesures de lutte, division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique
- u Adjointe scientifique, Secrétariat d'État aux migrations, domaine de direction Asile
- v Collaboratrice scientifique, Section Recommandations vaccinales et mesures de lutte, division Maladies transmissibles, Office fédéral de la santé publique

Table des matières

1	Introduction	9
2	Glossaire	15
3	Recommandations relatives aux vaccinations Version janvier 2023	19
1	Informations générales.....	20
2	Vaccination des requérants à la première consultation.....	21
3	Suite des vaccinations chez les requérants d'asile.....	24
4	Contre-indications des vaccinations.....	26
5	Bibliographie	27
4	Directive maladies invasives à méningocoques Version novembre 2018	29
1	Fiche maladies invasives à méningocoques.....	30
2	Définitions.....	32
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	33
4	Tâches/flux d'information	35
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	36
6	Informations pour les résidents du centre	37
7	Algorithme.....	38
8	Bibliographie	39
5	Directive rougeole Version novembre 2018	41
1	Fiche rougeole.....	42
2	Définitions.....	47
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	48
4	Tâches/flux d'information	54
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	56
6	Informations pour les résidents du centre	57
7	Algorithme.....	58
8	Bibliographie	59
6	Directive varicelle et zona Version novembre 2018	61
1	Fiche varicelle et zona	62
2	Définitions.....	67
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	68
4	Tâches/flux d'information	72
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	74
6	Informations pour les résidents du centre	75
7	Algorithme.....	76
8	Bibliographie	77
7	Directive diphtérie Version novembre 2018	79
1	Fiche diphtérie	80
2	Définitions.....	85
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	86
4	Tâches/flux d'information	89
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	90
6	Informations pour les résidents du centre	91
7	Algorithme.....	92
8	Bibliographie	95

8	Directive gale Version novembre 2018	97
1	Fiche gale	98
2	Définitions.....	102
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	103
4	Tâches/flux d'information	105
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	106
6	Informations pour les résidents du centre	107
7	Algorithme.....	108
8	Bibliographie	109
9	Directive tuberculose Version novembre 2018	111
1	Fiche tuberculose	112
2	Définitions.....	117
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	118
4	Tâches/flux d'information	121
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	123
6	Informations pour les résidents du centre	124
7	Algorithme.....	125
8	Bibliographie	126
10	Mesures d'isolement Version novembre 2018	127
1	Conditions de base	128
2	Hygiène standard	129
3	Mémento Isolement.....	130
11	Investigations des maladies infectieuses chroniques Version novembre 2019 ..	131
1	Informations générales.....	132
2	Examens recommandés	133
3	Bibliographie	136
12	Directive pertussis (coqueluche) Version mars 2019	137
1	Fiche pertussis	140
2	Définitions.....	146
3	Procédure au centre pour requérants d'asile	147
4	Tâches/flux d'information	150
5	Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile.....	151
6	Informations pour les résidents du centre	152
7	Algorithme.....	153
8	Bibliographie	154

1

Introduction

Introduction

Le mandat

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les épidémies (LEp), la Confédération peut enjoindre aux institutions publiques ou privées investies de devoirs particuliers en matière de protection de la santé des personnes dont elles ont la charge de prendre des mesures de prévention appropriées (art. 19d LEp). En vertu de l'art. 31 de l'ordonnance sur les épidémies (OEp), les exploitants de centres d'enregistrement et de procédure de la Confédération ainsi que de centres d'hébergement collectif cantonaux pour requérants d'asile doivent garantir l'accès à des soins médicaux appropriés et aux vaccinations à toutes les personnes dont ils ont la charge. L'analyse de la situation^a qui a fait suite à l'introduction de ces dispositions a montré qu'à l'heure actuelle, la gestion des flambées dans les centres fédéraux, la détermination du statut vaccinal et la vaccination ne sont ni suffisantes ni systématiques.

En Suisse, les centres fédéraux pour requérants d'asile ont été installés dans différents cantons; de ce fait, les soins de santé pour les requérants, même s'ils fonctionnent selon le même principe et répondent aux mêmes bases légales, présentent un certain nombre de différences des recommandations et directives concrètes, applicables en termes d'organisation. Il manquait jusqu'à présent des recommandations et directives concrètes, applicables aux flambées des maladies infectieuses concernées dans les centres fédéraux et les hébergements collectifs cantonaux. De telles recommandations et directives ont été élaborées dans le cadre du présent mandat.

Objectifs du mandat

Le mandat avait pour but de formuler des recommandations relatives à la gestion des flambées des principales maladies infectieuses dans les centres fédéraux pour requérants d'asile en Suisse, ainsi que des recommandations de vaccination visant lesdits requérants au niveau tant fédéral que cantonal.

Pour l'élaboration des directives, les principaux points à prendre en compte étaient les suivants: le risque de flambées dues aux différents agents pathogènes, les mesures de protection chez les requérants et les contacts, les répercussions sur le transfert et l'interruption de l'accueil dans les centres touchés, et la protection des employés de ces centres. Compte tenu de ces aspects, les maladies infectieuses ont été sélectionnées en étroite collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique et le Secrétariat d'État aux migrations. Le mandat consistait également à définir les compétences et le flux d'information (notamment les déclarations obligatoires) en cas de flambée, en proposant des algorithmes.

a Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit von Interface und evalua, 1. Februar 2017 (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/infektionskontrolle/gesundheitsversorgung-asylsuchende.html>).

Enfin, il permet de formuler et d'expliquer plus en détail les recommandations relatives aux vaccinations dans les centres fédéraux pour requérants d'asile et les hébergements collectifs cantonaux, autrement dit de déterminer qui vacciner, où et quand, et qui doit se charger de cette tâche. En principe, les requérants devraient bénéficier des mêmes vaccinations que la population résidente, autrement dit celles prévues par la dernière version du plan de vaccination suisse élaboré par l'OFSP et la Commission fédérale pour les vaccinations. Il était donc nécessaire de savoir si la situation particulière des requérants d'asile et les différentes durées de séjour dans les centres exigeaient des modifications par rapport au plan et, si oui, sur quels points.

Méthodologie

Le présent manuel se fonde principalement sur des documents de l'OFSP et des directives actuellement en vigueur en Suisse pour les différentes maladies, ainsi que sur le plan de vaccination suisse. Les recommandations ont été adaptées à l'environnement particulier des centres pour requérants d'asile sur la base d'études réalisées par des organismes de pays ayant une plus grande expérience en matière d'asile, comme l'Institut Robert Koch en Allemagne. La rédaction du document est le fruit d'une collaboration entre des professionnels de toute la Suisse ayant cette même expérience à différents niveaux du système de santé (médecins de famille, médecins cantonaux, médecins spécialistes, personnel infirmier, etc.).

Indications générales relatives à la mise en œuvre

- Le présent document s’adresse avant tout au personnel infirmier. Dans les centres, celui-ci constitue généralement le premier interlocuteur lorsque les requérants sont confrontés à des problèmes médicaux, même s’il n’est pas présent sur place 24 heures sur 24.
- Le document n’est explicitement pas destiné au personnel d’encadrement non médical (notamment au personnel chargé de la surveillance et de la sécurité).
- Les recommandations qu’il contient sont des mesures judicieuses du point de vue médical et reconnues sur le plan international (telles que l’isolement). Dans la mesure où elles ne peuvent pas être appliquées de la même manière dans tous les centres (en raison des différences en termes d’infrastructure, de personnel, de nombre de requérants, etc.), elles ne devraient l’être que dans la mesure du possible.
- Certains centres disposent déjà de structures et d’algorithmes valables et fonctionnels, qui n’ont pas à être totalement remplacés par les présentes recommandations.
- Les centres ayant des tailles et des conditions de logement variables, certains peuvent être assimilés à un seul grand ménage, d’autres non. Comme on ne peut pas généraliser, la décision de savoir s’il faut considérer ou non un centre comme un ménage est donc, en cas de flambée, du ressort du médecin cantonal compétent^b.
- Pour faciliter la compréhension des déclarations obligatoires et des responsabilités, nous indiquons ici les différentes personnes qui interviennent dans les centres d’enregistrement et de procédure (CEP) et les centres fédéraux (CFA):

A) Prestataires assurant l’encadrement

- direction de l’encadrement
- personnel d’encadrement
- personnel infirmier

B) SEM

- centre
 - direction du centre
 - domaine P&A (personnel et administration)
 - domaine Procédure d’asile

C) Service de sécurité

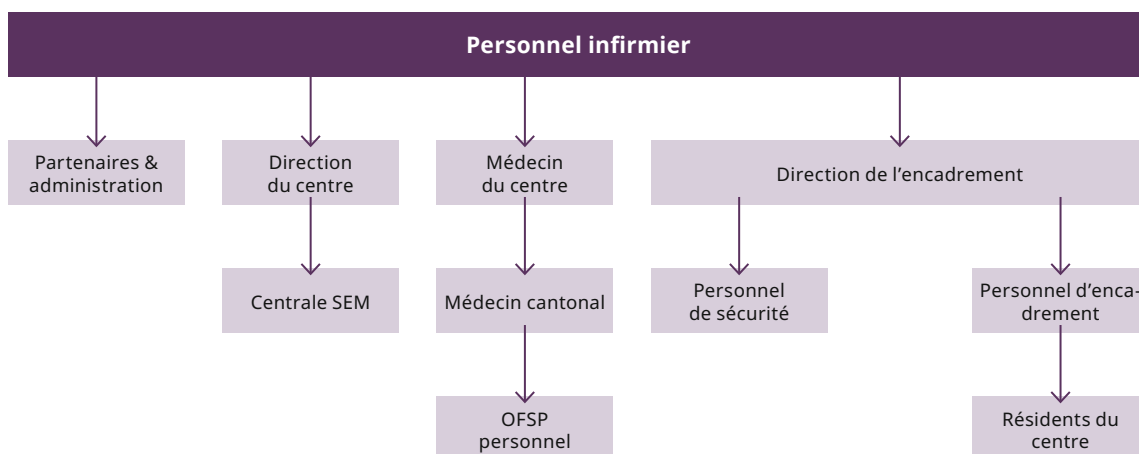
- ### D) Médecin du centre: chaque CEP ou CFA dispose d’au moins un médecin partenaire, appelé «médecin du centre», qui est compétent pour les soins médicaux de base.

.....

b Pour des raisons de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée.

Le schéma ci-après montre le flux d'information général en cas de flambée d'une maladie.

Les processus sont présentés en détail et accompagnés d'algorithmes dans les chapitres dédiés à chaque maladie.



2 Glossaire

Aérosol	Un aérosol est une suspension de particules très fines (< 5 µm) dans l'air, susceptibles de contenir un agent pathogène (p. ex. des bactéries responsables de la tuberculose). Les aérosols peuvent flotter plusieurs minutes à plusieurs heures dans l'air après qu'une personne infectée ait quitté la pièce. Une personne en bonne santé peut ainsi être infectée si elle inhale les aérosols que la personne infectée a émis en toussant, sans avoir nécessairement été en contact direct avec elle.
Cas index	Première personne chez qui l'on a suspecté (cas suspect ou probable) ou constaté/diagnostiqué (cas confirmé) la maladie. A partir d'un cas index, d'autres personnes peuvent être contaminées (s'infecter).
Contact	Personne qui a été en contact avec la personne malade pendant la période de contagiosité et qui a peut-être été infectée.
Déficit immunitaire Synonymes: personne immunodéprimée, immunodéficiente, immunosupprimée	Notion importante, car les personnes immunodéprimées peuvent être particulièrement sensibles à certaines infections, développer des infections à évolution plus grave et présenter des réactions ou complications vaccinales sévères après l'administration de vaccins vivants. Les situations d'immunodéficiences sont les suivantes: <ul style="list-style-type: none"> – une infection VIH avancée et le sida (taux de CD4 < 15% entre 1 et 5 ans, < 200/µl à partir de l'âge de 6 ans), – un traitement corticoïde (équivalents prednisone ≥ 2 mg/kg/jour ou ≥ 20 mg/jour pendant > 14 jours), – la prise d'autres immunosuppresseurs, – une pathologie grave (chronique) telle que leucémie, lymphome ou cancer, – une immunodéficiences congénitale.
Grossesse	Pour constater une grossesse, on commence par demander aux requérantes en âge de procréer si elles sont enceintes (date des dernières règles).
Infection par contact Synonyme: infection par souillure	L'infection est transmise par un contact corporel direct (poignée de main p. ex.) ou par un contact avec des sécrétions corporelles infectieuses telles que salive, selles ou urine, parfois indirectement par l'intermédiaire d'objets sur lesquels se trouvent des sécrétions (vêtements, draps, poignées de porte, etc.).

Infection par gouttelettes	Les gouttelettes sont plus grosses ($> 5 \mu\text{m}$) que les aérosols et, après avoir été émises par une personne malade (éternuement, parole), elles se déposent en l'espace de quelques secondes sur le sol et d'autres surfaces (généralement dans un rayon $< 1 \text{ m}$). Dans ce cas, les infections ne sont donc directement transmises d'une personne infectée à une personne non infectée que par un contact étroit.
Période d'incubation	Laps de temps s'écoulant entre le moment de la contamination de la personne exposée et l'apparition des premiers symptômes.
Prévalence ou séroprévalence	Fréquence d'une maladie dans une population La séroprévalence est la proportion de personnes qui présentent des anticorps dans le sérum.
Séronégatif / séropositif	Une personne séropositive possède des anticorps contre un certain agent pathogène dans le sérum, une personne séronégative n'en possède pas. Selon les agents pathogènes, les anticorps peuvent être liés à une vaccination ou à une infection. Le médecin du centre décide si les anticorps protègent ou non de la maladie.
Vésicule, pustule	Une vésicule est une petite ampoule sur la peau remplie d'un liquide clair . Une pustule est une lésion cutanée remplie de liquide trouble (pus).

3

Recommandations relatives aux vaccinations

1. Informations générales

Pourquoi les vaccinations sont-elles importantes?

Les vaccinations constituent le principal moyen de protection contre les maladies infectieuses graves.

Les requérants d'asile sont parfois plus susceptibles de contracter une maladie infectieuse évitable par la vaccination que la population suisse.

En raison du grand nombre de personnes et de la promiscuité, le risque de flambée et de transmission de maladies infectieuses est élevé dans les centres fédéraux et les hébergements collectifs cantonaux.

C'est pourquoi la vaccination la plus précoce possible des requérants est recommandée afin de prévenir la propagation de ces maladies.

Lorsque les vaccinations sont documentées (dans le carnet de vaccination), elles n'ont pas besoin d'être répétées. Mais peu de requérants sont à même de présenter un carnet de vaccination. Ceux qui n'en ont pas ou qui n'ont pas de vaccinations documentées doivent être considérés comme non vaccinés.

Qui doit-on vacciner? Requérants d'asile

Les vaccinations ont pour but de conférer aux requérants la protection vaccinale la plus complète possible (vaccinations recommandées de base) conformément à la dernière version du plan de vaccination suisse de l'OFSP. Les vaccinations recommandées et la procédure détaillée sont indiquées ci-dessous.

Dans le cadre de l'entretien médical d'entrée avec le personnel infirmier, celui-ci doit donner aux requérants des informations sur les vaccinations et les leur proposer au plus tôt.

Les enfants sont à vacciner en priorité, en particulier en cas de pénurie de vaccins ou de ressources.

Personnel d'encadrement

Le personnel d'encadrement du centre devrait disposer de la protection vaccinale complète conformément à la dernière version du plan de vaccination suisse, de façon à se protéger d'une infection et d'éviter toute transmission. Cette règle vaut pour les vaccinations recommandées de base (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle et hépatite B) et pour les vaccinations recommandées en raison des contacts étroits que le personnel est susceptible d'avoir avec les requérants venant de pays d'endémie (hépatite A).

Il convient de contrôler le statut vaccinal avant la prise de fonction et de proposer le rattrapage des vaccinations manquantes.

2. Vaccination des requérants à la première consultation

Généralités

Le plus souvent, les requérants ont reçu certaines vaccinations, mais celles-ci ne sont pas documentées. Si leur statut vaccinal n'est pas connu, ils doivent être considérés comme non vaccinés.

A la première consultation, nous recommandons d'administrer en priorité aux requérants non vaccinés ou ayant un statut vaccinal douteux les vaccins suivants, conformément au *tableau 1*, et de les noter dans un carnet de vaccination.

Les vaccinations sont subdivisées en **prioritaires** et **non-prioritaires**.

- Les requérants devraient recevoir les vaccinations prioritaires dès les premiers jours après leur arrivée.
- Les vaccinations non prioritaires ne sont pas administrées dans les centres fédéraux, mais repoussées au moment où les requérants arrivent dans les cantons. Motif: peu de risques de flambées dues aux agents pathogènes cités dans les centres fédéraux.

Vaccinations prioritaires:

- **ROR** (en particulier pour prévenir les flambées de rougeole dans les centres d'enregistrement)
- **Varicelle** (en particulier pour prévenir les flambées de varicelle dans les centres d'enregistrement)
- **Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite** (en particulier pour protéger les nourrissons de la coqueluche et pour assurer l'immunité de groupe contre la poliomyélite et diphtérie en Suisse)
- Vaccination contre **Haemophilus influenzae type b** et **pneumocoque** jusqu'au 5^e anniversaire (pour protéger les nourrissons et les enfants des maladies invasives)

Vaccinations non prioritaires

- **Hépatite B (VHB)** à partir de l'âge de 3 ans
 - NB : le VHB est compris dans le vaccin hexavalent chez les enfants < 3 ans
- **Papillomavirus humain (HPV)**
- **Vaccin anti-méningococcique** (sauf vaccination post-expositionnelle; voir chapitre 4)
- **Hépatite A**
 - lors d'une flambée d'hépatite A, les enfants et les adolescents < 15 ans doivent être vaccinés en priorité (les cas aigus d'hépatite A chez les requérants en Allemagne concernaient principalement cette classe d'âge ; les requérants plus âgés qui viennent de pays d'endémie sont en règle générale immuns contre la maladie).

Si l'intervalle entre les vaccinations est supérieur à celui recommandé par le plan de vaccination suisse, on peut simplement administrer les vaccinations manquées. Il n'est pas nécessaire de tout reprendre à zéro : chaque dose administrée compte.

Si le requérant possède un carnet de vaccination, on administre les doses manquantes conformément à la dernière version du plan de vaccination suisse.

Nous ne recommandons pas de faire un dosage des anticorps ou une sérologie pour déterminer s'il existe déjà une protection vaccinale, car les titres d'anticorps vaccinaux sont souvent difficiles à interpréter et les résultats des analyses risquent de se perdre lors du transfert dans un autre centre.

Exception (voir chapitre 11) : sérologie de l'hépatite B afin d'exclure une hépatite B chronique préexistante chez les requérants venant de régions où la prévalence est $\geq 2\%$, notamment en Afrique, Asie et Europe de l'Est.

Explications

Avant d'être vaccinés, les requérants d'asile doivent recevoir des informations sur les bénéfices de la vaccination et les effets indésirables possibles.

Les requérants donnent leur consentement pour la vaccination oralement. Les parents donnent leur consentement pour la vaccination de leurs enfants mineurs.

Documentation

Les vaccins administrés sont notés dans un carnet de vaccination, avec la date et l'appellation exacte du vaccin.

Le carnet est remis au requérant lorsqu'il est transféré dans un autre centre

De plus, une copie est envoyée directement au personnel infirmier dudit centre.

Enfin, les requérants devraient photographier le carnet et l'apporter au médecin qui s'occupera d'eux ensuite, ou enregistrer les vaccinations dans le carnet de vaccination électronique.

Tableau 1

Vaccination des requérants non vaccinés* à la première consultation

Age	Vaccin	Commentaire
2 mois – 2 ans	DTP _a -IPV-Hib-VHB IM Pneumocoques IM RORV SC à partir de 9 mois**	
3–4 ans	DTP _a -IPV-Hib IM Pneumocoques IM RORV SC	
5–7 ans	DTP _a -IPV IM RORV SC	
8–14 ans	dTp _a -IPV IM RORV SC	
≥ 15 ans	dTp _a -IPV IM ROR SC Varicelle SC	ROR pas nécessaire pour les personnes nées avant 1964 Pas de vaccin varicelle à partir de 40 ans, sauf en cas de flambée
Femmes enceintes	dTp _a ***-IPV IM	Novembre-février: grippe SC VHB IM (si séronégativité) Après l'accouchement: ROR et vaccin varicelle

Règle concernant la définition des âges ou tranches d'âge : 1–2 ans signifie du 1^{er} anniversaire à la veille du 3^e anniversaire.

* *Voir texte*: les requérants qui n'ont pas de vaccinations documentées par écrit doivent être considérés comme non vaccinés

** Une 1^{re} dose est recommandée dès 6 mois lors d'une flambée locale, d'une exposition à un cas de rougeole ou d'une épidémie régionale. En cas de première vaccination ROR entre 6 et 8 mois, une 2^e dose de RORV sera administrée à l'âge de 9 mois et une 3^e dose de RORV à l'âge de 12 mois.

*** dTp_a pour les femmes enceintes durant chaque grossesse, indépendamment de la date de la dernière vaccination contre la coqueluche. L'intervalle minimum depuis la dernière dose de vaccin antitétanique est de 4 semaines.

3. Suite des vaccinations chez les requérants d'asile

Les vaccinations de suite sont administrées dans les mois suivants conformément au *tableau 2* et à la version actuelle du plan de vaccination suisse.

Les explications et la documentation sont analogues à celles de la primo-vaccination.

Tableau 2
Vaccinations de suite

Vaccin	Age à la première vaccination	Nombre total de doses (première vaccination «0» et vaccinations suivantes) + intervalle entre les vaccinations (mois)	Commentaire
Vaccin hexavalent pédiatrique	2-5 mois	3 doses : 0, 2, et puis 3 ^e dose en principe à 12 mois IM	Intervalle de temps minimum de 6 mois entre la 2 ^e et 3 ^e dose
DTP _a -IPV-Hib-VHB	6-11 mois	3 doses : 0, 1, 8 IM	
	1-2 ans	3 doses : 0, 2, 8 IM	
DTP _a -IPV-Hib**	3-7 ans	3 doses : 0, 2, 8 IM	Intervalle de temps minimum de 6 mois entre la 2 ^e et 3 ^e dose
dTp _a -IPV	8-10 ans	3 doses : 0, 2 (dTp _a -IPV), 8 (dT-IPV) IM	
	des 11 ans	3 doses : 0 (dTp _a -IPV), 2 et 8 (dT-IPV) IM	
Pneumocoques	2-5 mois	3 doses: 0, 2, et puis 3 ^e dose en principe à 12 mois IM	Intervalle de temps minimum de 6 mois entre la 2 ^e et 3 ^e dose
	6-11 mois	3 doses: 0, 1, 8 IM	
	12-23 mois	2 doses: 0, 2 IM	
	24-59 mois	1 dose IM	
ROR	9-11 mois*	2 doses: 0, ≥ 1 SC (2 ^e dose au plus tôt à 12 mois)	Contre-indiqué si déficit immunitaire ou grossesse: vaccination après l'accouchement
	≥ 12 mois	2 doses: 0, ≥ 1 SC	Utiliser de préférence le vaccin combiné RORV
	né avant 1964	pas de vaccination ROR	

Règle concernant la définition des âges ou tranches d'âge : 1-2 ans signifie du 1^{er} anniversaire à la veille du 3^e anniversaire.

* Une 1^{re} dose est recommandée dès 6 mois lors d'une flambée locale, d'une exposition à un cas de rougeole ou d'une épidémie régionale. En cas de première vaccination ROR entre 6 et 8 mois, une 2^e dose de RORV sera administrée à l'âge de 9 mois et une 3^e dose de RORV à l'âge de 12 mois.

** Des vaccinations de rattrapage contre le Hib sont recommandées jusqu'au 5^e anniversaire (1 dose).

Tableau 2 (suite)
Vaccinations de suite

Vaccin	Age à la première vaccination	Nombre total de doses (première vaccination «0» et vaccinations suivantes) + intervalle entre les vaccinations (mois)	Commentaire
Varicelle	9-11 mois	2 doses: 0, ≥ 1 SC (2 ^e dose au plus tôt à 12 mois)	Contre-indiqué si déficit immunitaire ou grossesse: vaccination après l'accouchement
	12 mois à < 40 ans	2 doses: 0, ≥ 1 SC	Utiliser de préférence le vaccin combiné RORV
	à partir de 40 ans	Pas de vaccination sauf en cas de flambée	
Hépatite B	3-10 ans	3 doses: 0, 1, ≥ 6 IM*	Chez les enfants de moins de 3 ans, le vaccin hexavalent contient l'hépatite B
	11-15 ans à partir de 16 ans	2 doses: 0, 4-6 IM** 3 doses: 0, 1, 6 IM	
HPV	11-14 ans	2 doses: 0, 6 IM	Vaccination de base pour les filles de 11 à 14 ans, vaccination de rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans ; vaccination complémentaire pour les femmes de 20 à 26 ans et pour les garçons et les hommes de 11 à 26 ans
	15-19 ans	3 doses: 0, 2, 6 IM	
Méningocoques ACWY	24 mois (rattrapage jusqu'à l'âge de 5 ans)	1 dose IM	Vaccination complémentaire selon le plan de vaccination suisse; utiliser le vaccin conjugué
	11-15 ans (rattrapage jusqu'à l'âge de 20 ans)	1 dose IM	

Règle concernant la définition des âges ou tranches d'âge : 3-10 ans signifie du 3^e anniversaire à la veille du 11^e anniversaire.

* Vaccin monovalent hépatite B dosage enfant
** Vaccin monovalent hépatite B dosage adulte

4. Contre-indications des vaccinations

Contre-indications des vaccins à virus vivants atténués

Les vaccins à virus vivants atténués (notamment ROR et varicelle) sont contre-indiqués en cas de :

- Grossesse^a (aucune atteinte fœtale n'a été observée chez les femmes enceintes vaccinées par mégarde [10, 11])
- Corticoïdes (équivalents prednisone > 20 mg/jour pendant 2 semaines au minimum)
- Autres immunosuppresseurs (après demande d'avis au médecin du centre)
- Séropositivité au VIH^b et CD4 < 15 % entre 1 et 5 ans, < 200/μl à partir de 6 ans
- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins

Précautions à prendre pour la vaccination

- Différer la vaccination en cas de maladie aiguë sévère

Contre-indications des vaccins inactivés

Les vaccins inactivés (notamment diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite [IPV, inactivé/Salk], hépatites A et B) sont rarement contre-indiqués. Ils le sont en cas de :

- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins
- Maladie aiguë sévère

Intervalle entre les vaccinations

Tous les vaccins peuvent être administrés simultanément.

- Exception : le PCV13 (Prevenar 13; vaccin anti-pneumococcique conjugué) et le vaccin contre la grippe devraient toujours être administrés à 4 semaines d'intervalle l'un de l'autre (pas d'administration simultanée)

Des vaccins différents peuvent être administrés simultanément en des sites différents éloignés d'au moins 2,5 cm.

Les vaccins à virus vivants atténués (ROR et varicelle) peuvent être administrés simultanément ou à un intervalle d'au moins 4 semaines.

Les vaccins inactivés peuvent être administrés quel que soit l'intervalle avec les autres vaccins.

.....

a Grossesse :

- Les femmes entre 11 et 50 ans (en âge de procréer) sont informées du fait que le ROR et le vaccin contre la varicelle sont contre-indiqués pendant la grossesse.
- Elles ne doivent pas tomber enceintes dans les 4 semaines suivant une vaccination avec un vaccin à virus vivant atténué. Ces informations doivent être données oralement et documentées.
- Rien n'indique qu'il existe un risque de fausses couches ou de malformations chez le fœtus en cas d'administration par mégarde du ROR ou du vaccin contre la varicelle à des femmes enceintes.
- L'administration par inadvertance d'un vaccin à virus vivant atténué chez une femme enceinte ne constitue donc pas une indication d'avortement.

b Infection à VIH

- De manière générale, il n'est pas nécessaire de faire un test VIH avant d'administrer un vaccin à virus vivant atténué.
- Un test VIH est recommandé en cas de : voir *chapitre 11*

5. Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2023. Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2023. Site web: www.bag.admin.ch/plandevaccination.
2. Bernhard S, Büttcher M, Heininger U et al. Leitlinie zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung des Impfschutzes bei asymptomatischen asylsuchenden Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. *Paediatrica* 2016; (Spezialnummer Migranten):11–18. Site web: <http://pigs.ch/pigs/05-documents/doc/guidance-2016-d.pdf>.
3. Robert Koch-Institut. Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. RKI. 2015: 41:439–442. Site web: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15.pdf?__blob=publicationFile.
4. European Centre for Disease Prevention. Infectious disease risks of specific relevance to newly-arrived migrants in the EU/EEA. 2015]. Site web: http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1405.
5. Office fédéral de la santé publique. Recommandation de vaccination contre la grippe. Berne, août 2017. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/grippe.html>
6. Michaelis K, Wenzel JJ et al. Hepatitis A virus infections and outbreaks in asylum seekers arriving to Germany, September 2015 to March 2016. *Emerg Microbes Infect* 2017 April 26; 6(4):e26.
7. Jablanka A, Solbach P et al. Seroprevalence of antibodies and antigens against hepatitis A-E viruses in refugees and asylum seekers in Germany in 2015. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017 May 10.
8. Mellou K, Chrisostomou A et al. Hepatitis A among refugees, asylum seekers and migrants living in hosting facilities, Greece, April to December 2016. *Euro Surveill*. 2017; 22(4).
9. Barnett ED, Christiansen D, Figueira M. Seroprevalence of measles, rubella, and varicella in refugees. *Clin Infect Dis*. Oxford University Press. 2002; 35(4):403–8.
10. Wilson E, Goss MA et al. Varicella Vaccine Exposure during Pregnancy: Data from 10 Years of the Pregnancy Registry. *J Infect Dis*. 2008 März 1; 197 Suppl 2:S178–84.
11. White S, Boldt K et al. Measles, Mumps and Rubella. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 June; 55(2): 550–559.
12. Jablonka A, Happel C et al. Measles, mumps, rubella, and varicella seroprevalence in refugees in Germany in 2015. *Infection*. 2016 Dezember; 44(6):781–787.
13. Office fédéral de la santé publique, Groupe suisse d'experts pour les hépatites virales, Groupe suisse de travail pour les conseils médicaux aux voyageurs, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la prévention de l'hépatite A en Suisse. Directives et recommandations (précédemment Supplément IX). Berne: Office fédéral de la santé publique, 2007. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-a.html>.
14. Tarr P, Notter J et al. Impfungen bei erwachsenen Flüchtlingen. *Swiss Medical Forum* 2016; 16 (49–50): 1075–1079.
15. Corrigendum: Protection contre les maladies invasives à méningocoques: adaptation des recommandations de vaccination. Version originale publiée dans *Bull OFSP* 2018; No 46: 14–21. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/meningokokken-erkrankungen.html>

4

Directive

Maladies invasives à méningocoques

1. Fiche maladies invasives à méningocoques

Agent pathogène

Neisseria meningitidis

Tableau clinique

Septicémie

(méningococcémie)

- Évolution : souvent fulminante avec défaillance cardiovasculaire et nécroses cutanées, pouvant mener à la mort en quelques heures
- Symptômes : fièvre, sensation très marquée d'être malade, changements de comportement, coma, convulsions, nausées, vomissements, parfois hypotension; puis souvent par la suite, atteintes cutanées : éruption punctiforme (pétéchies) ou éruption avec vésicules et nécroses

Méningite

- Évolution : généralement ni septicémie, ni atteintes cutanées
- Pronostic nettement meilleur que pour la méningococcémie
- Symptômes : fièvre, fortes céphalées, raideur de la nuque, nausées, vomissements, photophobie, sensation très marquée d'être malade, changements de comportement, coma, convulsions
- Il n'est pas nécessaire que tous les symptômes soient présents; en cas de doute, contact rapide avec le médecin du centre et/ou hospitalisation. Mieux vaut faire des examens en trop que passer à côté d'un cas.
- Les symptômes sont souvent moins caractéristiques chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Épidémiologie

Tous les groupes d'âge peuvent être touchés. Les infections invasives à méningocoques sont fréquentes chez les enfants < 5 ans, les adolescents entre 15 et 19 ans et après un séjour dans une zone à forte prévalence : « ceinture de la méningite » (Afrique sub-saharienne, du Sénégal à l'Éthiopie)



Période d'incubation

2 à 10 jours (généralement 3-4)



Voies de transmission

Infection par gouttelettes (p. ex. toux, éternuements, baisers) après un contact étroit avec une personne porteuse de méningocoques ou un malade



Période durant laquelle le malade est contagieux

Dix jours avant l'apparition des symptômes jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique efficace



Pourquoi les infections invasives^a à méningocoques sont-elles importantes ?

- Les méningocoques peuvent provoquer des maladies graves (septicémies et méningites) entraînant des complications sévères (notamment défaillance cardio-circulatoire, déficits neurologiques et décès).
- Le diagnostic précoce et le traitement rapide de la maladie sont donc très importants pour :
 - accroître les chances de survie
 - diminuer le taux de complications
 - prévenir la transmission de la maladie par la prophylaxie post-expositionnelle des contacts
- Seuil d'intervention: un cas suspect de méningocoques invasifs = mise en œuvre urgente de la présente directive (décision du médecin du centre et des médecins traitants)
 - Si l'infection invasive à méningocoques est confirmée ou probable → poursuite des mesures
 - Si l'infection invasive à méningocoques n'est pas confirmée → arrêt des mesures



Personnes à risque

- Toute personne est susceptible d'être contaminée.
- Le risque de **contamination** est élevé pour :
 - les enfants < 5 ans
 - les adolescents de 15 à 19 ans
 - les personnes revenant d'un séjour dans une zone de forte prévalence (p. ex. dans la « ceinture de la méningite »: Afrique sub-saharienne, du Sénégal à l'Éthiopie)
- Le risque de **d'évolution sévère** avec complications est élevé pour :
 - certaines personnes immunodéprimées^b



Mesures préventives: vaccination

- Il n'est pas recommandé de vacciner tous les requérants ni l'ensemble du personnel d'encadrement.
- La vaccination est recommandée pour les personnes présentant certains troubles immunitaires, les recrues, le personnel de laboratoire, les voyageurs dans des zones d'endémie ou d'épidémie, après un contact avec un cas probable ou confirmé d'infection invasive à méningocoques à partir de l'âge de 2 mois, ainsi qu'en tant que vaccination complémentaire, à partir de l'âge de 24 mois.
- Il existe différents vaccins couvrant différents sérogroupes. Toutefois, aucun des vaccins disponibles ne protège de tous les sérogroupes connus capables de provoquer des infections invasives à méningocoques.
- N'employer plus que des vaccins conjugués (*voir tableau 2*).

a Il faut distinguer les infections invasives à méningocoques (IIM) des infections non invasives à méningocoques, dont les souches sont beaucoup moins dangereuses et qui peuvent provoquer, par exemple, des pneumonies.

b En font partie notamment les personnes présentant des déficits en facteurs terminaux du complément, des déficits en facteurs de la voie alterne du complément ; des coagulopathies liées à un déficit homozygote en protéine S ou C ; une asplénie fonctionnelle ou anatomique, des troubles immunologiques impliquant un défaut de réponse immunitaire aux polysaccharidiques ou un déficit en lectine liant le mannose.

2. Définitions

Définitions de cas

Cas suspect	Tableau clinique compatible avec une infection invasive à méningocoques
Cas probable	Tableau clinique compatible avec une infection invasive à méningocoques (en particulier septicémie et méningite, <i>voir fiche sous point 1</i>) ET lien épidémiologique avec un autre cas confirmé
Cas confirmé	Croissance de <i>N. meningitidis</i> en culture OU mise en évidence du génome OU mise en évidence des antigènes OU mise en évidence par microscopie sur du matériel normalement stérile (p. ex. liquide céphalo-rachidien ou sang)
Contacts	<ul style="list-style-type: none"> – Seuls les contacts étroits sont à risque. Il s'agit des membres de la famille et des personnes qui, pendant les 10 jours précédant le diagnostic et jusqu'à 24 heures après le début du traitement (= période de contagiosité), ont vécu dans le même ménage ou dormi dans la même chambre, ou bien ont été exposées directement aux sécrétions nasales ou pharyngées du malade (baisers intimes, réanimation ou intubation). – Une chimioprophylaxie post-expositionnelle (<i>voir tableau 1</i>) n'est pas indiquée pour le personnel infirmier, sauf après une réanimation.

La chimioprophylaxie n'est pas recommandée chez les personnes n'ayant pas eu un contact considéré comme étroit avec le malade (p. ex. baby-sitter ou collègues de travail; après le partage de couverts ou de verres, ou un trajet dans la même voiture), car les données disponibles ne permettent pas de conclure à un risque accru.



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé

Isolement : gouttelettes^c

Objectif: séparer le cas suspect ou confirmé des personnes en bonne santé afin de protéger ces dernières d'une contamination

Masques Masque chirurgical^d

pour le cas suspect ou confirmé, quand celui-ci quitte, exceptionnellement, la chambre d'isolement

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à la direction du centre et à celle de l'encadrement, ainsi qu'à P&A

- Déclaration dans les meilleurs délais (= immédiate), par le personnel infirmier, du cas suspect ou confirmé au médecin du centre et aux urgences/au médecin de garde de l'hôpital
- Déclaration dans les meilleurs délais, par le personnel infirmier, du cas suspect ou confirmé à P&A, à la direction du centre et à celle de l'encadrement
- Déclaration dans les 24 heures, par le médecin du centre, du cas suspect ou confirmé au médecin cantonal

Examens complémentaires et surtout traitement précoce

- Hospitalisation immédiate du cas suspect ou confirmé (dans l'heure qui suit) par ambulance en vue des examens complémentaires et du traitement
- Dans les 12 heures suivant l'hospitalisation: le personnel infirmier ou le médecin du centre appelle l'hôpital pour savoir s'il s'agit ou pourrait s'agir d'une infection invasive à méningocoques → si oui: *suite de la procédure voir ci-dessous*

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts

Identification dans les 24 heures, par le personnel infirmier, de tous les contacts étroits du cas suspect ou confirmé

Toutes les personnes ayant eu un contact étroit (*voir point 2*) avec le cas suspect ou confirmé durant les 10 jours avant le diagnostic et jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique adéquat doivent recevoir une chimioprophylaxie. De plus, une vaccination post-expositionnelle est recommandée en présence d'un cas probable ou confirmé.

Procédure en présence d'un cas suspect Tous les contacts étroits

- Chimioprophylaxie selon le *tableau 1*
 - Début des antibiotiques chez tous les contacts étroits si possible dans les 48 heures suivant le diagnostic (valable jusqu'à 10 jours après l'exposition)
- Vaccination post-expositionnelle selon le *tableau 2*
 - En présence d'un cas **probable** ou **confirmé**, les contacts étroits doivent être vaccinés.

Exclusion des contacts

Jusqu'à ce que la chimioprophylaxie (et éventuellement la vaccination post-expositionnelle) soit terminée, les contacts étroits sont à exclure de l'école, de la crèche ou du travail.

^c Voir mémento isolement gouttelettes, chapitre 10

^d Protection bucconasale

Interruption du transfert des contacts

- Les contacts étroits **peuvent** être transférés une fois la chimioprophylaxie terminée (et éventuellement la vaccination post-expositionnelle).
- Le centre dans lequel le contact est transféré est informé par écrit du contact avec un cas suspect ou confirmé et des mesures prises.

(pour un cas suspect, probable ou confirmé de maladie invasive à méningocoques)

Tableau 1
Chimioprophylaxie post-expositionnelle pour les contacts étroits

Groupe d'âge	Chimioprophylaxie
< 1 mois	Ciprofloxacine 1 dose (20 mg/kg) p.o.
≥ 1 mois (enfants et adultes)	Ciprofloxacine 1 dose (20 mg/kg, max. 500 mg dès 25 kg) p.o.
Femmes enceintes et allaitantes	Ceftriaxone 1 dose (250 mg) IM ou perfusion rapide IV
Alternative (à l'exception des femmes enceintes et allaitantes): Rifampicine toutes les 12 heures pendant 2 jours (4 doses), au maximum 600 mg/dose p.o.	
< 1 mois	Rifampicine 5 mg/kg p.o./dose
1 mois - 15 ans	Rifampicine 10 mg/kg p.o./dose
> 15 ans	Rifampicine 600 mg p.o./dose

- Les contacts étroits devraient être vaccinés dès la survenue d'un cas; les contacts possibles, seulement après la survenue de deux cas en l'espace de 12 semaines.
- Pour stimuler une réponse immunitaire rapide, le vaccin doit être administré le plus tôt possible, idéalement en même temps que la chimioprophylaxie.

Tableau 2
Vaccination post-expositionnelle des contacts étroits

Âge	Vaccination
2-11 mois*	4 doses de MCV-ACWY (2-4-6-12 mois)
≥ 12 mois*	2 doses de MCV-ACWY dans un intervalle de 4-8 semaines (personnes immunodéficientes) sinon 1 dose de MCV-ACWY
Si déjà vacciné contre les méningocoques: intervalle minimum du MCV-ACWY avec la dernière vaccination par un vaccin polysaccharidique: au moins 12 mois [3]	

* NB: le MCV-ACWY (vaccin conjugué contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W et Y) n'est officiellement autorisé qu'à partir de l'âge de 24 mois. Un usage hors étiquette chez les enfants entre 2 et 24 mois est recommandé par l'OFSP dans les situations à risque (p. ex après une exposition à des méningocoques) [3].



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement et transfert du cas suspect ou confirmé à l'hôpital
 - Déclaration dans les meilleurs délais du cas au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à celle de l'encadrement
 - Établissement d'une liste des contacts étroits dans les 24 heures, conjointement avec P&A et l'encadrement
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin du centre et le médecin cantonal
-

Direction du centre, direction de l'encadrement et P&A

- Information des collaborateurs du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Coordination des admissions et des transferts
-

Médecin du centre

- Déclaration nominale dans les 24 heures du cas suspect ou confirmé au médecin cantonal
 - Information du SEM quant au cas suspect et interruption des admissions et des transferts (selon *point 5*) dans les meilleurs délais, au plus tard dans les 24 heures
 - Prise de contact avec l'hôpital pour clarifier le diagnostic dans les 12 heures suivant l'hospitalisation
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin cantonal et le personnel infirmier
-

Médecin cantonal

- Coordination de l'enquête d'entourage et des mesures post-expositionnelles
- Responsabilité de la communication avec l'OFSP et, au besoin, avec d'autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

L'interruption des admissions n'est pas nécessaire du point de vue médical, mais peut être judicieuse sur le plan logistique (identifier les contacts avant d'accepter de nouveaux requérants).

Transferts

Cas suspect ou confirmé

Traitement hospitalier nécessaire, donc pas de transfert possible dans un autre centre (un transfert est possible 24 heures après un traitement antibiotique adéquat, car le patient n'est plus contagieux)

Contacts étroits

Transferts possibles dès que les mesures post-expositionnelles ont été administrées (chimio prophylaxie et éventuellement vaccination selon *point 3*)



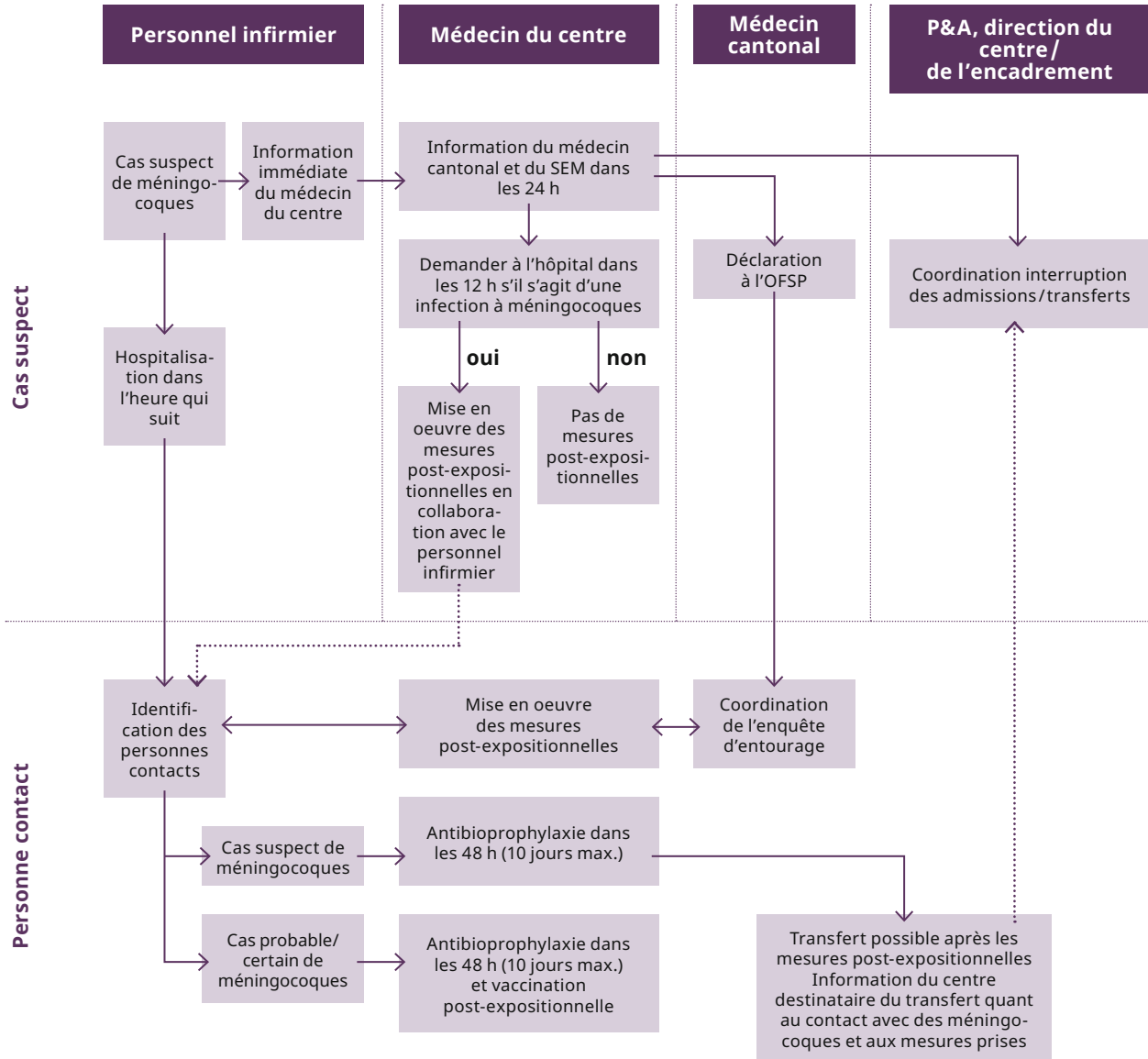
6. Informations pour les résidents du centre

Informations à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement

- Actuellement, il y a dans le centre une personne (ou plusieurs personnes) atteinte d'une infection à méningocoques. On peut traiter cette maladie, mais il ne faut pas perdre de temps.
- Les personnes qui ont été en contact très étroit avec le malade (*voir point 2* pour une définition plus précise) ont peut-être été contaminées et seront, à titre de précaution, traitées par des antibiotiques et, le cas échéant, vaccinées.
- Les personnes qui n'ont pas été en contact étroit avec le malade n'ont que très peu de risques d'attraper la maladie et ne seront donc ni traitées ni vaccinées.
- Toute personne qui ne se sent pas bien, qui a de la fièvre, très mal à la tête, la nuque raide, une sensibilité à la lumière, des nausées ou des vomissements doit le signaler sans tarder au personnel infirmier.



7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de maladie invasive à méningocoques



8. Bibliographie

1. Méningocoques. Office fédéral de la santé publique. Site web : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/meningokokken-erkrankungen.html>. Etat novembre 2018.
2. Protection contre les maladies invasives à méningocoques: adaptation des recommandations de vaccination. Bulletin de l'OFSP 2018; 46, 14–21
3. Recommandations de vaccination contre les méningocoques pour les personnes à risque accru d'infection invasive et d'exposition: utilisation d'un vaccin quadrivalent conjugué également lors de rappels. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Etat mars 2015. Site web : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/meningokokken-erkrankungen.html>.
4. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand : Oktober 2015. Website : https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
5. Prevention and Control of Meningococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR 2013; 62(RR02); 1-22.
6. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
7. Rosenstein N, Perkins A et al. Meningococcal Disease. N Engl J Med 2001. May, 2001; 344:1378–1388.
8. Tunkel AR, Hartman BJ et al. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. Clin Infect Dis. Nov 2004; 39(9):1267–84.
9. Purcell B, Samuelsson S et al. Effectiveness of antibiotics in preventing meningococcal disease after a case: systematic review. BMJ. June 2004; 328(7452):1339.
10. Prävention von invasiven Meningokokkeninfektionen, Empfehlungen der Schweizerischen Kommission für Impffragen, der Arbeitsgruppe Meningokokken und des Bundesamtes für Gesundheit, BAG Bull. 2001; 46, 893-901.
11. Van de Beek D, Cabellos C et al. ESCMID guideline: Diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. Clin Microbiol Infect 2016; 22: S37–S62.

5

Directive
Rougeole

1. Fiche rougeole^a

Agent pathogène

Virus de la rougeole

Tableau clinique

Premiers symptômes (prodromes)

l'inflammation du tissu conjonctif (conjonctivite), le rhume, la toux, la fièvre et la rougeur de la muqueuse buccale (signe de Koplik) indiquent avec une quasi-certitude la présence d'une rougeole.

Éruption cutanée

1 à 7 jours après les premiers symptômes, taches maculo-papuleuses sur la peau (de couleur brun-rosâtre, de 3 à 8 mm) – au début taches isolées (« discrètes »), qui s'étendent vers la périphérie, puis qui confluent 2 à 3 jours plus tard (« confluentes »).

Complications

- Les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées, les personnes mal-nutries (en particulier carence en vitamine A), les enfants < 3 ans et les adultes présentent un risque accru de complications.
- Les complications surviennent chez 10 % des malades : souvent surinfections bactériennes (p. ex. otite moyenne), diarrhée, parfois pneumonie, convulsions fébriles, méningite (encéphalite) et autres. Même en cas de prise en charge médicale optimale, la rougeole est fatale dans 1 cas sur 3000.

Épidémiologie

En principe, toutes les personnes non immunes, quel que soit leur âge, peuvent contracter la rougeole et présenter des complications (parfois graves). Avant l'introduction de la vaccination, la rougeole était très fréquente en Suisse et provoquait chaque année des dizaines de décès. Tant que la couverture vaccinale reste inférieure à 95 % (elle est actuellement de 87 %, avec deux doses, chez les enfants de 2 ans), on observe toujours des cas.

Dans les pays où la couverture vaccinale est plus faible, surtout en Afrique et en Asie, la rougeole est plus fréquente et de nombreux cas sont mortels dans les zones où sévit la malnutrition (carence en vitamine A).

.....

a Allemand : Masern, italien : morbillo, anglais : measles, espagnol : sarampión, arabe : alhasba, somali : jadeecada

b Taches blanc-bleuâtre, comme des grains de sable, sur la muqueuse buccale, typiquement à la face interne des joues face à la 1^{re} molaire.



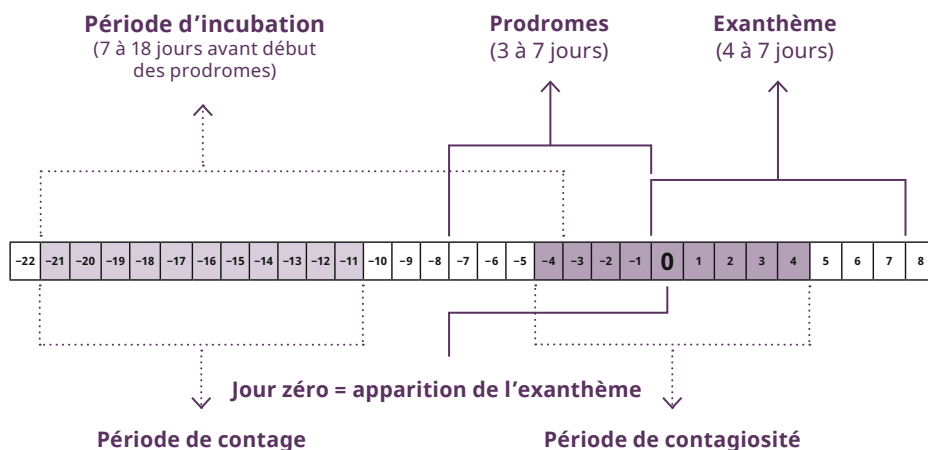
Période d'incubation

8 à 10 jours jusqu'à l'apparition des premiers symptômes (prodromes), environ 14 jours (fourchette: 7 à 18 jours, 21 au maximum) jusqu'à l'apparition de l'éruption

Figure 1

Évolution de la rougeole et de sa transmission

(Source: adapté d'un document de la direction générale de la Santé, Genève)



Voies de transmission

Surtout gouttelettes et aérosols (liquide finement dispersé / virus dans l'air, voir *glossaire*) émis lors d'éternuements, de toux, de rhume; extrêmement contagieux



Période durant laquelle le malade est contagieux

4 jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à 4 jours après. Le risque de transmission est particulièrement élevé 2 jours avant l'apparition de l'exanthème. Il est négligeable à partir du 3^e jour suivant l'apparition de l'éruption.



Diagnostic

1^{er} choix: mise en évidence de l'ARN du virus de la rougeole par PCR dans la salive ou à partir d'un frottis pharyngé **dans les 3 premiers jours** après l'apparition de l'exanthème. Pour la PCR sur la salive, le patient doit se gargariser pendant 60 secondes avec 10 ml de solution saline stérile [12].

2^e choix: anticorps IgM anti-rougeoleux: la présence d'anticorps IgM confirme la maladie en l'absence de vaccination anti-rougeoleuse récente (dans les dernières 4 à 8 semaines).

Les IgM restent positives \geq 28 jours, mais peuvent encore être négatives dans 30 à 40% des cas durant les 72 premières heures suivant l'apparition de l'exanthème; il convient donc, si la réponse est négative et que la suspicion de rougeole perdure, de refaire un dosage des IgM après 10 à 14 jours.

NB: si le diagnostic initial est négatif, mais que cliniquement la suspicion de rougeole reste forte, prendre pour hypothèse qu'il s'agit d'une rougeole et poursuivre les mesures. Décision du médecin du centre et du médecin cantonal.



Traitement

- Il n'existe pas de traitement spécifique de la rougeole; le traitement est purement symptomatique (médicaments contre la toux, les maux de gorge, la fièvre; boissons abondantes, etc.).
- Administration orale de vitamine A à tous les enfants (la carence en vitamine A est associée à une évolution grave de la maladie).
 - âge < 6 mois: 50000 unités
 - âge 6-11 mois: 100000 unités
 - âge \geq 12 mois: 200000 unités
- En cas d'évolution grave (atteinte de l'état général, sentiment d'être très malade, forte toux, crachats) ou de modifications du comportement → consultation du médecin du centre et (après préavis téléphonique) hospitalisation pour la suite du traitement



Pourquoi la rougeole est-elle importante ?

La rougeole est la maladie infectieuse contagieuse par excellence. Elle se propage rapidement par gouttelettes et aérosols.

Elle peut entraîner des complications graves, en particulier pneumonie (risque 10 à 60/1000), encéphalite (1/1000) et décès (1/3000).

La Suisse et l'Europe se sont fixé pour objectif d'éliminer la rougeole par la vaccination, ce qui justifie en particulier les mesures post-expositionnelles à l'apparition de la maladie.

Il n'existe pas de traitement spécifique. Il est donc important de prendre rapidement des mesures dès l'apparition de la maladie afin d'éviter la propagation du virus.

Seuil d'intervention: un cas suspect de rougeole = mise en œuvre d'urgence de la présente directive.

- Si la rougeole est confirmée → poursuite des mesures
- Si la rougeole n'est pas confirmée → arrêt des mesures



Personnes à risque

Le risque de complications est accru pour:

- les femmes enceintes
- les personnes immunodéprimées
- les personnes malnutries (en particulier carence en vitamine A)
- les enfants < 3 ans, surtout les nourrissons (< 1 an)
- les personnes qui contractent la rougeole à l'âge adulte



Mesures préventives : vaccination

Il existe un vaccin vivant atténué contre la rougeole, qui protège les personnes vaccinées et peut prévenir les flambées.

Cette vaccination est recommandée pour tous les enfants.

Personnes immunes

Sont considérées comme **immunes** les personnes qui satisfont à au moins un des trois critères suivants: [1]

- 2 doses documentées de vaccin à un intervalle > 4 semaines,
- naissance en 1963 ou avant,
- présence d'anticorps IgG anti-rougeoleux confirmée par un laboratoire.

Les personnes immunes n'ont pas besoin de vaccination.

Personnes non immunes

La vaccination avec 2 doses de ROR à un intervalle \geq 4 semaines est recommandée à toutes les personnes non immunes.

Les personnes nées après 1963 qui n'ont reçu **qu'une seule dose** de vaccin contre la rougeole/de ROR doivent recevoir immédiatement une 2^e dose (ROR) pour compléter leur protection vaccinale. L'intervalle minimum après la 1^{re} dose de ROR est de \geq 4 semaines.

N'administrer des vaccins vivants différents (ROR et varicelle) que simultanément ou avec un intervalle minimum d'un mois^c

Prendre des mesures de précaution avant l'administration du ROR:

- en cas de déficit immunitaire (voir glossaire)
- après l'administration d'un vaccin vivant dans les 4 dernières semaines (NB: administrer différents vaccins vivants simultanément ou respecter un intervalle \geq 4 semaines)^d
- chez les nourrissons < 6 mois

Contre-indications pour le vaccin ROR:

- grossesse (NB: aucune atteinte fœtale n'a été observée chez les femmes enceintes vaccinées par mégarde [9])
- réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins
- déficit immunitaire sévère (voir glossaire)

c Voir chapitre 3, Recommandations en matière de vaccinations.

d Voir chapitre 3, Recommandations en matière de vaccinations.

2. Définitions

Définitions de cas

Manifestations cliniques =

- fièvre **et**
- exanthème maculo-papuleux^e **et**
- toux **ou** rhinite **ou** conjonctivite

Cas suspect de rougeole	Personne présentant les manifestations cliniques de la rougeole, mais sans confirmation par le laboratoire (ou en attente de confirmation)
Cas confirmé de rougeole	Personne présentant les manifestations cliniques de la rougeole, avec confirmation par le laboratoire ou Personne présentant les manifestations cliniques de la rougeole, avec un lien épidémiologique (= contact) avec un cas de rougeole confirmé par le laboratoire

Contacts

Contacts probables ou avérés [1]	Ne sont concernés que les contacts qui ont eu lieu pendant la période de contagiosité (4 jours avant l'apparition de l'exanthème jusqu'à 4 jours après) <ul style="list-style-type: none"> - Partage de la chambre - Personnes qui ont séjourné dans la même pièce que le cas suspect ou confirmé de rougeole ou ont séjourné en un lieu moins de deux heures après qu'une personne contagieuse y ait séjourné (p. ex. dortoir, bureau ou salle de classe) - Personnes qui se sont entretenues avec le cas suspect ou le cas (amis, visiteurs ou personnel)
Contacts possibles [1]	Personnes non immunes, en dehors du ménage de la personne contagieuse, qui sont entrées en contact avec elle ou qui sont susceptibles d'avoir inhalé des virus de la rougeole sous forme d'aérosols. Le contact possible est en général bref ou a eu lieu à une assez grande distance (rencontre furtive).

Exemples: résider dans le même centre, mais pas dans la même chambre, ou contact furtif [1]

En cas de doute, ne pas hésiter à considérer les personnes comme contacts possibles, y compris le personnel d'encadrement.

.....
e Pour une description plus précise, voir fiche au point 1.



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé de rougeole

Isolement: aérosols^f

Objectif: séparer le cas suspect ou confirmé des personnes non immunes et à risque afin de les protéger de toute transmission

Mesures:

- Logement en chambre individuelle **ou** dans un cercle familial étroit (dans la même pièce) avec le moins de contacts possibles avec les autres résidents du centre
- Sortie d'isolement du cas suspect ou du cas confirmé après disparition des symptômes (décision prise par le médecin du centre, au plus tôt le 5^e jour suivant l'apparition de l'exanthème^g) ATTENTION: les membres de la famille et les contacts **non immuns** placés en isolement avec le cas doivent y rester pendant 21 jours.
- Dès la reconnaissance d'une suspicion de rougeole (même jour), détermination du titre d'IgG chez les membres de la famille et les contacts étroits qui n'ont pas reçu deux doses de vaccin
- Mise à disposition de douches et de toilettes séparées. Si ce n'est pas possible, le cas suspect doit se doucher après tous les autres requérants. Dans ce cas, la douche et les toilettes devraient être nettoyées après usage avec un désinfectant de surface (tel qu'alcool) et sont réutilisables par tous au bout d'une heure. La douche normale peut être à nouveau utilisée à compter du 5^e jour après l'apparition de l'exanthème [2]^h.
- Exclusion des cas suspects ou confirmés de l'école, de la crèche ou du travail jusqu'à 5 jours après l'apparition de l'exanthème
- Mesures relatives à la vaisselle, aux couverts, au linge de corps et de lit □ voir rubrique *Hygiène standard au chapitre 10*

Masques

Masque chirurgical
(protection bucconasale)

- le cas suspect ou confirmé lorsque celui-ci quitte, exceptionnellement, la chambre d'isolement
- les personnes non immunes également en isolement, lorsqu'elles quittent, exceptionnellement, la chambre d'isolement
- NB: le cas suspect ou confirmé de rougeole et les autres personnes en isolement ne portent pas de masque dans la chambre d'isolement.

Masque de protection
FFP2

- le personnel d'encadrement non immun lorsqu'il se tient dans la même pièce que le cas suspect ou confirmé de rougeole

^f Voir *mémento Isolement aérosols, chapitre 10.*

^g Le risque de contamination est négligeable à partir du 3^e jour suivant l'apparition de l'éruption.

^h Voir la figure 2 pour l'évolution.

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement

- Déclaration par le personnel infirmier du cas suspect ou confirmé de rougeole aussi vite que possible, au plus tard dans les 24 heures, au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement
- Déclaration dans les 24 heures, par le médecin du centre, du cas suspect ou confirmé au médecin cantonal

Examens complémentaires

Confirmation dans les meilleurs délais par le laboratoireⁱ de la rougeole chez le cas suspect (*voir point 1*):

- Examen rapide du cas suspect (dans les heures qui suivent)
- médecin du centre: demander, éventuellement par téléphone, un frottis pharyngé ou un prélèvement de salive
- personnel infirmier: envoyer la documentation photographique par smartphone au médecin du centre

Traitement

selon *point 1*

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts

Identification dans les 24 heures, par le personnel infirmier, de tous les contacts avérés du cas suspect ou confirmé de rougeole

Classification des contacts selon les catégories «immuns» et «non immuns»

Sont considérées comme **immunes** les personnes selon définition ci-dessus: *voir point 1*. Pour les présentes mesures, on considère les personnes qui n'ont reçu qu'une seule dose comme immunes.

Sont considérées comme **non immunes** les personnes:

- qui ne sont pas vaccinées ou dont le statut vaccinal n'est pas clair (selon l'OFSP, l'indication d'antécédents de maladie rougeoleuse n'est pas fiable).

En cas de doute, considérer la personne comme non immune.

Contacts non immuns

Sérologie post-expositionnelle de la rougeole (IgG anti-rougeoleux) dans les 24 heures au maximum chez les contacts non immuns:

- titre d'IgG anti-rougeoleux ≥ 500 UI/l: la personne est immune → pas d'autres mesures nécessaires
- titre d'IgG anti-rougeoleux < 500 UI/l: la personne n'est certainement pas immune → suite de la procédure *voir ci-dessous*

Si les sérologies sont positives, on peut simplifier grandement la procédure, car aucune mesure post-expositionnelle n'est nécessaire chez les personnes immunes. Si l'on ne peut pas pratiquer les sérologies → suite de la procédure voir ci-dessous

.....
i Voir point 1

Vaccination post-expositionnelle

Dans les 72 heures au maximum suivant le contact avec le cas suspect ou l'apparition de l'exanthème chez le malade

Si les ressources sont insuffisantes, vacciner en priorité les personnes < 40 ans [11]

- 1 dose de ROR à partir de l'âge de 6 mois
- Contre-indications du ROR: *voir ci-dessus*
- ATTENTION: de préférence au moins 1 mois d'intervalle avec d'autres vaccins vivants (tels que varicelle)
- Après l'administration d'immunoglobulines, l'efficacité de la vaccination par le ROR (ou par d'autres vaccins vivants) n'est pas garantie et il faudrait donc attendre au minimum 5 à 6 mois avant d'administrer un autre vaccin.
- Chez les personnes non vaccinées ou dont le statut vaccinal n'est pas clair, il faudrait administrer la 2^e dose de ROR au moins 4 semaines après la 1^{re} dose
- NB: chez les femmes en âge de procréer, il n'est pas nécessaire de pratiquer systématiquement un test de grossesse avant la vaccination contre la rougeole, mais seulement si une grossesse est possible. Il suffit de demander oralement à la femme si elle est susceptible d'être enceinte. Aucune atteinte fœtale n'a été observée chez les femmes enceintes vaccinées par mégarde.

Immunoglobulines post-expositionnelles

Comme prophylaxie post-expositionnelle possible pour les personnes contacts non immunes chez lesquelles le ROR est contre-indiqué → hospitalisation ou envoi rapide au spécialiste

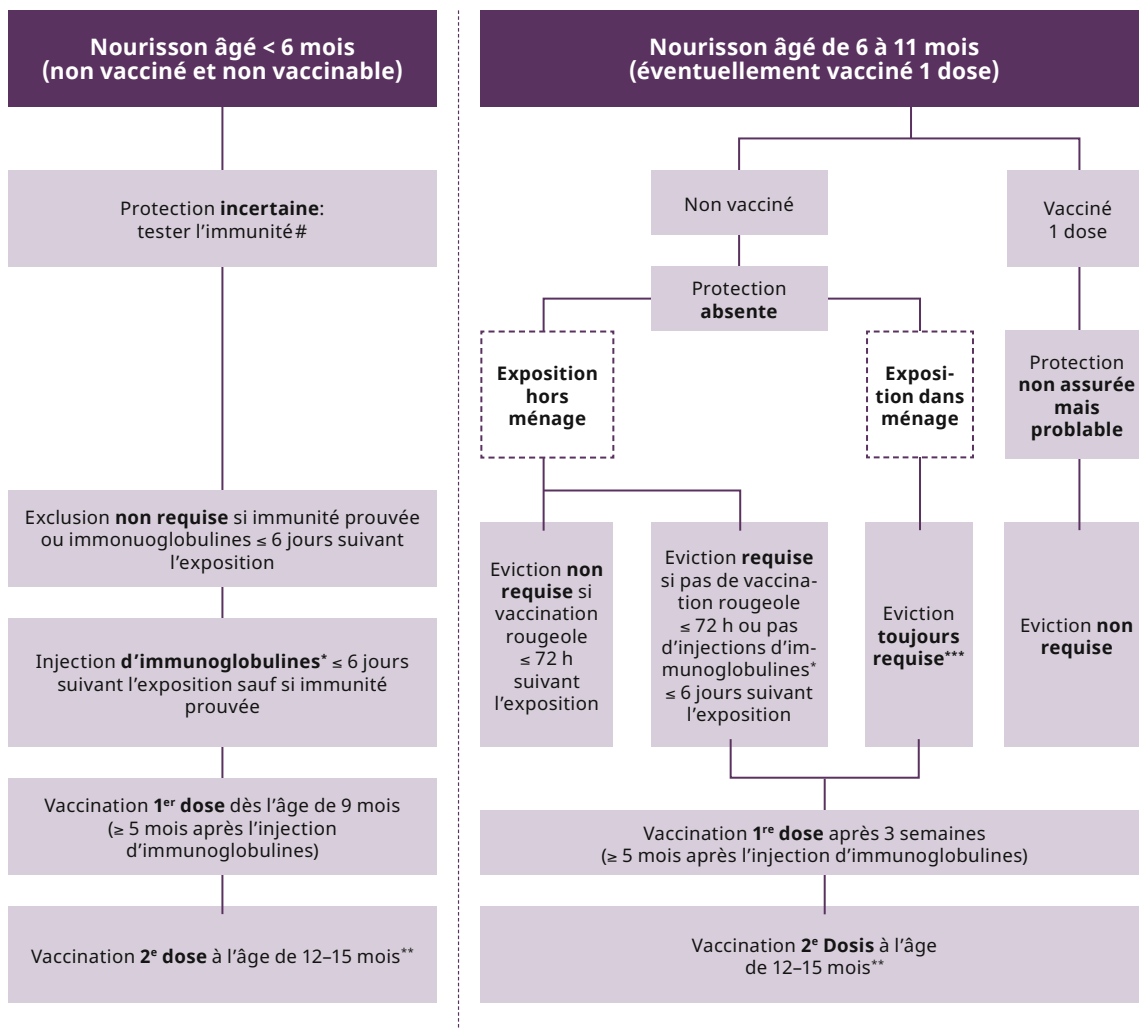
Administration des immunoglobulines (0,4 g/kg IV) au plus tard 6 jours après l'exposition

Comme il n'existe pas d'immunoglobulines spécifiques de la rougeole, on administre des immunoglobulines standard.

Après l'administration d'immunoglobulines, l'efficacité de la vaccination par le ROR (ou par d'autres vaccins vivants) n'est pas garantie et il faudrait donc attendre au minimum 5 à 6 mois avant d'administrer un autre vaccin.

Figure 2

Algorithme relatif à la procédure applicable aux personnes contacts d'un malade de la rougeole: procédure en fonction de l'âge et du statut vaccinal [1]



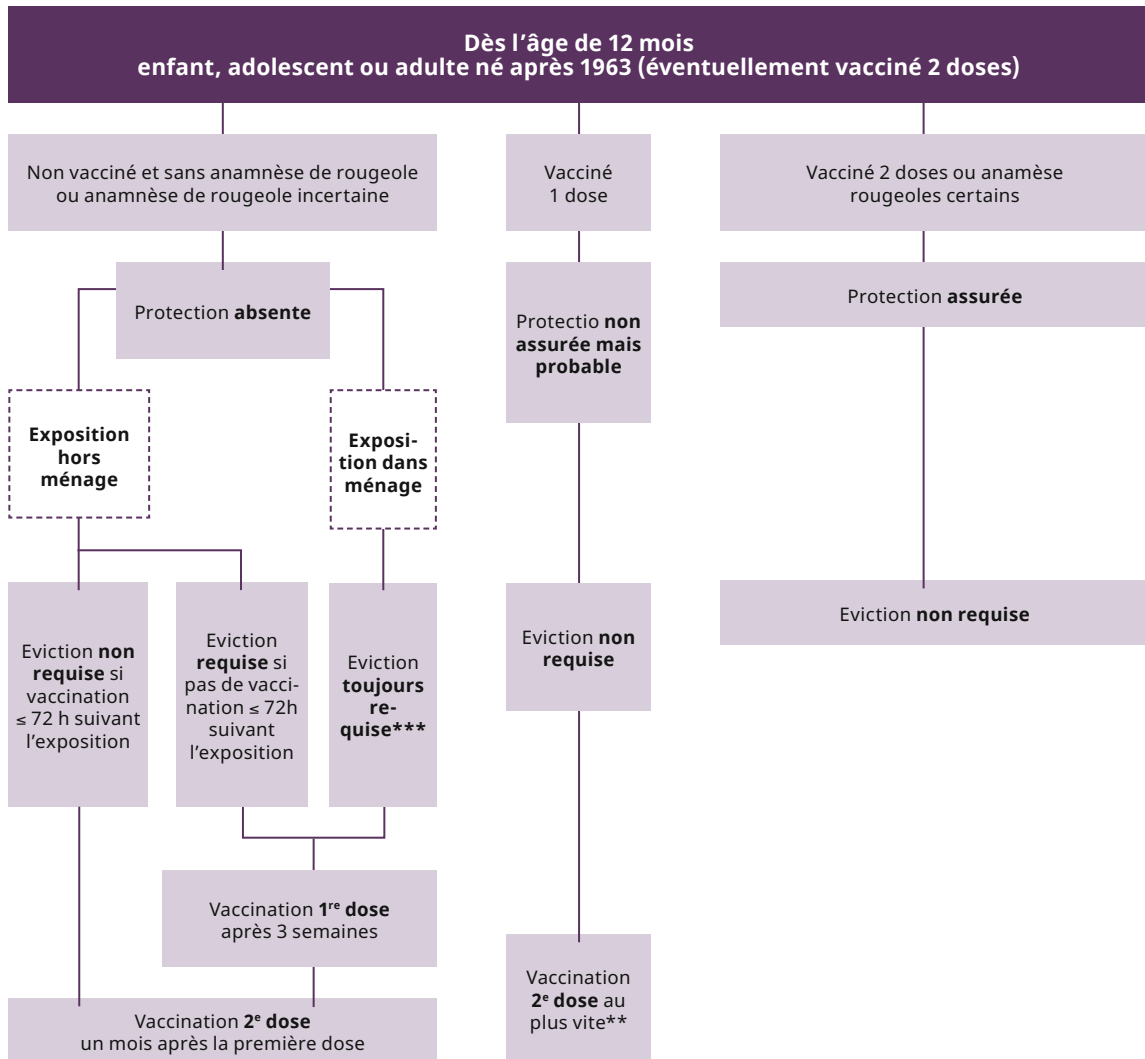
Vaccination: l'administration du vaccin combiné ROR est recommandée.

Un titre d'IgG-antirougeoleux ≥ 500 UI/l est considéré comme protecteur contre les infections symptomatiques (pas de transmission du virus).

* Selon avis d'un pédiatre ou infectiologue.

** Au minimum 1 mois après la première dose.

*** Sauf dans la situation où le moment exact de la première exposition est identifiable et que la vaccination a pu être administrée ≤ 72 heures, alternativement que des immunoglobulines ont été administrées ≤ 6 jours.



Vaccination: l'administration du vaccin combiné ROR est recommandée.

Un titre d'IgG-antirougeoleux ≥ 500 UI/l est considéré comme protecteur contre les infections symptomatiques (pas de transmission du virus).

* Selon avis d'un pédiatre ou infectiologue.

** Au minimum 1 mois après la première dose.

*** Sauf dans la situation où le moment exact de la première exposition est identifiable et que la vaccination a pu être administrée ≤ 72 heures, alternativement que des immunoglobulines ont été administrées ≤ 6 jours.

NB: Indépendamment de l'âge des contacts, l'administration d'immunoglobulines est recommandée aux **femmes enceintes et aux personnes immunosupprimées** sans immunité prouvée contre la rougeole. Pas d'éviction pour les personnes ayant reçu des immunoglobulines dans les six jours suivant l'exposition en raison d'un risque accru de complications.

Interruption des transferts

Interruption des transferts pour **tous les contacts probables ou avérés non immuns** pendant 21 jours (à compter de la dernière exposition au cas index)

Interruption des transferts pour **tous les contacts possibles non immuns** pendant 21 jours (à compter de la dernière exposition au cas index) s'ils n'ont pas été vaccinés dans les 72 heures après l'exposition

Les contacts possibles non immuns qui ont été **vaccinés dans les 72 heures suivant l'exposition** ou ont reçu des immunoglobulines dans les 6 jours après l'exposition peuvent être transférés.

Contacts immuns

Pas de mesures particulières nécessaires

Transferts dans d'autres centres possibles



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration du cas suspect ou confirmé de rougeole dans les meilleurs délais (au plus tard dans les 12 heures) au médecin du centre, avec la documentation photographique, via le smartphone
 - Établissement dans les 24 heures d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et l'encadrement
 - Contrôle du statut vaccinal des contacts et classement en personnes immunes et non immunes
 - Prises de sang (anticorps IgG anti-rougeoleux) et mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin du centre et le médecin cantonal
 - Information du personnel d'encadrement et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Inscription dans le dossier du contact qu'une dose post-expositionnelle de vaccin a déjà été administrée et indication de la date à laquelle la 2^e dose devrait l'être
-

Direction du centre et direction de l'encadrement, P&A

- Information des collaborateurs du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Coordination des admissions et des transferts
-

Médecin du centre

- Déclaration nominale, dans les 24 heures au plus tard, du cas suspect ou confirmé de rougeole au médecin cantonal
- Information la plus rapide possible du SEM quant au cas suspect, et interruption des admissions et des transferts (selon *point 5*)
- Analyses de laboratoire pour le cas suspect et les contacts
- Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin cantonal et le personnel infirmier

Médecin cantonal

- Coordination de l'enquête d'entourage et des mesures post-expositionnelles
- Décision quant à l'exclusion de l'école des personnes d'âge scolaire
- Responsabilité de la communication avec l'OFSP et, au besoin, avec d'autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

Interruption des admissions dans le centre pour les personnes non immunes

Transferts

Cas suspect ou confirmé de rougeole

Transferts dans d'autres centres possibles à partir du 5^e jour suivant l'apparition de l'exanthème^j ou la fin de l'isolement

- NB: Un transfert à partir du 3^e jour peut être envisagé, mais il incombe au médecin cantonal de prendre cette décision.

Contacts non immuns

Contacts probables et avérés: interruption des transferts pendant 21 jours (à compter de la dernière exposition cas index)

Contacts possibles: transferts possibles à condition que les mesures post-expositionnelles aient été prises dans les 72 heures

Contacts immuns

Transferts possibles

.....
j Le jour de l'apparition de l'éruption est compté comme jour 0 (voir figure 2).



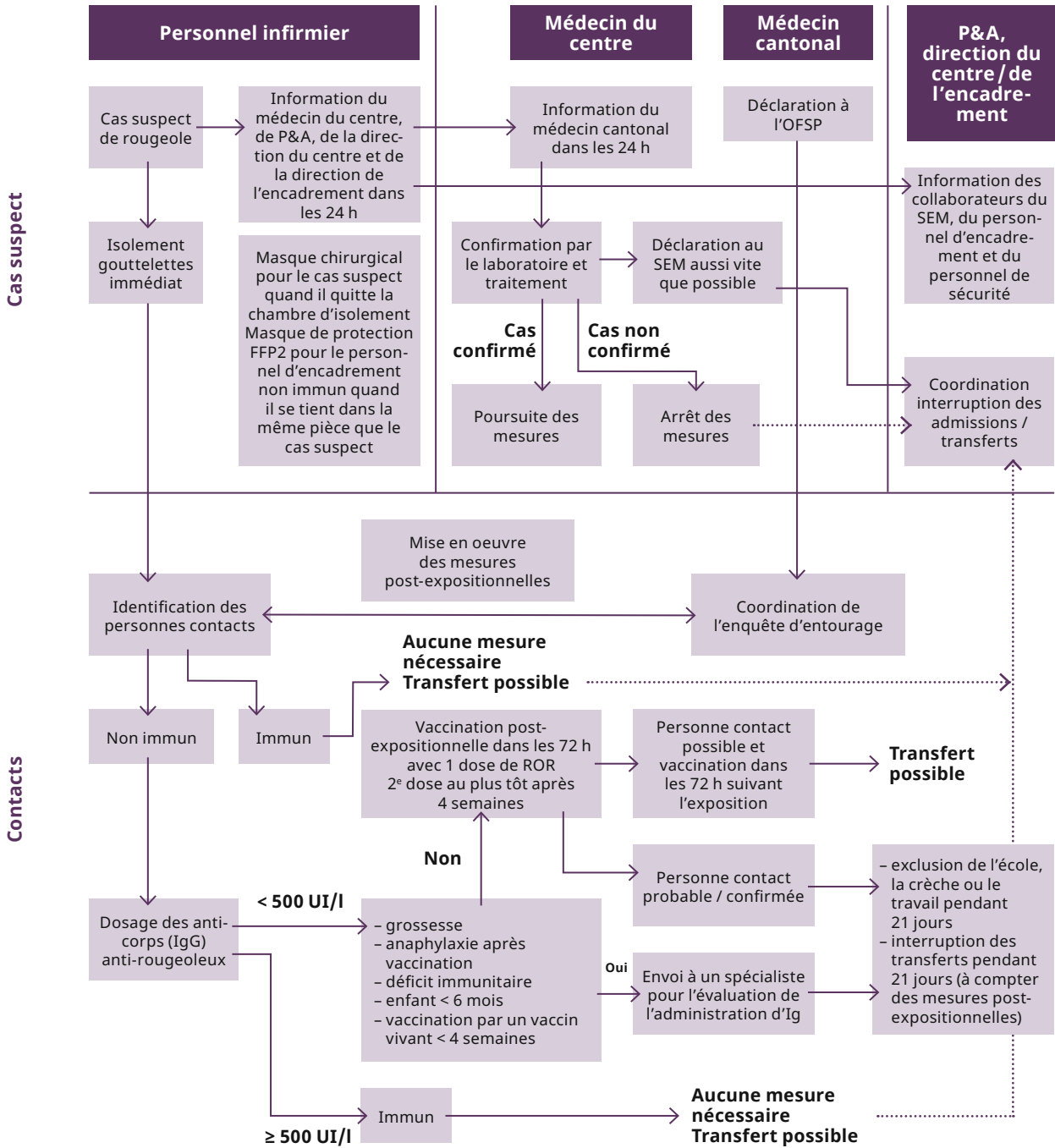
6. Informations pour les résidents du centre

Informations sur la rougeole à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement :

- Actuellement, il y a dans le centre des personnes qui ont la rougeole.
- Il faut donc prendre quelques mesures spéciales pour éviter la propagation de la maladie.
- La rougeole est une maladie très contagieuse qui se transmet par les gouttelettes que les malades émettent en toussant. En général, elle évolue sans problèmes, mais elle a parfois des complications graves.
- Pour éviter la contamination, les malades sont isolés et portent un masque quand ils entrent en contact avec d'autres personnes. Si possible, il faudrait éviter d'être en contact avec eux tant qu'ils sont contagieux (c'est-à-dire au moins 3 jours après l'apparition de l'éruption).
- Pour éviter de tomber malade, on peut se faire vacciner immédiatement (au plus tard dans les 72 heures).
- Toute personne qui a de la fièvre, des symptômes de rhume ou une éruption cutanée doit le signaler le jour même au personnel infirmier.



7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de rougeole



8. Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique, Groupe de travail Lutte contre les flambées de rougeole. Directives de lutte contre la rougeole et les flambées de rougeole. Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2013.
2. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
3. Robert Koch-Institut. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand: Oktober 2015. Site web: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
4. WHO. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. Weekly epidemiological record. April 2017, 92 (17): 205–228.
5. CDC. Measles (Rubeola). Centers for Disease Control and Prevention Website. Stand Mai 2015. Website: <https://www.cdc.gov/measles/hcp/>.
6. Tarr P, Gallmann C und Heiningen U. Masern in der Schweiz – Erkennung und Impfberatung. Schweiz Med Forum 2008; 8(45): 868–872.
7. Young M, Nimmo G, Cripps A et al. Post-exposure passive immunisation for preventing measles. Cochrane Database Syst Rev. April 2014, 1(4).
8. CDC. Measles, Mumps, and Rubella – Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998, 47(RR-8);1–57.
9. White S, Boldt K et al. Measles, Mumps and Rubella. Clin Obstet Gynecol. 2012 June; 55(2): 550–559.
10. Takla A, Barth A et al. Measles outbreak in an asylum-seekers' shelter in Germany: Comparison of the implemented with a hypothetical containment strategy. Epidemiol. Infect. 2011, 140 (9): 1589–1598.
11. Jones G, Haeghebaert S, Merlin B et al. Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. Euro Surveill. 2016; 21(11):pii=30167.
12. Larsen H, Huang L et al. A Prospective, Blinded Study of Quantitative Touch-Down Polymerase Chain Reaction Using Oral-Wash Samples for Diagnosis of Pneumocystis Pneumonia in HIV-Infected Patients. J Infect Dis. 2004 May 1; 189 (9): 1679–1683.

6 Directive Varicelle et zona

1. Fiche varicelle et zona^a

Agent pathogène

Virus varicelle zona (VVZ)

Tableau clinique

Primo-infection: Varicelle

- Premiers symptômes (prodromes): fièvre, maux de tête et aux membres, fatigue
- Éruption: 24 à 72 heures après les premiers symptômes, éruption de petites papules (ou nodules) rondes, rouges et prurigineuses, qui se transforment en vésicules et en pustules, puis se recouvrent de croûtes (exanthème maculo-papulo-vésiculaire). Typiquement, différents stades de l'éruption sont présents en même temps (nouvelles vésicules et croûtes déjà guéries: éruption dite également en « ciel étoilé »), éruption touchant tout le corps, éventuellement aussi la muqueuse buccale et le cuir chevelu, généralement l'abdomen et le thorax, ainsi que la partie proximale des bras et des jambes. L'éruption dure 3 à 7 jours.
- Degré de sévérité:
 - Chez les enfants, évolution généralement non compliquée (complication la plus fréquente: surinfection bactérienne de la peau)
 - A partir de l'âge de 16 ans, chez les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées, la varicelle peut entraîner des complications, telles que pneumonie et méningite.

Réactivation: zona

- Le virus reste caché dans l'organisme pour le restant de la vie et peut se réveiller (être réactivé) des années plus tard, provoquant un zona.
- Symptômes: généralement éruption caractéristique, parfois associée à de la fièvre, des céphalées, des douleurs aux membres et de la fatigue (expression très variable des symptômes)
- Éruption: grappes de vésicules sur de la peau rougie (en général seulement sur la moitié du corps, dans le dermatome correspondant à un nerf, au visage, sur le thorax, les flancs ou les jambes); l'éruption dure 7 à 10 jours et disparaît en 2 à 4 semaines.
- Zona disséminé: deux dermatomes touchés ou dermatomes des deux côtés de la ligne médiane ou saut d'un dermatome ou atteinte des muqueuses
- Les complications les plus fréquentes sont le zona ophtalmique et les douleurs chroniques (« névralgies post-zostériennes »), qui peuvent persister longtemps après la guérison et touchent surtout les personnes âgées.

.....

a Allemand: Gürtelrose, italien: fuoco di San Antonio, anglais: shingles.

Épidémiologie

En Afrique et dans de nombreux pays de la péninsule arabe et d'Asie, la population a eu beaucoup moins souvent la varicelle durant l'enfance. On constate d'importantes différences selon l'âge et le pays d'origine. Par rapport à la population indigène, les requérants d'asile ont donc plus de risques de contracter la varicelle après l'adolescence, d'où une plus grande fréquence des évolutions graves et des complications.

Parmi les immigrants venant du Sri Lanka, en particulier, seules 50 à 80 % des personnes de plus de 60 ans ont eu la varicelle.



Période d'incubation

8 à 21 jours (généralement 14 à 16)



Voies de transmission

Infection par gouttelettes, par aérosol ou par contact direct avec le contenu des vésicules



Période durant laquelle le malade est contagieux

Varicelle

2 jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à assèchement de toutes les lésions (soit généralement 5 à 7 jours).

Zona

Le patient est contagieux jusqu'à la formation de croûtes sur toutes les lésions, en général 7 à 10 jours après leur apparition (NB: les patients atteints de zona sont cependant nettement moins contagieux que ceux atteints de varicelle).



Diagnostic

En règle générale, le tableau clinique et l'anamnèse sont suffisants pour poser le diagnostic.

Dans les cas douteux, on peut, à titre exceptionnel, confirmer le diagnostic (mise en évidence de l'agent pathogène) via une PCR sur du liquide prélevé dans une vésicule (contenant de préférence un liquide clair).



Traitement

Varicelle

- **Cas non compliqués** chez les enfants < 10 ans sans déficit immunitaire :
 - traitement local avec mixture à agiter désinfectante et savon à la chlorhexidine pour la douche
 - Paracétamol ou antihistaminiques oraux en cas de besoin
 - Un traitement antiviral n'est pas nécessaire
- **Age > 16 ans, cas avec complications^b**, déficit immunitaire ou grossesse :
 - Traitement antiviral à instaurer idéalement dans les 24 heures suivant l'apparition de l'éruption (début plus tardif : décision du médecin du centre): Valaciclovir 1000 mg 3×/jour PO pendant 7 jours (42 cp à 500 mg)
 - Traitement local avec mixture à agiter désinfectante et savon à la chlorhexidine pour la douche
 - Paracétamol ou antihistaminiques oraux en cas de besoin
 - En cas de déficit immunitaire, de complications pendant la grossesse ou après l'âge de 10 ans, hospitalisation pour un traitement IV

Zona

- Traitement antiviral à instaurer si possible dans les 72 heures suivant l'apparition de l'éruption :
 - Valaciclovir 1000 mg 3×/jour PO pendant 7 jours
- Zona avec atteinte du visage (surtout région des yeux, « zona ophtalmique »):
 - consultation immédiate (dans les 2 heures au maximum) du médecin du centre et envoi chez un ophtalmologue ou hospitalisation
- Personnes immunodéprimées avec zona → consultation dans les 12 heures au maximum du médecin du centre. En cas d'éruption très étendue (multidermatome), la personne devrait être hospitalisée (décision du médecin du centre).

.....

^b Les enfants présentant des complications doivent être hospitalisés et traités par des antiviraux.



Pourquoi la varicelle et le zona sont-ils importants ?

La varicelle est une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Elle se propage rapidement par gouttelettes (et plus rarement par aérosols).

La maladie est très courante en Suisse (96 % des Suisses de plus de 15 ans sont séropositifs, c'est-à-dire qu'ils ont eu la varicelle et possèdent les anticorps correspondants), mais elle est plus rare dans de nombreux pays d'origine des requérants d'asile (p. ex. Sri Lanka, divers pays africains, etc.) ce qui implique un risque d'infection aussi pour les adultes.

On ne fait qu'une seule fois une varicelle clinique (avec des symptômes), mais le virus reste toute la vie dans l'organisme (= latent) et peut être réactivé, provoquant alors un zona.

La varicelle (primo-infection) à l'âge adulte, de même que le zona, surtout du visage, peuvent entraîner des complications graves (notamment méningite et pneumonie, avec mortalité élevée et douleurs chroniques pour le zona [« névralgies post-zostériennes »]).

Il est important que la varicelle soit bien gérée dans les centres pour requérants d'asile, afin d'éviter les flambées, qui sont susceptibles d'entraîner des complications, surtout chez les adultes non immuns.

Seuil d'intervention: un cas suspect de varicelle ou de zona = mise en œuvre d'urgence de la présente directive

- Si le cas suspect de varicelle ou de zona est confirmé → poursuite des mesures
- Si le cas suspect de varicelle ou de zona n'est pas confirmé → arrêt des mesures (décision du médecin du centre)



Personnes à risque

Le risque de complications est accru pour:

Varicelle

- les personnes ≥ 16 ans
- les personnes immunodéprimées
- les femmes enceintes

Zona

- les personnes immunodéprimées
- les personnes atteintes d'un zona du visage, surtout près des yeux
- Il n'y a pas de risque élevé chez les femmes enceintes, mais celles qui ne sont pas immunes et qui ont été en contact avec un cas de zona peuvent contracter la varicelle (primo-infection).



Mesures préventives : vaccination

Il existe un vaccin vivant atténué permettant de prévenir efficacement les flambées de varicelle.

Personnes immunes

- Personnel du centre et requérants : sont considérées comme immunes les personnes:
 - qui ont reçu, à au moins 4 semaines d'intervalle, 2 doses de vaccin documentées dans le carnet de vaccination **et/ou** présentent des anticorps IgG anti-varicelle confirmés par un laboratoire
 - Les antécédents de varicelle rapportés par les requérants n'étant **pas** fiables (barrière linguistique), ces personnes sont à considérer, en cas de doute, comme **non immunes** [10].
 - Les antécédents de varicelle rapportés par les personnes vivant en Suisse sont fiables; elles peuvent donc être considérées comme **immunes**.

Les personnes immunes n'ont pas besoin de vaccination.

Personnes non immunes

La vaccination avec 2 doses de vaccin contre la varicelle à un intervalle > 4 semaines est recommandée à tous les collaborateurs et à tous les requérants non immuns.

- NB: la vaccination des personnes non immunes, y compris des enfants entre 12 mois et 11 ans, est explicitement recommandée dans les centres pour requérants d'asile – mais pas pour la population vivant en Suisse –, afin de prévenir les flambées de varicelle.^c

Contre-indications de la vaccination :

- Grossesse (NB: aucune atteinte fœtale n'a été observée chez les femmes enceintes vaccinées contre la varicelle par mégarde → pas d'indication pour un avortement [12])
- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins
- Déficit immunitaire (*voir glossaire*, décision du médecin du centre)
- Enfants < 12 mois

.....
c Pour la population résidente, le plan de vaccination suisse ne recommande la vaccination contre la varicelle que pour les enfants non immuns, à partir de 11 ans.

2. Définitions

Définitions de cas

Cas de varicelle	Patient présentant les manifestations cliniques de la varicelle
Cas de zona	Patient présentant les manifestations cliniques du zona
Contacts probables ou avérés: varicelle	<p>Ne sont concernés que les contacts qui ont eu lieu pendant la période de contagiosité, soit 2 jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à la formation de croûtes sur / l'assèchement de toutes les lésions (soit généralement entre 5 et 7 jours)</p> <ul style="list-style-type: none">– Partage de la chambre– Personnes qui ont séjourné au moins une heure dans la même pièce que le cas suspect ou confirmé de varicelle– Exposition à des sécrétions nasales ou pharyngées (p. ex. contact corporel étroit) <p>S'il n'est pas possible d'identifier avec certitude les contacts dans le centre: ne pas hésiter, en cas de doute, à considérer les personnes comme des contacts possibles, y compris le personnel d'encadrement.</p>
Contacts possibles: varicelle	<ul style="list-style-type: none">– Résidents du même centre, mais pas de la même chambre– Contact furtif
Contacts probables ou avérés: zona	<ul style="list-style-type: none">– Uniquement les personnes qui ont eu un contact cutané direct avec la personne atteinte de zona (contrairement à la varicelle, le zona ne se transmet pas par voie aérienne)– Prendre des précautions en particulier pour les femmes enceintes non immunes et les personnes immunodéprimées



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas de varicelle

Isolement: aérosols^d

Objectif: séparer le cas de varicelle des personnes non immunes et affaiblies afin de les protéger de toute contamination

Mesures:

- logement en chambre individuelle jusqu'à assèchement de toutes les lésions (généralement 5 à 7 jours) **ou**
- logement dans un cercle familial étroit (dans la même pièce) jusqu'à l'assèchement de toutes les lésions, avec le moins de contacts possible avec les autres résidents du centre
- ATTENTION: les membres de la famille et les contacts non immuns placés en isolement avec le cas doivent y rester pendant 21 jours.
- mise à disposition de douches et de toilettes séparées. Si ce n'est pas possible, le cas de varicelle doit se doucher après tous les autres requérants (jusqu'à assèchement de toutes les lésions).

Masques Masque chirurgical^e

- le cas de varicelle lorsque celui-ci quitte, exceptionnellement, la chambre d'isolement
- les personnes non immunes également en isolement, lorsqu'elles quittent, exceptionnellement, la chambre d'isolement
- NB: Les personnes isolées n'ont pas besoin de porter un masque dans la chambre d'isolement.

Masque de protection FFP2

- le personnel d'encadrement non immun lorsqu'il se tient dans la même pièce que le cas de varicelle

Déclaration au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'enca- drement

- Déclaration du cas, par le personnel infirmier, au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement (*intervalle de temps voir point 4*)

Examens complé- mentaires

- Le diagnostic de varicelle est posé cliniquement sur la base de l'éruption caractéristique.
- La confirmation par le laboratoire n'est nécessaire que dans les cas douteux^f.

Traitement

Selon *point 1*

d Voir *mémento Isolement aérosols, chapitre 10.*

e Protection bucconasale

f Voir *point 1*

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts: varicelle

Identification dans les 24 heures, par le personnel infirmier, des contacts du cas de varicelle

Classement des personnes contacts selon les catégories « immunes » et « non immunes »

- Sont considérées comme **immunes** les personnes répondant *aux critères énumérés au point 1*
- Toutes les autres personnes sont considérées comme **non immunes**

En cas de doute, considérer la personne comme non immune

Contacts non immuns

Sérologie post-expositionnelle de la varicelle (IgG anti-varicelle) au plus tard dans les 24 heures chez les contacts non immuns (en particulier les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées)

- IgG anti-varicelle positives: → pas d'autres mesures nécessaires
- IgG anti-varicelle négative: → *poursuite des mesures post-expositionnelles* selon *point 3*

Vaccination post-expositionnelle

Dès que possible, de préférence dans les 3 jours, mais efficace encore jusqu'à 5 jours après l'exposition [7]

- 1 dose de vaccin monovalent contre la varicelle
- Il faudrait administrer une 2^e dose 4 à 6 semaines après la 1^e dose pour compléter la protection vaccinale. En cas de transfert, le personnel infirmier doit indiquer au personnel infirmier de l'autre centre qu'une 2^e dose est prévue. Un transfert ne constitue pas une contre-indication à la vaccination.

Contre-indications à la vaccination :

- Grossesse
 - NB : de manière générale, il n'est pas nécessaire de faire un test de grossesse avant la vaccination contre la varicelle; il suffit de demander oralement à la femme si elle pourrait être enceinte. Aucune atteinte fœtale n'a été observée chez les femmes enceintes vaccinées par mégarde [12].
- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins
- Personnes immunodéprimées (*voir glossaire*)
- Enfants < 12 mois

Immunoglobulines: immunoglobulines varicelle-zona (VZIG^g)

- Comme prophylaxie post-expositionnelle pour les contacts non immuns présentant un risque accru de complications et chez qui la vaccination est contre-indiquée, *voir tableau 1*
- Administration des immunoglobulines dans les 96 heures suivant l'exposition

^g Les VZIG sont des immunoglobulines, autrement dit des anticorps qui, chez la personne exposée, renforcent les défenses immunitaires contre le virus.

Exclusion des contacts (transmetteurs potentiels)

Pas d'exclusion de l'école, de la crèche ou du travail, mais évitement des contacts avec des personnes non immunes dans le centre et avec des personnes immunosupprimées ou non immunes en général pendant 21 jours (hormis en cas de prophylaxie post-expositionnelle dans les 72 heures ou d'immunoglobulines dans les 96 heures après l'exposition)

Interruption des transferts

- Interruption des transferts pour les **contacts probables ou avérés non immuns** pendant 21 jours (à compter du dernier contact avec le cas index)
- Interruption des transferts pour les **contacts possibles non immuns** pendant 21 jours (à compter du dernier contact avec le cas index) s'ils n'ont **pas** été vaccinés dans les 72 heures après l'exposition
- Les **contacts possibles** possibles non immuns qui ont été vaccinés dans les 72 heures suivant l'exposition peuvent être transférées.

Contacts immuns

- Pas de mesures particulières nécessaires
- Transferts dans d'autres centres possibles

Tableau 1
Dosage des immunoglobulines varicelle-zona (VZIG*)

(pour les contacts non immuns chez qui la vaccination est contre-indiquée)

Groupe de personnes	Traitement
Enfants immuno-déprimés séronégatifs < 12 ans	VZIG 12,5-25 UI/kg IV ou IVIG (immunoglobulines intraveineuses) 0,4 g/kg au maximum 96 heures après l'exposition
Contacts immuno-déprimés séronégatifs ≥ 12 ans	VZIG 0,2 ml/kg au maximum 96 heures après l'exposition
Femmes enceintes séronégatives	VZIG 0,2 ml/kg, soit 5 UI/kg IV ou IVIG 0,4 g/kg IV au maximum 96 heures après l'exposition
Nouveau-nés	administration de VZIG, s'il y a eu exposition avant ou immédiatement après la naissance (varicelle de la mère entre 5 jours avant et 2 jours après l'accouchement)

* Les VZIG sont des immunoglobulines, autrement dit des anticorps qui, chez la personne exposée, renforcent les défenses immunitaires contre le virus.

Procédure en présence d'un cas de zona

Déclaration au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement

- Déclaration du cas, par le personnel infirmier, au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement (*intervalle de temps: voir ci-dessous*)
- Déclaration du cas par le médecin du centre, dans les 24 heures, à la direction du centre

Isolement et protection buccale

L'isolement est nécessaire seulement si l'éruption ne peut pas être recouverte d'un pansement **hermétique** (puis comme pour un cas de varicelle). Sinon, il suffit que le personnel infirmier recouvre l'éruption locale par un pansement hermétique.

Le port d'un masque n'est pas nécessaire.

Les requérants ne devraient se doucher qu'une fois les lésions cicatrisées. Désinfecter la douche (même une fois les lésions cicatrisées) avec un désinfectant de surface / de l'alcool.

Mesures relatives à la vaisselle, aux couverts, au linge de corps et de lit → *voir rubrique Hygiène standard au chapitre 10*

Examens complémentaires

- Le diagnostic de zona est posé cliniquement sur la base de l'éruption caractéristique.
- La confirmation par le laboratoire n'est recommandée que dans les cas douteux^h

Thérapie

Selon *point 1*

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts: zona

Mesures post-expositionnelles

- Aucune mesure post-expositionnelle nécessaire dans l'entourage
- Exception: femmes enceintes et personnes immunosupprimées en contact **étroit** avec un cas de zona → procédure: *voir ci-dessus (contacts en présence d'un cas de varicelle)*

.....
h Voir point 1



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration du cas de varicelle ou de zona au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement
 - Cas de varicelle chez une personne < 16 ans: déclaration dans les 24 heures
 - Cas suspect de zona / cas de zona non compliqué: déclaration dans les 24 heures
 - Cas de varicelle chez une personne > 16 ans: déclaration dans les 12 heures
 - Cas de zona chez une personne immunodéprimée: déclaration dans les 12 heures
 - Cas de varicelle avec symptômes respiratoires (suspicion de pneumonie varicelleuse), immunodépression ou grossesse: déclaration dans les 2 heures
 - Cas de zona avec atteinte du visage (surtout région des yeux, «zona ophtalmique»): déclaration immédiate au plus tard dans les 2 heures
 - Établissement dans les 24 heures d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et le personnel d'encadrement
 - Classification des contacts selon les catégories «immunes» et «non immunes»
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin du centre
 - Inscription de l'administration de la 1^{re} dose de vaccin dans le dossier des personnes qui l'ont reçue et indication de la date prévue pour la 2^e dose, qui devrait être administrée 4 à 6 semaines plus tard (pour compléter la protection vaccinale).
-

Direction du centre et direction de l'encadrement, P&A

- Information des collaborateurs du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
- Coordination des admissions et des transferts

Médecin du centre

- Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le personnel infirmier
 - Décision quant à la suite de la procédure pour les cas particulièrement à risque (éventuellement envoi à un spécialiste ou hospitalisation)
 - Déclaration au médecin cantonal nécessaire dès le premier cas
 - Information de la direction du centre quant au cas de varicelle ou de zona, et interruption des admissions et des transferts (selon *point 5*) aussi vite que possible, au plus tard dans les 12 heures
-

Médecin cantonal

- Le médecin cantonal décide, en présence d'une flambée de cas, de prendre des mesures supplémentaires et d'informer l'OFSP, ainsi que, au besoin, les autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population.



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

Cas de varicelle

Interruption des admissions dans le centre pour les personnes non immunes, en particulier celles qui présentent un risque particulier (femmes enceintes, personnes immunodéprimées)

Cas de zona

- Pas d'interruption des admissions dans le centre
- Les personnes particulièrement à risque (femmes enceintes, personnes immunodéprimées) doivent éviter les contacts étroits avec le malade.

Transferts

Cas de varicelle

Pas de transfert dans d'autres centres jusqu'à assèchement de toutes les lésions (généralement 5 à 7 jours après l'apparition des dernières vésicules) – décision du médecin du centre

Cas de zona

Si l'isolement n'est pas nécessaire au sens du *point 3*, un transfert est possible.

Contacts non immuns Cas de varicelle

Interruption des transferts pendant 21 jours (à compter des mesures post-expositionnelles)

Cas de zona

Transfert possible

Contacts immuns

Transfert possible lors des cas de varicelle et de zona



6. Informations pour les résidents du centre

Varicelle

Informations sur la varicelle à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement :

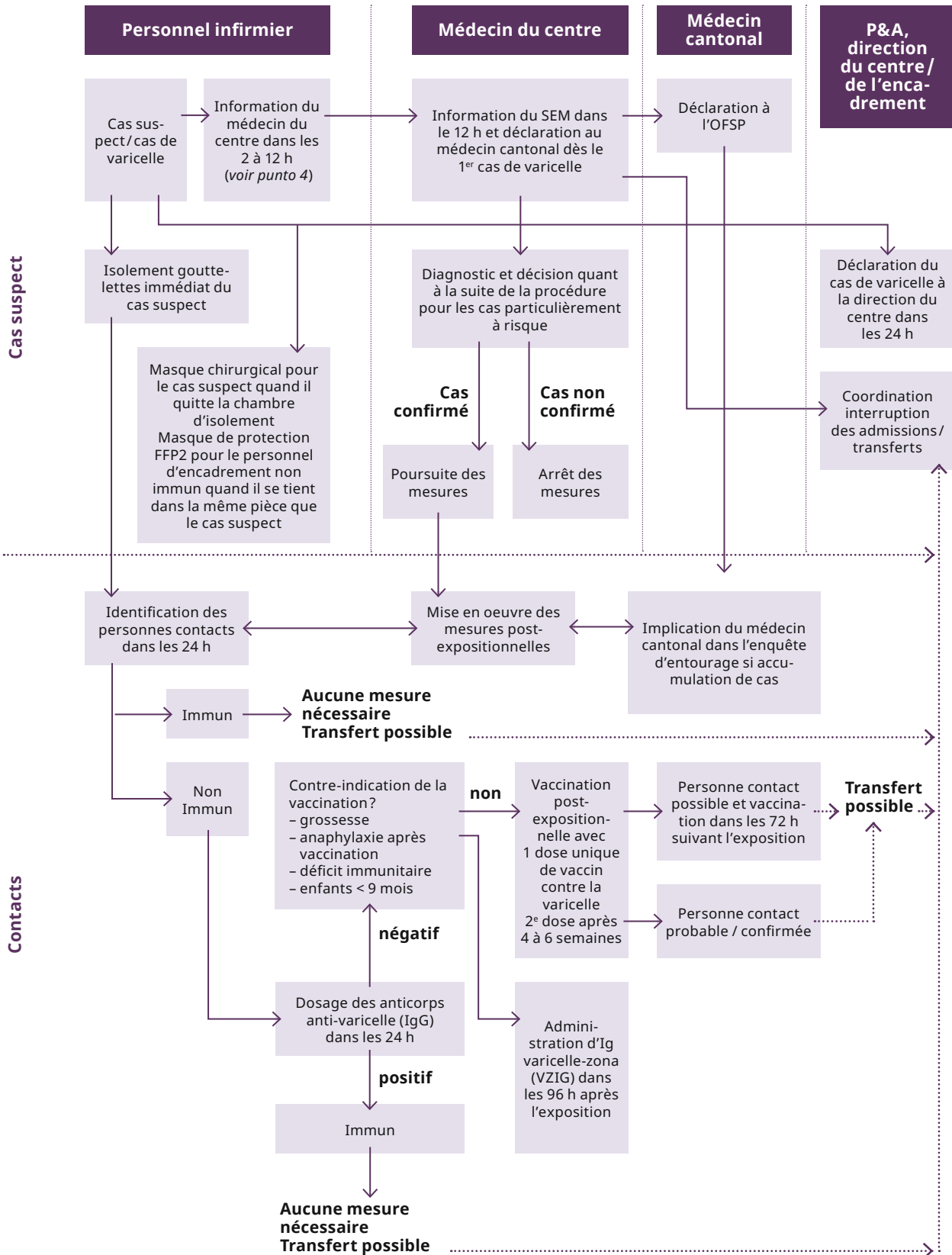
- Actuellement, il y a dans le centre des personnes qui ont la varicelle.
- Il faut donc prendre quelques mesures spéciales pour éviter la propagation de la maladie.
- La varicelle est une maladie très contagieuse qui se transmet par l'air. En général, elle évolue sans problème, surtout chez les enfants, mais elle peut parfois (rarement) engendrer des complications graves.
- Pour éviter la contamination, les malades portent un masque quand ils sont en contact avec d'autres personnes. Si possible, il faudrait éviter d'être en contact avec eux tant qu'ils sont contagieux (c'est-à-dire tant que des croûtes ne sont pas apparues sur les lésions).
- Pour éviter de tomber malade, on peut se faire vacciner.
- Toute personne qui a remarqué une éruption ou des petits boutons rouges qui démangent, ou qui ont mal à la tête et aux membres, doit le signaler le jour même au personnel infirmier.

Zona

Des informations sur le zona dans le centre ne sont nécessaires que s'il faut isoler le patient. Elles sont alors identiques à celles données pour la varicelle, *voir ci-dessus*.



7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de varicelle



8. Bibliographie

1. Varicelle & Zona. Office fédéral de la santé publique. Site web : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/windpocken.html>. Etat: septembre 2018.
2. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand: Oktober 2015. Site web : https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
3. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
4. Kempf W, Meylan P, Gerber S et al. Schweizer Empfehlungen für das Management der Varicella-Zoster-Virus-Infektion. Schweizer Med Forum. 2007; 7 : 895–905.
5. Liyange NP, Fernando S, Malavige GN et al. Seroprevalence of varicella zoster virus infections in Colombo district, Sri Lanka. Indian J Med Sci. 2007 Mar; 61(3): 128–34.
6. Toikkanen SE, Baillot A, Dreesman J et al. Seroprevalence of Antibodies against Measles, Rubella and Varicella among Asylum Seekers Arriving in Lower Saxony, Germany, November 2014–October 2015. Int J Environ Res Public Health. 2016 Jun 30; 13(7).
7. Lopez A, Marin M. Strategies for the Control and Investigation of Varicella Outbreaks 2008. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. Website: <https://www.cdc.gov/chickenpox/outbreaks/manual.html#2d3>. Stand Mai 2017.
8. Asile : statistiques du premier trimestre 2017. Secrétariat d'Etat aux migrations SEM. Etat: mai 2017. Site web : <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/2017/stat-q1-2017-kommentar-f.pdf>.
9. Ghebrekidan H, Rudén U, Cox S et al. Prevalence of herpes simplex virus types 1 and 2, cytomegalovirus, and varicella-zoster virus infections in Eritrea. Journal of Clinical Virology 12 (1999) 53–64.
10. Christiansen D, Barnett E. Comparison of varicella history with presence of varicella antibody in refugees. Vaccine 22 (2004) 4233–4237.
11. Leung J, Lopez A et al. Seroprevalence of varicella-zoster virus in five US-bound refugee populations. J Immigr Minor Health. 2015 February; 17(1):310–313.
12. Wilson E, Mary MA, Marin M et al. Varicella Vaccine Exposure during Pregnancy: Data from 10 Years of the Pregnancy Registry. J Infect Dis 2008; 197 (Supplement_2): S178-S184.
13. De Valliere S, Cani N et al. Comparison of two strategies to prevent varicella outbreaks in housing facilities for asylum seekers. Int J Infect Dis. 2011 Oct; 15(10): e716–21.

7

Directive Diphtérie

1. Fiche diphtérie

Agent pathogène

Corynebacterium diphtheriae, différentes souches, dont certaines peuvent produire des toxines. Celles-ci sont responsables de la majorité des complications et des décès.

Tableau clinique

Diphtérie cutanée

- Ulcère cutané ouvert qui ne guérit pas avec le temps. Peut avoir des aspects très divers, car la diphtérie cutanée peut se développer sur toutes sortes de lésions ou maladies de peau préexistantes, mais aussi sur la peau saine (plaies post-opératoires, ulcères chroniques, gale, dermatite et infections).
- Souvent au niveau des jambes
- Parfois formation d'un enduit gris-blanchâtre (pseudo-membranes)
- Souvent douloureux les 1 à 2 premières semaines, puis indolore
- Il n'est pas rare que la diphtérie cutanée ne s'accompagne pas de symptômes généraux tels que fatigue, abattement ou fièvre.

Diphtérie respiratoire

La diphtérie respiratoire peut se manifester d'abord comme une simple angine. Elle touche aussi les muqueuses du tractus respiratoire supérieur (nez, amygdales, larynx et pharynx), ainsi que, rarement, la muqueuse oculaire (conjonctive), vaginale ou auriculaire.

Symptômes

- fièvre, difficulté à avaler et maux de gorge, associés à des adénopathies souples et une tuméfaction nette du cou / de la gorge (aspect « en cou de taureau »)
L'obstruction des voies respiratoires est possible au cours de la maladie.
- On trouve sur les amygdales un enduit blanc-grisâtre asymétrique (pseudo-membranes) qui peut s'étendre jusque dans le pharynx et ainsi provoquer des difficultés respiratoires et de la toux. L'ablation de l'enduit entraîne des saignements.
- Diphtérie nasale: écoulement sanglant ou purulent unilatéral ou bilatéral
- La toxine diphtérique peut parvenir dans l'ensemble de l'organisme (environ 1 semaine après l'apparition de la maladie) et ainsi entraîner une évolution grave (atteinte du cœur [myocardite], du foie, des reins ou des nerfs moteurs). Des complications neurologiques sont également possibles (polyneuropathie).
- Le risque d'évolution grave est particulièrement élevé chez les enfants < 5 ans et les personnes âgées.

Attention: la vaccination protège des effets de la toxine, mais pas de la colonisation par les bactéries de la diphtérie. En particulier, les personnes complètement vaccinées peuvent contracter une diphtérie cutanée due à une souche de *C. diphtheriae* non toxigène.

Épidémiologie

Répandue dans le monde entier. En Suisse, grâce à la vaccination, un seul cas de diphtérie respiratoire a été observé depuis 1983 (en 2017). La diphtérie, surtout cutanée, est plus souvent présente dans les pays tropicaux. Elle est encore endémique notamment dans les pays suivants : Somalie, Éthiopie, Érythrée, Afghanistan, Bangladesh, Cambodge, Chine, Inde, Sri Lanka, Indonésie, Malaisie, Népal, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Thaïlande et Vietnam.



Période d'incubation

Normalement 2 à 5 jours, parfois plus



Voies de transmission

Contact avec une personne malade (transmission par gouttelettes et par souillure) ou avec des porteurs asymptomatiques, qui parfois éliminent aussi la bactérie infectieuse. La diphtérie cutanée semble nettement plus contagieuse que la diphtérie respiratoire [6].



Période durant laquelle le malade est contagieux

Le patient est déjà contagieux 7 jours avant l'apparition des symptômes et jusqu'à ce que la lésion (au niveau du pharynx ou de la peau) ou l'écoulement nasal aient disparu. Généralement 2 semaines, parfois moins, mais rarement plus de 4 semaines pour la diphtérie respiratoire



Diagnostic

Diphthérie cutanée

Prélèvement (ou mieux biopsie) de la lésion cutanée pour culture bactériologique générale et spécifique à la bactérie diphthérique, plus PCR pour la détection de la toxine^a

Si l'on détecte des bactéries diphthériques dans le frottis cutané, il faudrait également pratiquer un prélèvement au niveau du nez et du pharynx/des amygdales.

Si la culture à partir de la lésion est négative (p. ex. à cause d'une antibiothérapie antérieure) → dosage des anticorps anti-diphthériques dans le sérum. Dans ce cas, les éléments suivants constituent des signes possibles de diphthérie cutanée chez le patient index présentant des lésions cutanées :

- PCR positive pour la toxine diphthérique à partir de la lésion **ou**
- culture de *C. diphtheriae* positive chez un contact.

Diphthérie respiratoire

Hospitalisation recommandée pour les examens complémentaires



Traitement

Diphthérie cutanée

- Antibiothérapie selon *tableau 1*
- Ne pas administrer d'antitoxine chez les patients en bon état général. En présence de signes généraux, hospitalisation pour les examens complémentaires et le traitement.
- Compléter la vaccination (*voir Vaccination post-expositionnelle*), car, après avoir eu la diphthérie, les patients ne sont pas toujours immuns contre une nouvelle infection diphthérique.

Diphthérie respiratoire

- Hospitalisation en vue du traitement

Compléter la vaccination (*voir Vaccination post-expositionnelle*), car, après avoir eu la diphthérie, les patients ne sont pas toujours immuns contre une nouvelle infection diphthérique.

.....
a Demander explicitement la culture; pour la mise en évidence de la bactérie, la PCR permet de détecter la toxine (la plupart des laboratoires la font systématiquement).



Pourquoi la diphtérie est-elle importante ?

La diphtérie peut se manifester sous deux formes : la diphtérie cutanée et la diphtérie des voies aériennes supérieures. La diphtérie cutanée touche la peau (infection de contact), la diphtérie respiratoire les voies aériennes supérieures (infection par gouttelettes).

L'agent pathogène peut produire une toxine susceptible d'entraîner des complications graves (notamment myocardite, atteintes rénales, hépatiques et nerveuses, décès).

La diphtérie est contagieuse, mais on peut éviter la contamination des contacts et l'apparition de la maladie chez celles-ci en prenant rapidement des contre-mesures.

En Suisse, la diphtérie a pratiquement disparu grâce à la vaccination.

La diphtérie est encore assez fréquente dans certains pays d'origine des requérants d'asile.

- Quelques cas sporadiques de diphtérie cutanée chez les requérants en Suisse depuis 2010
- Un seul cas de diphtérie respiratoire en 2017, le premier depuis 1983

Dans les deux formes de diphtérie, lorsqu'elles sont dues à des souches productrices de toxine, l'administration rapide de l'antidote permet de réduire considérablement la mortalité, raison pour laquelle il est important de diagnostiquer et de traiter immédiatement la maladie.

Seuil d'intervention : un cas suspect de diphtérie = mise en œuvre urgente de la présente directive

- Si le cas suspect de diphtérie est confirmé → poursuite des mesures
- Si le cas suspect de diphtérie n'est pas confirmé → arrêt des mesures (décision du médecin du centre)



Personnes à risque

Le risque de complications est accru pour :

- les enfants < 5 ans
- les personnes âgées



Mesures préventives : vaccination

- Il existe un vaccin contre la diphtérie qui protège efficacement contre les effets de la toxine (auxquels sont dus la plupart des complications et des décès).
- NB : les bactéries de la diphtérie ne produisent pas toutes des toxines. Le vaccin antidiphtérique ne protège pas de l'infection par l'agent pathogène, mais seulement de la toxine → une personne ayant reçu une vaccination complète peut donc être porteuse de bactéries (mise en évidence possible dans le pharynx, p. ex.) et présenter une diphtérie cutanée ou respiratoire (avec des symptômes ressemblant à ceux d'une simple pharyngite, p. ex.).

Personnes vaccinées

- Personnel du centre et requérants : sont considérées comme ayant reçu une vaccination complète les personnes ayant eu :
 - la vaccination de base selon le plan de vaccination suisse,
 - puis des rappels tous les 10 ans (âge ≤ 25 ou ≥ 65 ans) ou tous les 20 ans (âge 25–64 ans).^b

Personnes non vaccinées

- Le vaccin est recommandé aux personnes non vaccinées :
 - Vaccination de base avec 3 doses (y compris doses administrées auparavant) à 0, 2 et 8 mois
 - Ensuite, rappels entre 4 et 7 ans puis entre 11 et 15 ans
 - Rappels à l'âge adulte : recommandés tous les 10 ans (âge ≤ 25 ou ≥ 65 ans) ou tous les 20 ans (âge 25–64 ans)

Contre-indications à la vaccination :

- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins

Précautions à prendre pour la vaccination :

- Repousser la vaccination en cas de maladie aiguë grave

.....

^b Voir chapitre 3 Recommandations en matière de vaccinations.

2. Définitions

Définitions de cas

Cas suspect de diphtérie	Patient présentant les manifestations cliniques de la diphtérie, mais sans confirmation par le laboratoire (ou en attente de confirmation)
Diphtérie respiratoire	Pathologie aiguë des voies aériennes supérieures et au moins un des deux symptômes suivants: <ul style="list-style-type: none">– croup (toux aboyante, stridor inspiratoire [sifflement à l'inspiration] et enrouement) ou– membrane adhérente (qui souvent saigne quand on l'enlève) dans au moins l'une des zones suivantes: amygdale, pharynx ou nez
Diphtérie cutanée	Plaie guérissant mal, en particulier en présence de pseudomembranes
Cas de diphtérie (respiratoire ou cutanée)	Patient présentant les manifestations cliniques d'une diphtérie (<i>voir ci-dessus</i>) avec confirmation par le laboratoire (multiplication en culture; PCR pour déterminer le gène responsable de la production de toxine: souches tox+ de <i>C. diphtheriae</i>)
Contacts probables et avérés	Contact avec le cas index (du 7 ^e jour avant l'apparition des symptômes jusqu'à l'isolement)
Diphtérie respiratoire	<ul style="list-style-type: none">– partage de la chambre– personnes ayant séjourné dans la même pièce– personnes qui se sont entretenues avec le malade (amis, visiteurs, personnel)
Diphtérie cutanée	<ul style="list-style-type: none">– contact avec la plaie du malade durant les 7 derniers jours– personnes partageant la même chambre– toutes les personnes qui ont participé au soin de la plaie
Contacts possibles Diphtérie respiratoire et diphtérie cutanée	Personnes résidant dans le même centre

S'il n'est pas possible d'identifier avec certitude les contacts dans le centre: ne pas hésiter, en cas de doute, à considérer les personnes comme des contacts possibles, y compris le personnel d'encadrement.



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé de diphtérie cutanée

Isolement:

Gouttelettes et contact

Prélèvement pharyngé pour mise en évidence de la diphtérie

- Si prélèvement pharyngé **positif**:
 - Poursuite de l'isolement gouttelettes et de l'isolement contact^c (hospitalisation si l'isolement n'est pas possible)
 - Logement en chambre individuelle **ou** dans un cercle familial restreint (dans la même pièce) avec le moins de contacts possibles avec les autres résidents du centre
- Durée de l'isolement: après la fin de l'antibiothérapie, il faut que 2^e échantillons prélevés à 24 heures d'intervalle soient négatifs pour que l'on puisse mettre fin à l'isolement (isolement au moins 4 jours à compter du début du traitement)
- Mise à disposition de douches séparées. Si ce n'est pas possible, le cas suspect ou confirmé doit se doucher après tous les autres requérants.
- Exclusion du cas suspect ou confirmé de diphtérie de l'école, de la crèche ou du travail jusqu'à la fin de l'isolement
- Si prélèvement pharyngé **négatif**:
 - Levée des mesures d'isolement gouttelettes
 - Levée des mesures d'isolement contact à condition que tout contact avec plaie puisse être prévenu
 - Si tout contact avec la plaie ne peut pas être exclu, poursuite de l'isolement contact (douche séparée, exclusion de l'école / de la crèche / du travail) 48 heures après le début d'une antibiothérapie adéquate
 - Lors des changements de pansements, appliquer les mesures de précautions contact (personnel infirmier)

Masques

Masque chirurgical

Pour le cas suspect ou confirmé en isolement gouttelettes: lorsque celui-ci quitte, exceptionnellement, la chambre d'isolement

- NB: le cas suspect ou confirmé ne porte pas de masque dans la chambre d'isolement

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement

- Déclaration dans les plus brefs délais, par le personnel infirmier, du cas suspect ou confirmé de diphtérie cutanée à la direction du centre et à celle de l'encadrement
- Déclaration par le personnel infirmier, dans les plus brefs délais, dans les 12 heures au maximum, du cas suspect ou confirmé au médecin du centre
- Déclaration dans les 24 heures, par le médecin du centre, du cas suspect ou confirmé au médecin cantonal
- Déclaration dans les 24 heures, par le médecin du centre, du cas suspect ou confirmé au SEM

Examens complémentaires

- Ne pas hésiter à faire des prélèvements au niveau de la plaie.
- Confirmation par le laboratoire dans les plus brefs délais^d du cas suspect par le médecin du centre

Traitement

- Selon *point 1 et tableau 1*

^c Voir chapitre 10, Isolement gouttelettes et isolement contact.

^d Voir point 1

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé de diphtérie respiratoire

Isolement: Gouttelettes^e

Objectif: séparer le cas suspect ou confirmé des personnes en bonne santé afin de protéger ces dernières d'une contamination

Masques Masque chirurgical

Pour le cas suspect ou confirmé, lorsque celui-ci quitte, exceptionnellement, la chambre d'isolement

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement

Déclaration par le personnel infirmier du cas suspect ou confirmé dans les plus brefs délais, au plus tard dans l'heure qui suit, au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement, et déclaration au médecin cantonal par le médecin du centre

Examens complémentaires / traitement

- **Hospitalisation** immédiate (dans l'heure qui suit) du cas suspect ou confirmé par ambulance en vue des examens complémentaires et du traitement
- Le malade devrait de préférence rester hospitalisé jusqu'à la fin de l'isolement.

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts d'un cas suspect ou confirmé de diphtérie respiratoire ou de diphtérie cutanée

NB: n'appliquer cette procédure que si des bactéries productrices de toxine ont été mises en évidence chez le cas index.

Identification des contacts, dans les 24 heures, par le personnel infirmier Prélèvement nasal/pharyngé

- Chez les contacts (indépendamment du statut vaccinal), prélèvement nasal et pharyngé pour mise en culture et la recherche de *C. diphtheriae*
- Observation des contacts pendant 7 jours à partir du diagnostic du premier cas (l'isolement des contacts n'est pas nécessaire)
- Si le prélèvement nasal/pharyngé est positif, traiter cette personne comme un cas de diphtérie cutanée ou respiratoire et prendre les mesures conformément *au point 3* (notamment isolement et identification des contacts)

Traitement antibiotique prophylactique

- Indépendamment du statut vaccinal, antibiothérapie selon *tableau 1*
- L'antibiothérapie est également recommandée aux porteurs asymptomatiques, autrement dit pour les personnes ayant un prélèvement positif, mais pas de symptômes.
- Les personnes qui ne veulent pas de prophylaxie doivent rester sous observation pendant 7 jours et être traitées si des symptômes de diphtérie apparaissent.

^e Voir *mémento Isolement gouttelettes*, chapitre 10.

Vaccination post-expositionnelle^f

- Les personnes dont la dernière dose remonte à > 5 ans doivent recevoir un rappel.
- Pour les personnes sans attestation de vaccination : vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite IM
 - ≥ 8 ans: dTpa-IPV, 3 doses à 0, 2 et 8 mois ; seule la 1^{ère} dose avec la composante coqueluche, puis DT-IPV
 - < 8 ans: DTPa-IPV, 3 doses à 0, 2 et 8 mois

Tableau 1

Diphthérie: antibiothérapie en cas de maladie et prophylaxie post-exposition des contacts

Cas symptomatiques	
1 ^{er} choix: amoxicilline IV 3 g/jour en 3 doses à 1 g PO ou IV pour 14 jours	
2 ^e choix: érythromycine IV 3–4 g/jour 3 doses à 1 g ou PO 2–3 g/jour en 2–3 doses pendant 14 jours	
3 ^e choix: clarithromycine 1 g/jour en 2 doses à 500 mg PO pendant 14 jours	
plus antitoxine diphtérique ^g en cas de diphtérie respiratoire (pharynx ou amygdales) ou de signes généraux	
plus compléter la protection vaccinale après le traitement	
Prophylaxie post-exposition des contacts et des porteurs asymptomatiques [11]	
≥ 6 ans	Vaccination de rappel contre la diphtérie ET 1 ^{er} choix: amoxicilline PO 3 g/jour en 3 doses pendant 7 jours 2 ^e choix: azithromycine PO 500 mg/jour dose unique pendant 3 jours 3 ^e choix: érythromycine PO 2–3 g/jour en 2–3 doses pendant 7 jours
< 6 ans	Vaccination de rappel contre la diphtérie ET 1 ^{er} choix: amoxicilline PO 100 mg/kg/jour en 3 doses 2 ^e choix: azithromycine PO 20 mg/kg/jour dose unique 3 ^e choix: érythromycine PO 30–50 mg/kg/jour en 2–3 doses

Exclusion des contacts

- Les contacts sont exclus de l'école, de la crèche ou du travail **pendant 2 jours après le début de la chimioprophylaxie**

Interruption des transferts

- Les contacts **peuvent être transférés 2 jours** après le début d'une chimioprophylaxie et/ou d'une vaccination post-expositionnelle.
- Le centre dans lequel le contact est transféré est informé par écrit de l'exposition à un cas suspect ou confirmé de diphtérie et des mesures prises.

^f Contrairement à la varicelle et à la rougeole, la vaccination post-expositionnelle n'a aucun effet prophylactique en cas de diphtérie.
^g L'antitoxine est gérée par la pharmacie de l'armée, auprès de qui on peut la commander [11].



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration du cas suspect ou confirmé au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement
 - Cas suspect ou confirmé de diphtérie cutanée: déclaration dans les 12 heures
 - Cas suspect ou confirmé de diphtérie respiratoire: déclaration dans l'heure qui suit
 - Établissement dans les 24 heures d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et l'encadrement
 - Contrôle du statut vaccinal des contacts
 - Si la chimioprophylaxie des contacts ou l'antibiothérapie du malade (selon *tableau 1*) n'est pas terminée avant le transfert, l'indiquer dans le dossier afin de garantir que ledit traitement soit terminé dans le centre de destination.
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin du centre et le médecin cantonal
-

Direction du centre et direction de l'encadrement, P&A

- Information du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Coordination des admissions et des transferts
-

Médecin du centre

- Déclaration nominale dans les 24 heures du cas suspect ou confirmé au médecin cantonal
 - Information du SEM et interruption des admissions et des transferts (selon *chapitre 5*) dans les 24 heures
 - Analyses de laboratoire pour le cas suspect
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin cantonal et le personnel infirmier
-

Médecin cantonal

- Coordination de l'enquête d'entourage et des mesures post-expositionnelles
- Responsabilité de la communication avec l'OFSP et, au besoin, avec d'autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

Interruption des admissions jusqu'à ce que les mesures post-expositionnelles soient terminées

Transferts

Cas suspect ou confirmé de diphtérie

Pas de transfert dans d'autres centres jusqu'à la fin de l'isolement (*voir point 3*)

Contacts

Transfert possible 2 jours après le début de la chimioprophylaxie si le prélèvement est négatif



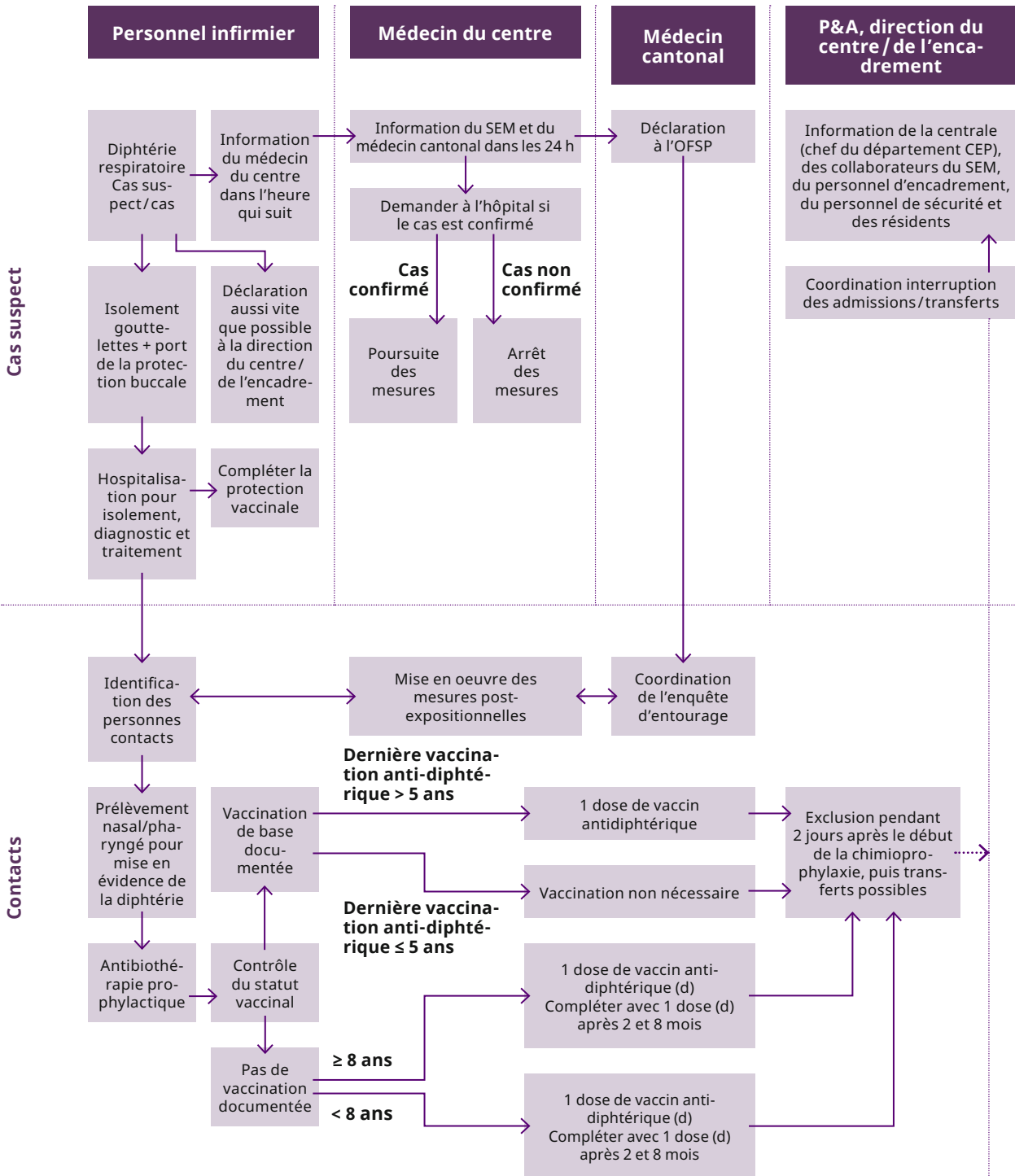
6. Informations pour les résidents du centre

Informations sur la diphtérie à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement :

- Actuellement, il y a dans le centre des personnes qui ont la diphtérie, une infection dangereuse de la gorge et des voies respiratoires.
- Il faut donc prendre des mesures spéciales pour éviter sa propagation.
- La diphtérie est une maladie contagieuse qui se transmet par les gouttelettes que le malade émet quand il tousse ou par contact avec la plaie. La diphtérie qui touche la gorge ou les voies respiratoires peut être très grave, tandis que celle qui touche la peau est en général moins grave.
- Pour éviter que les contacts tombent malades, il faut les traiter par des antibiotiques et éventuellement les vacciner.
- Toute personne qui a de la fièvre, mal à la gorge, des ganglions enflés, des difficultés à respirer ou une plaie sur la peau doit le signaler le jour même au personnel infirmier.

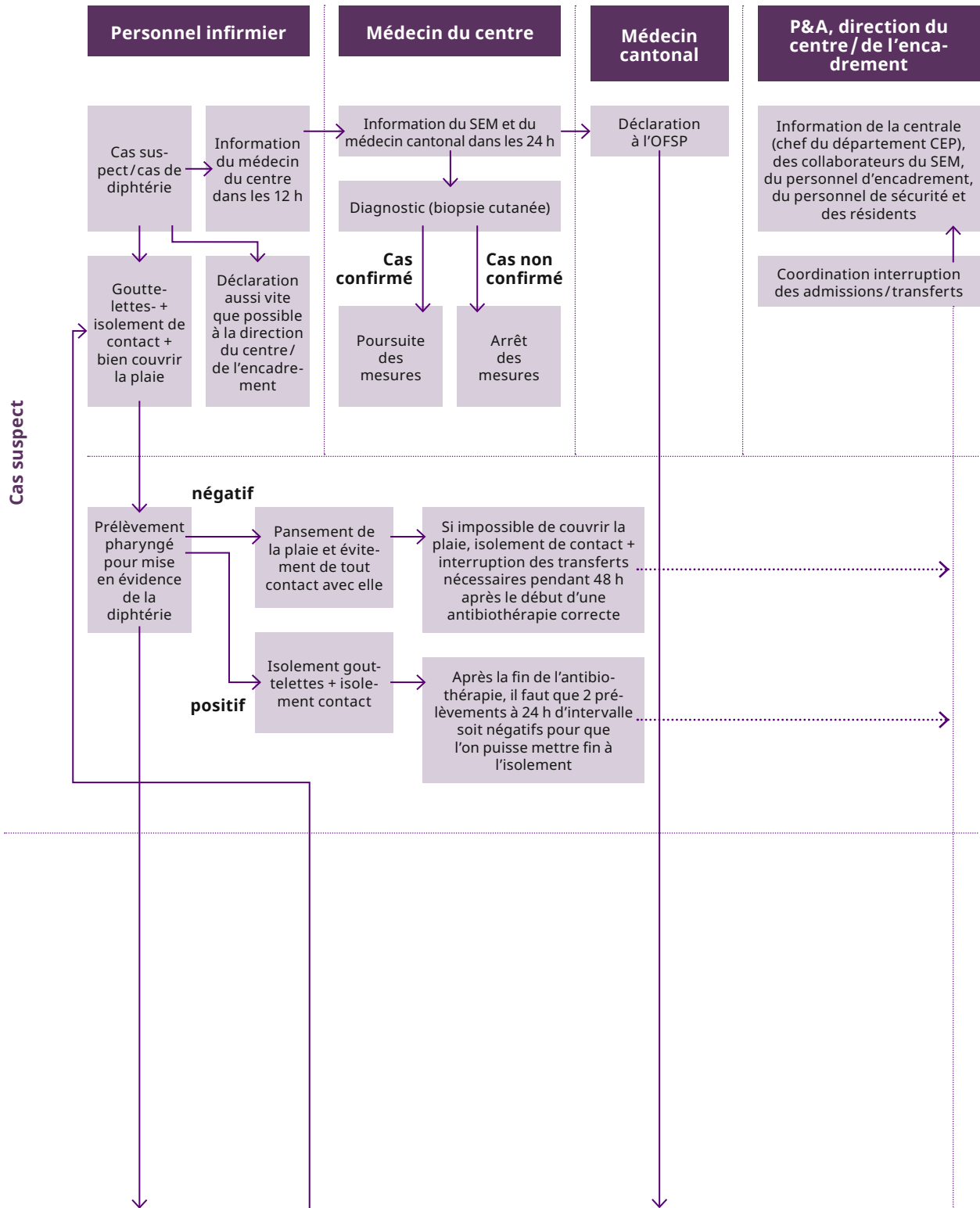


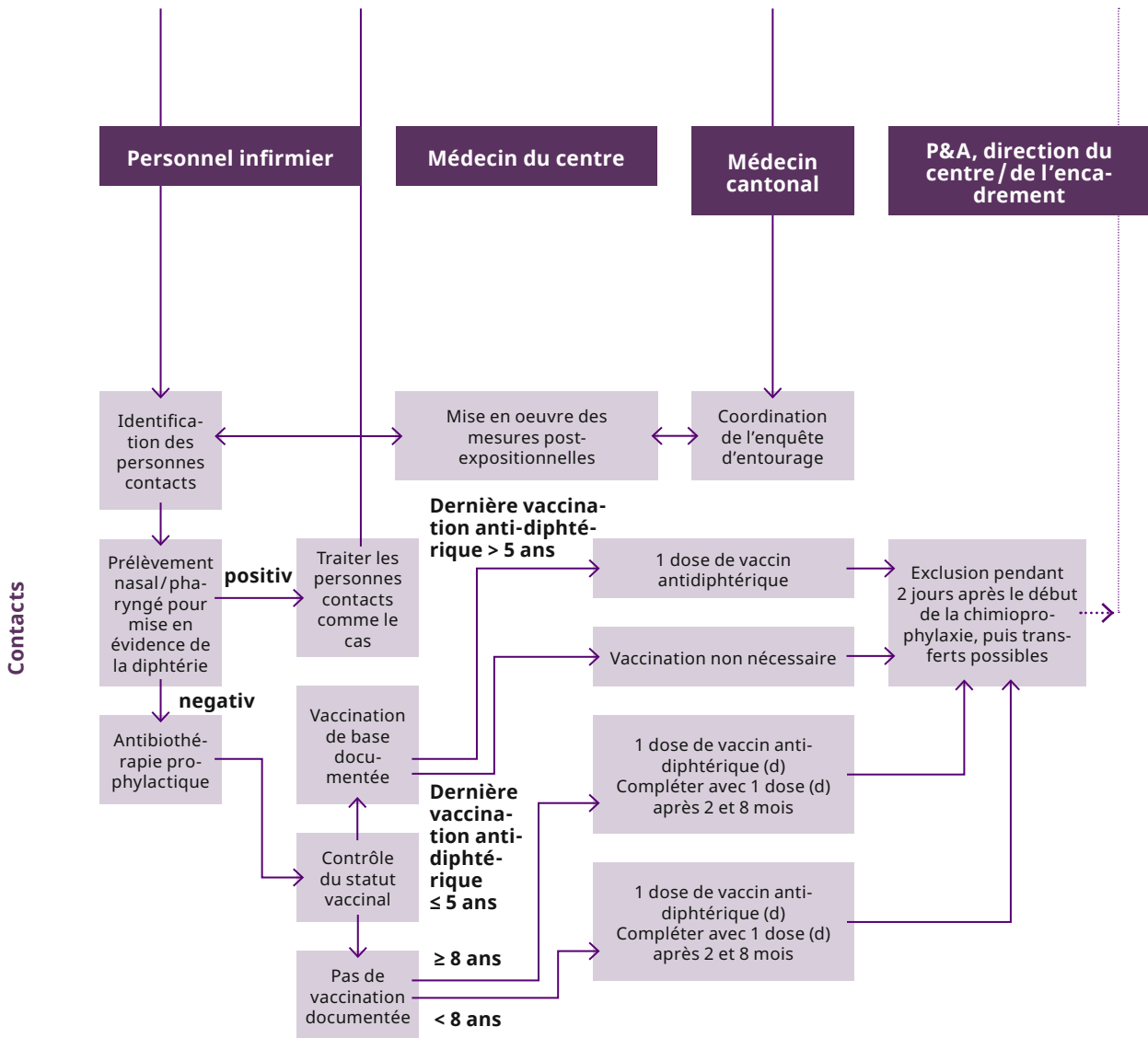
7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de diphtérie respiratoire





7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de diphtérie cutanée





8. Bibliographie

1. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand: Oktober 2015. Site web: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
2. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
3. Diphthérie. Office fédéral de la santé publique OFSP. Etat septembre 2018. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/diphtherie.html>.
4. Tarr P, Notter J et al. Impfungen bei erwachsenen Flüchtlingen. Swiss Medical Forum. 2016; 16 (49–50): 1075–1079.
5. Reynolds G, Saunders H et al. Public Health Action following an outbreak of toxigenic cutaneous diphtheria in an Auckland Refugee Resettlement Centre. CDI Vol 40 No 4 2016 E475.
6. Koopman JS, Campbell J. The Role of cutaneous diphtheria infections in a diphtheria epidemic. J Infect Dis. 1975 Mar; 131(3): 239–44.
7. Diphtheria Guidelines Working Group. Public health control and management of diphtheria (in England and Wales): interim guidelines. London. March 2015. Site web: <https://www.gov.uk/government/publications/diphtheria-public-health-control-and-management-in-england-and-wales>.
8. Borelli S und Lautenschlager S. Hauterkrankungen bei Flüchtlingen. Swiss Medical Forum. 2015; 15 (50–51): 1174–1175.
9. Centres for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. In: W Atkinson, S Wolfe, J Hamborsky (Eds.) 12th ed. Public Health Foundatio: Centers for Disease Control and Prevention, Washington DC; 2012.
10. Infonotiz zur Diphtherie in der Schweiz. Office fédéral de la santé publique OFSP. Site web: <https://www.guidelines.ch/file/get/p/1361/f/bas-150630-diphtherie-infonotiz-epi-ib-d-final.pdf>.
11. Diphtherie: Empfehlungen des BAG für die Behandlung eines Falles und die Verhütung der Verbreitung in der Schweiz – (manuscrit non publié)



Directive
Gale

1. Fiche gale

Agent pathogène

Sarcopte (*Sarcoptes scabiei*)

Tableau clinique

- Légères brûlures cutanées, prurit (souvent plus marqué la nuit que le jour), apparition d'une éruption avec vésicules et papules (taches surélevées), souvent rougeurs et lésions de grattage. NB: le prurit et l'éruption cutanée ne sont pas toujours présents.
- Typiquement, éruption sur les mains (surtout entre les doigts), les poignets, dans l'aîne, sur les fesses et les parties génitales
- Chez l'enfant, contrairement à l'adulte, la gale touche souvent la tête, le cou, la paume des mains et la plante des pieds.
- Des sillons sous la surface cutanée, pouvant mesurer jusqu'à 2,5 cm de long, sont caractéristiques, mais rarement visibles.
- Les personnes immunodéprimées peuvent présenter une éruption squameuse et croûteuse sur l'ensemble du corps (ressemblant au psoriasis), appelée « gale croûteuse » (ou norvégienne). Souvent peu ou pas de prurit. Cette forme est très contagieuse.
- Complications: surinfection bactérienne cutanée

Épidémiologie

Répandue dans le monde entier, endémique surtout dans les pays tropicaux. Touche principalement les personnes vivant dans de mauvaises conditions socio-économiques et d'hygiène, surtout en cas de promiscuité (camps de guerre, centres d'accueil de réfugiés, hôpitaux, cliniques psychiatriques, homes, etc.)



Période d'incubation

Premiers symptômes (prurit) 2 à 6 semaines après la première contamination; lors de contaminations répétées, le prurit apparaît déjà dans les 48 heures.



Voies de transmission

Surtout contact corporel direct (en embrassant, en se blottissant contre quelqu'un, en jouant ou en ayant des contacts sexuels), mais également par des objets inanimés (tels que linge de lit, peluches, sous-vêtements), possible surtout pour la gale croûteuse



Période durant laquelle le malade est contagieux

Contagieux dès le moment de l'infection (NB: ce qui peut être le cas plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes) jusqu'à 24 heures après un traitement efficace



Diagnostic

En cas de suspicion clinique de gale, initier le traitement le plus rapidement possible sans faire d'examen complémentaires afin d'interrompre la transmission

En cas de doute, le diagnostic est dermatologique:

- mise en évidence au microscope de sarcoptes et d'œufs à partir d'un frottis de la peau
- mise en évidence de sillons à la dermoscopie



Traitement

- 1^{er} choix: ivermectine (Stromectol)^a:
 - 0,2 mg/kg de poids PO
 - Préférer le traitement oral en l'absence de contre-indications pour des raisons pratiques
 - Répétition après 2-3 semaines
 - Contre-indiqué chez les femmes enceintes et allaitantes et les enfants < 15 kg
- 2^e choix: perméthrine crème à 5%
 - 1^{er} choix chez les femmes enceintes et les enfants < 15 kg
 - Appliquer généreusement la crème sur tout le corps (sauf le visage et les muqueuses) puis rincer au bout de 8 à 12 heures (au bout de 2 heures seulement chez les femmes enceintes)
 - Répétition après 1-2 semaines
- Envisager un traitement hospitalier en présence d'une gale croûteuse ou d'un déficit immunitaire, car dans ces cas un traitement prolongé et l'isolement sont souvent nécessaires.
- NB: le prurit persiste parfois après 2 à 4 semaines de traitement.
- Il n'est pas nécessaire de faire un test de grossesse avant d'administrer l'ivermectine; il suffit de poser la question oralement. Les études n'ont pas mis en évidence un risque de fausses couches ou de malformations en cas d'administration de l'ivermectine par mégarde à des femmes enceintes [10].

.....
a Le médicament est généralement bien toléré. Les principaux effets indésirables ne peuvent le plus souvent pas être distingués de la réaction consécutive à la mort des agents pathogènes (réaction voulue, mais parfois excessive de l'organisme).

- Les deux médicaments ne sont pas autorisés ni disponibles en Suisse.
- La caisse-maladie n'est pas tenue de les rembourser, mais on peut envisager de demander un accord préalable.

Chaque centre fédéral devrait avoir ces deux médicaments en stock.

Encadré 1

Commande d'ivermectine et de perméthrine 5%

Importation de petites quantités par l'intermédiaire de pharmaciens ou de la pharmacie d'un cabinet médical

Contact avec Swiss TPH, qui peut remettre le médicament nécessaire pour certains patients bien précis

Achat et traitement par des médecins spécialistes en médecine tropicale ou d'infectiologues

Dans certains cantons, solutions spécifiques/remise par le pharmacien cantonal

Importation par des professionnels de la santé habilités à remettre des médicaments (par le canton) sans autorisation spéciale de Swissmedic



Pourquoi la gale est-elle importante ?

- La gale est une maladie de peau généralement peu grave, qui se transmet par un contact corporel étroit.
- Elle est due à un acarien, le sarcopte de la gale, qui peut se multiplier très rapidement, en particulier en milieu confiné et où règnent de mauvaises conditions d'hygiène.
- En diagnostiquant et traitant rapidement la gale, on évite sa propagation à d'autres requérants.
- Seuil d'intervention: un cas suspect de gale = mise en œuvre de la présente directive



Personnes à risque

- Toute personne est susceptible de contracter la gale.
- Les personnes immunodéprimées ont un risque plus élevé de contracter ce qu'on appelle la « gale croûteuse » (ou norvégienne), très rare mais particulièrement contagieuse.



Mesures préventives

- De bonnes conditions d'hygiène, ainsi qu'une détection et un traitement rapides du cas suspect ou confirmé de gale et des contacts, permettent d'éviter la propagation de la maladie.
- Dans le cadre du premier entretien/examen avec le personnel infirmier, celui-ci doit donner aux requérants des informations sur la gale en leur demandant s'ils ont des démangeaisons aux mains (surtout entre les doigts), dans la région inguinale et les parties intimes; il devrait ensuite examiner rapidement les mains, les avant-bras et les coudes.

2. Définitions

Définitions de cas

Cas suspect de gale	Personne présentant les lésions cutanées caractéristiques
Cas confirmé de gale	Personne présentant les lésions cutanées caractéristiques avec un diagnostic dermatologique confirmé (généralement non nécessaire)
Contacts Contacts probables ou avérés	Membres de la famille, camarades de jeux des enfants, partenaires sexuels et personnes partageant la même chambre



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé de gale

Isolement

Au centre pour requérants d'asile, l'isolement n'est pas recommandé; sont toutefois recommandés:

- le couchage individuel
- l'évitement des contacts corporels dans les premières 24 heures après le début du traitement
- l'exclusion du cas suspect ou confirmé de l'école, de la crèche ou du travail pendant 24 heures à compter du début du traitement

L'isolement de contact est formellement indiqué à l'hôpital.^b

Déclaration au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'enca-drement

Déclaration de la gale en fonction des habitudes locales car, à l'heure actuelle, les centres n'ont pas tous la même façon d'aborder cette situation

Examens complémentaires

- En cas de suspicion clinique de gale, commencer le traitement le plus rapidement possible sans faire d'examens complémentaires
- Ne faire appel à un dermatologue ou à un spécialiste des maladies infectieuses que si le diagnostic est incertain/en cas de doute (en accord avec le médecin du centre)^c

Traitement

Selon *point 1*

b Concernant l'isolement de contact, les mesures indiquées sont les suivantes:

- logement avec des contacts/des personnes également atteintes de gale pendant 24 heures après le début du traitement du cas suspect ou du cas confirmé et des contacts;
- couchage individuel, évitement des contacts corporels et des contacts avec d'autres requérants;
- mise à disposition de douches et de toilettes séparées. Si ce n'est pas possible, le cas suspect doit se doucher après tous les autres requérants. La douche et les toilettes sont à nettoyer après usage avec un désinfectant de surface (tel que l'alcool) et sont réutilisables par tous au bout d'une heure;
- pulvérisation d'un produit à base de perméthrine sur les vêtements du personnel infirmier.

c Voir *point 1*

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts

Identification dans les 24 heures, par le personnel infirmier, de tous les contacts du cas suspect ou confirmé de galle

Traitement de tous les contacts

Tous les contacts (*voir ci-dessus, en particulier les camarades de jeux des enfants*) doivent être traités avec de l'ivermectine ou de la perméthrine (selon *point 1*). Si possible, traiter en même temps tous les contacts. Privilégier le traitement oral.

Décontamination / nettoyage de l'environnement

En même temps que le traitement, prendre les mesures suivantes :

NB: reprendre les mêmes mesures si l'on redonne de l'ivermectine ou de la perméthrine 5% au bout de 1 à 3 semaines, *voir point 1*

- **Linge** (y compris tous les vêtements, les draps et les serviettes portés ou utilisés dans les 3 à 4 jours précédant le traitement) : laver à 60 °C au minimum
- **Vêtements ou textiles** ne pouvant pas être lavés à une température aussi élevée: les conserver pendant au moins 4 à 7 jours dans des sacs plastiques fermés à température ambiante
- **Objets tels que peluches ou chaussures** chaussures ne pouvant pas être lavés: les mettre au congélateur pendant 12 heures dans des sacs plastiques fermés
- **Nettoyage complet de la pièce** y compris aspiration soigneuse, en particulier des meubles rembourrés (le nettoyage à sec, p. ex. par des destructeurs de vermine, n'est pas nécessaire) et pulvérisation des meubles avec un insecticide (bien aérer la pièce ensuite)

Exclusion des contacts (transmetteurs potentiels)

Exclusion des **contacts** de l'école, de la crèche ou du travail pendant 24 heures à compter du début du traitement

Interruption des transferts

Interruption du transfert des **contacts** jusqu'à 24 heures après la prise du traitement



4. Tâches / flux d'information

Déclaration de la gale en fonction des habitudes locales car, à l'heure actuelle, les centres ont des façons de procéder très différentes

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration dans les 24 heures du cas suspect ou confirmé au médecin du centre
 - Déclaration du cas suspect ou confirmé à la direction du centre et à celle de l'encadrement dans les meilleurs délais
 - Établissement dans les 24 heures d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et l'encadrement
 - Initiation du traitement du cas suspect ou confirmé et des contacts, et décontamination de l'environnement en collaboration avec le médecin du centre
-

Direction du centre et direction de l'encadrement, P&A

- Information des collaborateurs du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Coordination des admissions et des transferts
-

Médecin du centre

- Information du SEM quant au cas suspect ou confirmé et interruption des admissions et des transferts (selon *chapitre 5*), dans les meilleurs délais, au plus tard dans les 24 heures
- Initiation du traitement du cas suspect ou confirmé et des contacts, et décontamination de l'environnement en collaboration avec le personnel infirmier
- En cas de doute, référer le cas à un spécialiste pour des examens dermatologiques complémentaires/le diagnostic
- Déclaration au médecin cantonal si flambée de cas



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

Admission de personnes saines dans la même chambre que le cas suspect ou confirmé et/ou des contacts au plus tôt 24 heures après le début du traitement

Transferts

Cas suspect ou confirmé de gale

Pas de transfert dans d'autres centres pendant les 24 heures suivant le début du traitement

Contacts

Pas de transfert des personnes contacts dans d'autres centres pendant les 24 heures suivant le début du traitement



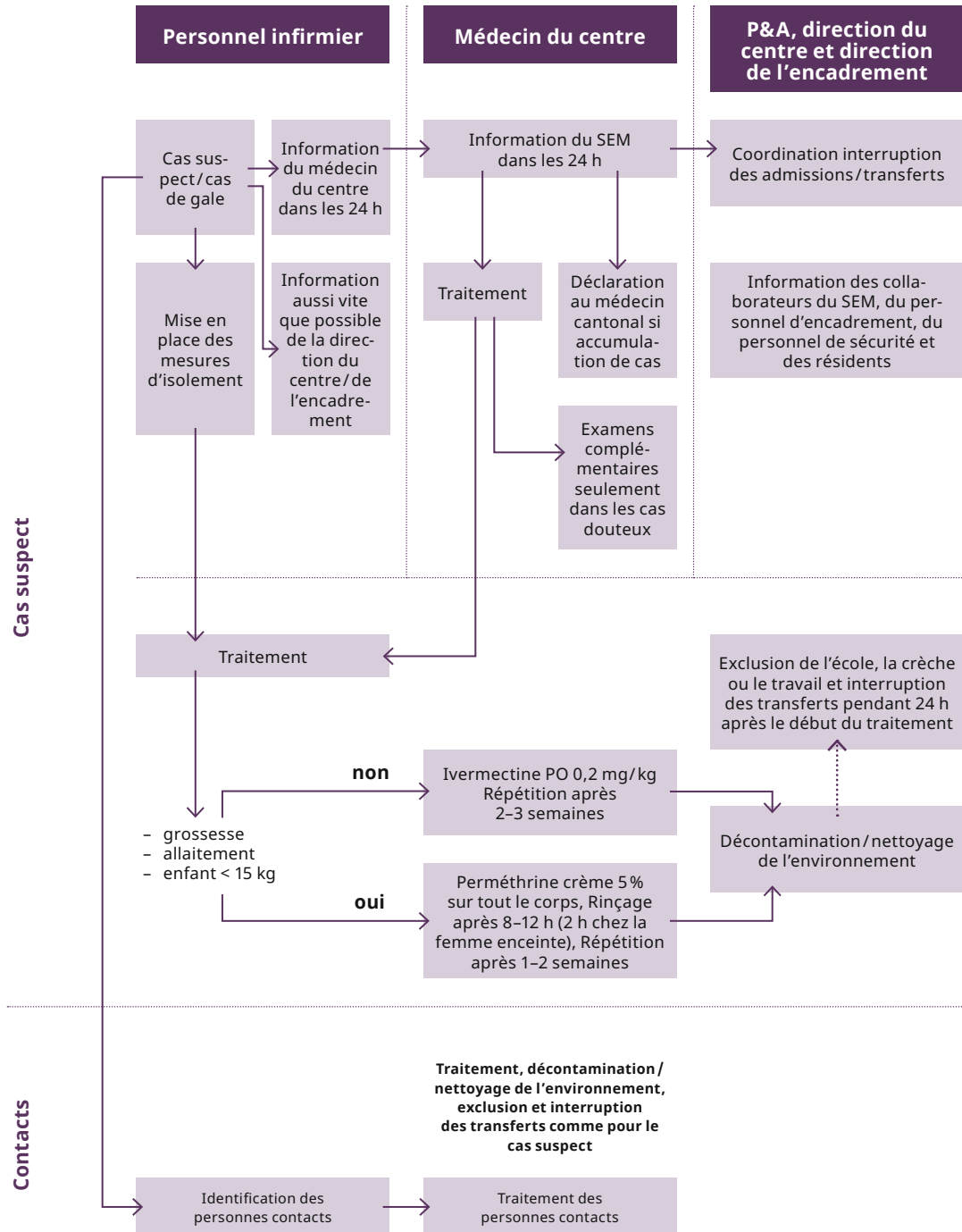
6. Informations pour les résidents du centre

Informations sur la gale à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement :

- Actuellement, il y a dans le centre des personnes atteintes de gale.
- Il faut donc prendre quelques mesures spéciales pour éviter la propagation de la maladie.
- La gale est une maladie contagieuse qui se transmet quand on a des contacts corporels étroits (p. ex. en embrassant, en se blottissant contre quelqu'un, en jouant ou en ayant des contacts sexuels).
- Pour éviter la transmission, il faut traiter en même temps les malades et toutes les personnes qui ont eu des contacts avec eux, et nettoyer l'environnement.
- Pour prévenir la maladie, il convient de ne pas avoir de contacts corporels étroits avec les malades et de bien respecter les règles d'hygiène.
- Toute personne qui présente une éruption cutanée (surtout entre les doigts, dans l'aîne et dans la région génitale) ou qui a eu des contacts avec un malade doit le signaler le jour même au personnel infirmier.



7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de gale



8. Bibliographie

1. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
2. Robert Koch-Institut. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand: Oktober 2015. Website: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
3. Notter J, Labhardt N, Hatz C et al. Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen. Swiss Medical Forum 2016; 16 (49–50): 1067–1074.
4. Peter A. Leone. Scabies and Pediculosis Pubis: An Update of Treatment Regimens and General Review. Clin Infect Dis 2007; 44 (Supplement_3): S153–S159.
5. Romani L, Whitfeld MJ, Koroivueta J et al. Mass drug administration for scabies control in a population with endemic disease. New Engl J Med 2015; 373: 2305–13.
6. CDC. Scabies. Centers for Disease Control and Prevention Website. Stand Mai 2015. Website: <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>.
7. Ranjkesh M, Naghili B et al. The efficacy of permethrin 5% vs. oral ivermectin for the treatment of scabies. Ann Parasitol. 2013; 59(4): 189–94.
8. Strong M and Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18; (3): CD000320.
9. Pacque M, Munoz B, Poetschke G, Foose J, Greene BM, Taylor HR. Pregnancy outcome after inadvertent ivermectin treatment during community-based distribution. Lancet 1990; 336: 1486–9.
10. Chippaux JP, Gardon-Wendel N, Gardon J, Ernould JC. Absence of any adverse effect of inadvertent ivermectin treatment during pregnancy. Trans R Soc Trop Med Hyg 1993; 87(3): 318.

9

Directive **Tuberculose**

1. Fiche tuberculose

Agent pathogène

Le complexe *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) comprend plusieurs agents pathogènes (notamment *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis* et *M. microti*). Le plus important est *M. tuberculosis*.

Tableau clinique

Une infection par *M. tuberculosis* peut être latente (« dormante », « asymptomatique ») ou active (« symptomatique », « réactivée »). La personne contaminée reste souvent asymptomatique au début, ou alors présente une maladie non spécifique, ressemblant à une bronchite. Suit une phase sans manifestations cliniques, qui peut durer des années (« infection » à *M. tuberculosis*). Les symptômes n'apparaissent que quand la tuberculose clinique se déclenche.

La tuberculose peut se manifester au niveau pulmonaire ou extrapulmonaire (dans 15 à 30 % des cas ; p. ex. ganglions, tractus urogénital, méninges, intestin, peau os et articulations ; tous les organes et tissus peuvent être touchés).

Tuberculose active

- Symptômes généraux : fatigue, faiblesse générale, fièvre (pouvant manquer), sueurs nocturnes et perte de poids
- Tuberculose pulmonaire : toux, souvent d'abord « non productive », puis accompagnée d'expectorations purulentes et/ou sanglantes
- Selon l'organe touché : adénopathies, rash (formes très variables), difficultés à uriner, douleurs dans les flancs, troubles intestinaux, déficits des nerfs cérébraux, etc. ; parfois aucun symptôme

Infection latente à *M. tuberculosis*

- pas de symptômes

Épidémiologie

La prévalence de l'infection latente à *M. tuberculosis* augmente avec l'âge dans le monde entier. On estime qu'un tiers de la population mondiale est infectée. Dans les pays développés comme la Suisse, la tuberculose est devenue rare (env. 550 cas par an). Il s'agit dans 80 % des cas de personnes venant de pays où la maladie est encore répandue (surtout Afrique, en particulier la « Corne de l'Afrique » : Somalie, Éthiopie, Érythrée) et Asie centrale (principalement Chine, Tibet et Inde). Les 20 % restants sont des Suisses qui parfois se sont infectés durant l'enfance.



Période d'incubation

Dans de nombreux cas, l'infection latente à *M. tuberculosis* n'est reconnue que 8 semaines après l'exposition par un test cutané à la tuberculine^a ou un IGRA^b positifs. Il faut parfois des années, voire des dizaines d'années, jusqu'à l'apparition d'une TB active.

Chez < 10 % des personnes infectées (porteuses de la bactérie à l'état latent/ asymptomatique), la tuberculose se manifeste alors au cours de la vie. Le risque de développer une TB active après une infection est le plus élevé dans les 2 premières années après la contamination.



Voies de transmission

Contamination par voie aérienne : seules les personnes ayant une tuberculose pulmonaire active sont contagieuses. La transmission a lieu lorsque la personne tousse, éternue, parle ou chante.

M. tuberculosis étant transmis par voie aérienne, le risque est plus élevé dans des espaces confinés et mal aérés.

Est considéré comme à risque de contamination un séjour d'au moins 8 à 12 heures dans un petit espace fermé avec une personne atteinte de TB pulmonaire.

Une TB extrapulmonaire n'est généralement pas contagieuse. Pour évaluer s'il s'agit d'un cas possible de TB pulmonaire, il faut faire une radiographie du thorax, même en l'absence de symptômes pulmonaires.



Période durant laquelle le malade est contagieux

Le patient non traité est contagieux aussi longtemps qu'il émet des bactéries vivantes dans ses expectorations. Suite à l'instauration d'un traitement efficace entraînant une bonne réponse clinique, le risque de transmission disparaît après 2 semaines, si bien que l'on peut généralement lever l'isolement (*voir ci-dessous*) (même quand on trouve encore *M. tuberculosis* dans les expectorations).

-
- a Test cutané à la tuberculine (test de Mantoux). Un test positif (durcissement mesurable de la peau d'au moins 5 mm au bout d'au moins 72 heures) signifie simplement que le patient est infecté par la TB – le test ne peut pas faire la différence entre une infection à *M. tuberculosis* latente ou active. Important : un test de Mantoux peut aussi devenir positif après la vaccination (BCG), qui est souvent effectuée durant l'enfance dans de nombreux pays pauvres. Si le test est positif, il faut donc demander un IGRA, car le BCG ne le rend pas positif.
 - b IGRA = Interferon Gamma Release Assay: test sanguin de la tuberculose; il a une significativité analogue à celle du test de Mantoux, mais n'est pas rendu positif par le BCG.



Diagnostic

Tuberculose active

Réponse au questionnaire de dépistage de la TB → si ≥ 10 points ou forte suspicion clinique, demande d'examens complémentaires (radiographie du thorax); si anormale → analyse d'un échantillon respiratoire et traitement

Pas de test cutané à la tuberculine ni d'IGRA, car ceux-ci ne font pas la distinction entre TB active et infection par *M. tuberculosis*, et un test négatif ne peut pas exclure une TB active.

Étant donné la gravité de la tuberculose, l'isolement, le diagnostic et le traitement se font en général à l'hôpital, jusqu'à ce que le patient ne soit plus contagieux.

Infection latente à *M. tuberculosis*

Diagnostic d'une infection latente à *M. tuberculosis* chez les contacts selon *point 3*



Traitement

- Le traitement d'une infection latente à *M. tuberculosis* et d'une tuberculose active devrait toujours se faire avec l'accord d'un spécialiste (pneumologue ou infectiologue).
- Après avoir été initié à l'hôpital, le traitement doit se poursuivre au centre pour requérants d'asile où il est important que la prise médicamenteuse se fasse quotidiennement sous surveillance (DOT) et que le requérant ait reçu les informations nécessaires sur la maladie.
- Si le patient refuse le traitement d'une tuberculose (active), des mesures contraignantes peuvent être nécessaires pour protéger la population.



Pourquoi la tuberculose est-elle importante ?

La tuberculose^c est une maladie infectieuse généralement transmise par la toux (voie aérienne).

Elle constitue la cinquième cause de décès dans le monde, mais elle est devenue relativement rare en Suisse (env. 550 cas par an). Elle touche en général des personnes nées dans un pays où la maladie est encore répandue, principalement des requérants d'asile et des migrants.

Sans traitement: maladie grave évoluant sur plusieurs mois, avec une mortalité > 50%

Il est donc important, pour prévenir la contamination des contacts, de détecter précocement la tuberculose pulmonaire contagieuse, c'est-à-dire de faire un minimum d'exams complémentaires chez les requérants qui présentent une toux persistante, en particulier si elle est associée à des sueurs nocturnes ou à une perte de poids.

Un traitement correct de plusieurs mois:

- aboutit généralement à la guérison,
- complété par des mesures visant l'entourage, empêche la propagation de M. tuberculosis.

Seuil d'intervention: un cas suspect de tuberculose (voir point 2) = mise en œuvre d'urgence de la présente directive

- Si la suspicion de tuberculose est confirmée → poursuite des mesures
- Si la suspicion de tuberculose n'est pas confirmée → arrêt des mesures (décision du médecin du centre)



Personnes à risque

Après une infection par M. tuberculosis, les personnes suivantes présentent un risque accru d'évolution vers la maladie:

- les personnes qui ont été récemment (dans les 2 dernières années) infectées par M. tuberculosis
- les personnes immunodéprimées
- les enfants < 5 ans

.....
c Fiche détaillée, voir point 1



Mesures préventives

La détection précoce et le traitement d'une tuberculose pulmonaire contagieuse permettent d'éviter la transmission à d'autres personnes.

Chez les requérants d'asile, la moindre suspicion de tuberculose pulmonaire doit amener à rechercher activement celle-ci (radiographie du thorax, si anormale → recherche de *M. tuberculosis* dans les expectorations par Xpert MTB/RIF, microscopie et culture).

Les enfants atteints de tuberculose active (TB) sont rarement contagieux, mais le diagnostic précoce d'une TB active chez les < 5 ans est important et pas toujours simple; une évolution grave est possible et doit être évitée. Il faut donc demander des examens complémentaires pour tout enfant malade (*voir point 3*).

2. Définitions

Définitions de cas

Infection latente à M. tuberculosis

Personne dont le test cutané à la tuberculine est positif^d (confirmé par un test sanguin à l'interféron positif [IGRA])^e et sans signe de tuberculose active à l'examen clinique, radiographie du thorax comprise

Cas suspect de tuberculose

Personne qui présente les signes cliniques d'une tuberculose (toux, sensation d'être malade ou perte de poids), mais chez qui l'on n'a pas encore pratiqué les examens complémentaires

Enfants < 10 ans : les symptômes compatibles sont souvent aspécifiques. Outre la toux durant > 2 semaines et l'amaigrissement, il peut s'agir d'un retard de développement, d'une fièvre persistante inexplicée ou d'une léthargie/apathie inexplicée [64].

Les adultes et les enfants > 10 ans qui obtiennent ≥ 10 points au questionnaire de dépistage de la TB (www.tb-screen.ch, administré par le personnel infirmier) sont également considérés comme cas suspects.

NB : le questionnaire ne convient pas pour les enfants < 10 ans.

Tuberculose active

Personne avec (ou sans) signes cliniques de tuberculose et avec mise en évidence microbiologique (microscopie, Xpert MTB/RIF ou culture) de l'agent pathogène dans des liquides biologiques/tissus appropriés (tels qu'expectorations, lavage broncho-alvéolaire ou biopsie)

Sont également considérées comme cas de tuberculose active les personnes pour qui un médecin a décidé d'instaurer un traitement par au moins trois antituberculeux (dans 20% des cas, l'agent pathogène ne peut pas être mis en évidence).

TB confirmée : développement de l'agent pathogène en culture ou Xpert MTB/RIF positif

Contacts

Au minimum 8 heures de séjour dans la même pièce que le cas index, chez qui la TB a été mise en évidence par microscopie dans les expectorations ou toute autre sécrétion respiratoire (TB « ouverte ») Parfois transmission à l'occasion d'une exposition plus brève mais plus intense.

-
- d Test cutané à la tuberculine (test de Mantoux). Un test positif (durcissement mesurable de la peau d'au moins 5 mm au bout d'au moins 72 heures) signifie que la personne a été au moins une fois en contact avec M. tuberculosis. Le test ne peut pas faire la différence entre TB active et TB latente. Important : la vaccination antérieure par le BCG administrée pendant l'enfance dans de nombreux pays, peut entraîner un faux positif. Il faut alors demander un IGRA.
- e IGRA = Interferon Gamma Release Assay : test sanguin de la tuberculose; l'interprétation du résultat est analogue à celle du test de Mantoux, mais n'est pas rendu positif par le BCG.



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé de tuberculose active

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement

- Déclaration dans les meilleurs délais, par le personnel infirmier, du cas suspect de tuberculose au médecin du centre, à la direction du centre et à celle de l'encadrement
- Déclaration au médecin cantonal du cas de tuberculose chez qui un traitement antituberculeux a été commencé, dans le délai d'une semaine, par le médecin qui a posé le diagnostic
- Déclaration du cas au SEM, dans le délai d'une semaine, au moyen d'un formulaire spécial, par le médecin du centre; isolement aérosols^f
- Objectif: séparer le cas suspect de tuberculose des personnes saines, pendant la période des examens complémentaires, afin de les protéger de toute transmission
- NB: si l'isolement aérosols ne peut pas être assuré dans le centre → hospitalisation
- Le patient doit veiller à ne tousser qu'à l'air libre ou dans sa chambre (individuelle)

Masques

Masque de protection FFP2

- Pour le personnel d'encadrement lorsqu'il se tient dans la même pièce que le cas suspect

Masque chirurgical^g

- Pour le cas suspect de tuberculose lorsque, exceptionnellement, il séjourne à l'extérieur de la chambre d'isolement

Examens complémentaires lors d'un cas suspect de tuberculose

Examen clinique par le médecin du centre

Adultes, enfants > 10 ans: radiographie du thorax → si pathologique: hospitalisation pour d'autres examens complémentaires (analyse des expectorations par Xpert MTB/RIF) et pour le traitement

NB: **enfants < 10 ans:** examens complémentaires simples pour rechercher une TB active en présence de symptômes compatibles (souvent non spécifiques) tels que toux durant > 2 semaines, perte de poids, retard de développement, fièvre persistante inexpliquée ou léthargie/apathie inexpliquée. Comme le test cutané à la tuberculine et l'IGRA ne peuvent pas faire la différence entre TB active et TB latente, ils ne doivent pas être employés pour la recherche d'une TB active chez l'adulte. Chez l'enfant, un test à la tuberculine (ou éventuellement un IGRA) peut être indiqué comme examen complémentaire [7]. En outre, en raison de leur faible sensibilité (70-80%), les tests cutanés et les IGRA négatif ne permettent pas d'exclure une TB active.

Étant donné la gravité de la tuberculose, l'isolement, le diagnostic et le traitement devraient se faire à l'hôpital, jusqu'à ce que le patient ne soit plus contagieux (= les médicaments sont tolérés, la toux et la quantité d'expectorations diminuent, la fièvre disparaît, ce qui est généralement le cas au bout de 14 jours au maximum).

f Voir mémento Isolement aérosols, chapitre 10.
g Protection bucconasale.

Traitement

Après avoir été initié à l'hôpital, le traitement doit se poursuivre au centre pour requérants d'asile.

Si le patient le refuse, des mesures de contrainte peuvent être nécessaires pour protéger la population (surtout s'il s'agit d'un agent pathogène résistant). Si le patient n'est pas coopératif → impliquer dans les meilleurs délais le médecin du centre et le médecin cantonal

Tant que dure le traitement d'une tuberculose active, le patient n'a pas le droit de sortir du pays, même si sa demande d'asile est rejetée. Il faut donc que le diagnostic et la durée probable du traitement soient communiqués au SEM au moyen du formulaire « Rapport médical ». Cette règle ne vaut pas pour une infection latente à M. tuberculosis.

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts (enquête d'entourage)

L'enquête d'entourage est réalisée, à la demande du médecin cantonal dans lequel se situe le centre, par des professionnels spécialisés et formés à cet effet (il s'agit, dans la plupart des cantons, de la Ligue pulmonaire locale). On trouvera une description précise de la procédure dans le « Manuel de la tuberculose » publié par la Ligue pulmonaire suisse et l'OFSP [2].

Identification des contacts par le personnel infirmier

NB: l'enquête d'entourage n'est réalisée que **si le cas de tuberculose pulmonaire contagieuse est confirmé.**

Au début, elle ne porte que sur les contacts les plus proches (famille p. ex.), les enfants et les personnes immunodéprimées (accord avec le médecin du centre).

Si l'on découvre des cas positifs dans l'entourage, elle est élargie aux autres contacts.

Personnes immuno-compétentes à partir de 12 ans

Au plus tôt 8 semaines après le contact (= dernier contact avant le début du traitement du malade): IGRA

IGRA négatif: pas d'autres mesures

IGRA positif: recherche d'une TB active par radiographie du thorax et examens complémentaires par des spécialistes

- Examens normaux: envisager le traitement de l'infection latente à M. tuberculosis^h
- Si anomalies: autres examens complémentaires d'infectiologie, prélèvement d'expectorations pour culture et traitementⁱ

Enfants immunocompétents de 5 à 12 ans et personnes immunodéprimées (indépendamment de l'âge)

IGRA dans les 7 jours

IGRA négatif: répétition du test après 8 semaines

- IGRA négatif 2 fois: pas d'autres mesures
- IGRA positif après 8 semaines: recherche d'une TB active par radiographie du thorax et examens complémentaires par des spécialistes (infectiologue et/ou pneumologue)

IGRA positif: recherche d'une TB active par radiographie du thorax et examens complémentaires par des spécialistes (infectiologue et/ou pneumologue)

- Examens normaux: envisager le traitement de l'infection latente à M. tuberculosis^j
- Si anomalies: autres examens complémentaires d'infectiologie, prélèvement d'expectorations pour culture et traitement^k

Enfants < 5 ans

Examen immédiat par un pédiatre ou un service pédiatrique et début d'un traitement préventif^l

Exclusion des contacts

Les contacts ne doivent **pas** être exclus de l'école, de la crèche ou du travail.

Interruption des transferts

Le transfert des contacts dans d'autres centres est possible.

.....
h Le traitement de la tuberculose latente doit faire l'objet d'un entretien avec un spécialiste (pneumologue ou infectiologue).

i Le diagnostic et le traitement doivent faire l'objet d'un entretien avec un spécialiste (pneumologue ou infectiologue).

j Le traitement de l'infection latente par M. tuberculosis doit faire l'objet d'un entretien avec un spécialiste (pneumologue ou infectiologue).

k Le diagnostic et le traitement doivent faire l'objet d'un entretien avec un spécialiste (pneumologue ou infectiologue).

l Le diagnostic et le traitement doivent faire l'objet d'un entretien avec un spécialiste (pneumologue ou infectiologue spécialisés en pédiatrie).



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration sans délai du cas suspect de tuberculose au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement
 - Enquête d'entourage: établissement d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et le personnel d'encadrement
 - Réalisation de l'enquête d'entourage en collaboration avec le médecin du centre, le médecin cantonal, respectivement la Ligue pulmonaire compétente
 - Information du personnel d'encadrement et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
 - Si le cas de TB en cours de traitement est transféré dans un autre centre, le personnel infirmier responsable doit être informé, de manière à garantir la poursuite du traitement.
 - Noter dans le dossier des contacts l'exposition du contact à un cas de tuberculose et, lors du transfert dans un autre centre, indiquer au personnel infirmier compétent qu'il ne doit pas oublier de faire un contrôle 8 semaines plus tard
-

Direction du centre et direction de l'encadrement, P&A

- Information des collaborateurs du SEM, du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre quant à la maladie et aux mesures nécessaires
- Coordination des admissions et des transferts

Médecin du centre

- Déclaration du cas de tuberculose, dans le délai d'une semaine, au médecin cantonal
 - Information de la direction du centre quant au cas de tuberculose et interruption des transferts (selon *point 5*) aussi vite que possible, au plus tard dans le délai d'une semaine
 - Remplir le « rapport médical » et le transmettre au SEM
 - Réalisation de l'enquête d'entourage en collaboration avec le médecin cantonal, le personnel infirmier et la Ligue pulmonaire cantonale
-

Médecin cantonal

- Coordination de l'enquête d'entourage en collaboration avec la Ligue pulmonaire cantonale
- Responsabilité de la communication avec l'OFSP et, au besoin, avec d'autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

L'interruption des admissions n'est pas nécessaire

Transferts

Cas de tuberculose

Pas de transfert dans un autre centre jusqu'à la fin de l'isolement (décision du médecin du centre/du médecin cantonal)

Contacts

Transferts possibles



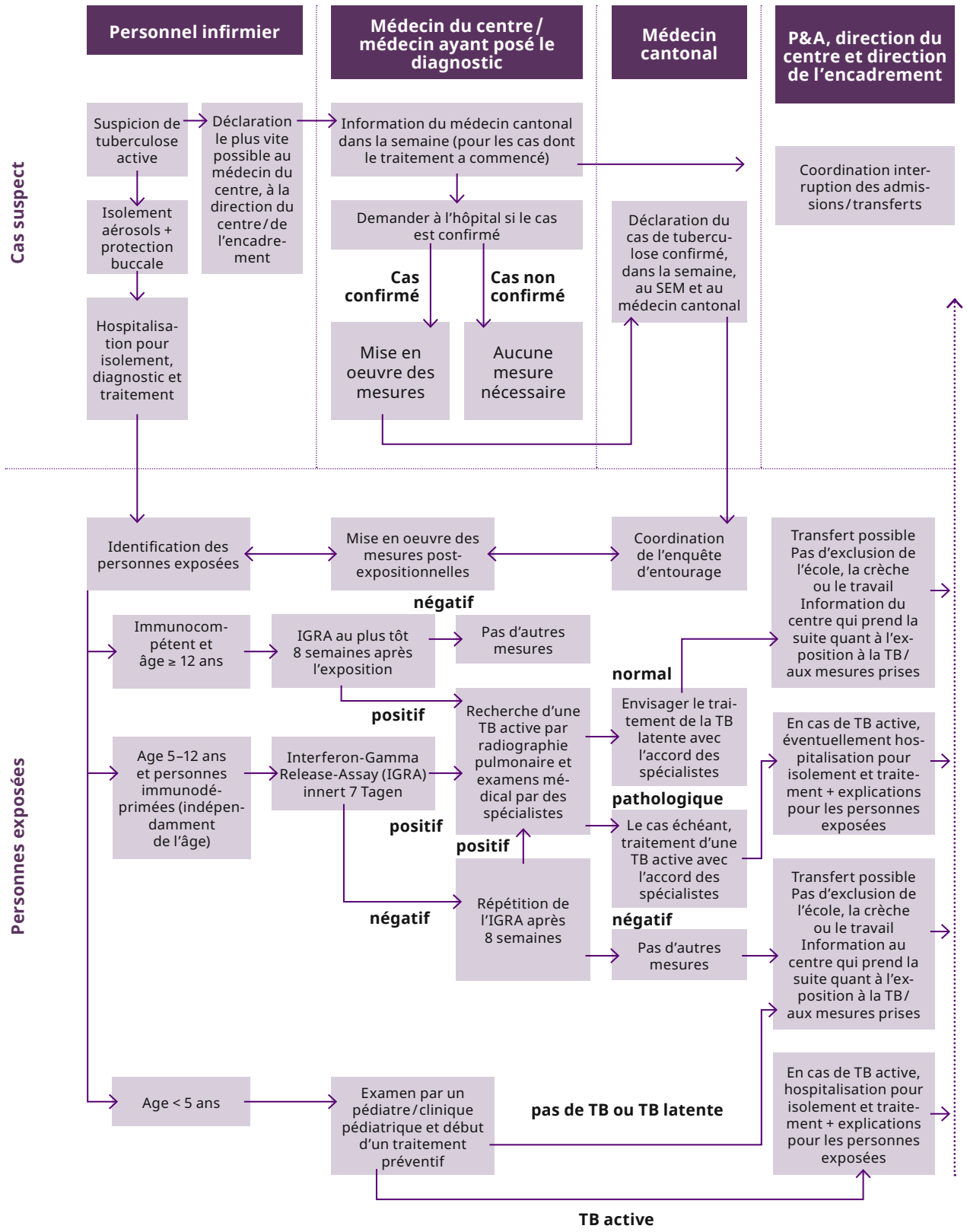
6. Informations pour les résidents du centre

Informations sur la tuberculose à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement:

- Actuellement, il y a dans le centre une personne qui est atteinte de tuberculose pulmonaire contagieuse.
- Il faut donc prendre des mesures spéciales pour éviter la propagation de la maladie.
- La risque d'être contaminé par une personne atteinte de tuberculose qui n'est pas encore traitée est faible. De ce fait, des examens seront pratiqués en priorité chez les membres de la famille, les enfants et les personnes à risque accru qui ont été en contact avec le malade pendant une période prolongée.
- Pour éviter la transmission, le malade porte un masque quand il est en contact avec d'autres personnes.
- Toute personne qui présente de la fièvre, de la toux avec ou sans crachats, des sueurs nocturnes ou une perte de poids doit le signaler le jour même au personnel infirmier.



7. Algorithme : suspicion de tuberculose active



8. Bibliographie

1. Tuberculose. Office fédéral de santé publique. Etat: août 2018. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/tuberculose.html>.
2. Tuberculose en Suisse. Guide à l'usage des professionnels de la santé. Office fédéral de santé publique OFSP et Ligue pulmonaire suisse, 2014. Site web: <https://www.bag.admin.ch/tuberculose>
3. Handbuch Tuberculose (Vollversion) 2016. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Lungenliga Schweiz. Website: http://www.tbinfo.ch/fileadmin/user_upload/tbinfo.ch/Dienstleistungen/Tb_Handbuch_2011/Handbuch_Tuberculose_2012_de_01.pdf.
4. Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Robert Koch-Institut. Stand: Oktober 2015. Site web: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.html.
5. Heymann D and American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. APHA Press. 2015; 20th Edition.
6. Global Tuberculosis Report 2016, WHO. Website: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_executive_summary.pdf?ua=1. Bernhard S, Büttcher M, Heininger 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. Paediatrica 2016; (Numéro spécial sur les migrants): 11–18. Site web: <http://www.pigs.ch/pigs/05-documents/doc/guidance-2016-f.pdf>

10

Mesures d'isolement

1. Conditions de base

Pour que l'isolement dans le centre pour requérants d'asile soit possible, celui-ci doit satisfaire aux conditions suivantes:

- Personnel infirmier formé disponible
- Possibilité de séparer les personnes touchées, idéalement WC / bloc sanitaire compris
- Pour la tuberculose: aération fonctionnelle (entrée et sortie d'air) ou possibilité d'ouvrir les fenêtres pour aérer
- Possibilité d'éliminer correctement les déchets et de faire la lessive à 60 °C

Matériel correct nécessaire:

- Solution hydro-alcoolique pour les mains
- Désinfectant de surface adéquat à disposition
- Masques chirurgicaux pour l'isolement gouttelettes
- Masques FFP2 pour la tuberculose / isolement aérosols
- Gants et si possible sur-blouses et blouses en plastique simples pour l'isolement de contact

2. Hygiène standard

Mesures d'hygiène standard: série de mesures simples appliquées pour tous les soins infirmiers ou médicaux, urgences comprises, chez tous les patients, afin de réduire le plus possible le risque de transmission des micro-organismes

Hygiène des mains

L'hygiène systématique des mains est de loin la mesure préventive la plus importante contre les maladies infectieuses. La désinfection avec une solution hydro-alcoolique est plus efficace que le lavage.

Gants

Porter des gants non stériles à usage unique lors d'un contact certain ou possible avec des muqueuses ou des fluides corporels. Toujours se désinfecter les mains après avoir retiré les gants.

Sur-blouses

Porter une blouse à manches longues, à usage unique, lors de l'isolement de contact et d'autres types particuliers d'isolement (p.ex. norovirus).

Masques

Masques chirurgicaux (protection bucconasale type 2R)

Portés par le personnel en cas d'isolement gouttelettes et d'isolement de contact avec atteinte respiratoire, ainsi que par le personnel de santé enrhumé

Masques FFP2

Portés par le personnel lors d'isolement aérogène (rougeole, varicelle et tuberculose)

Nettoyage et désinfection

Nettoyage régulier, correct, ou désinfection des surfaces souillées par des seringues ou des gouttelettes de fluides corporels

Lessive

Lavage à 60 °C dans un lave-linge

Vaisselle

Si possible dans un lave-vaisselle à 60 °C (sinon avec de l'eau bouillante puis en frottant avec de l'alcool)

Élimination

- Élimination des objets pointus et coupants dans des conteneurs résistants à la perforation
- Élimination des déchets produits durant l'isolement dans des sacs doubles (mettre le sac dans un autre sac, propre), avec les déchets ordinaires


Chambre individuelle / isolement


Attribuer des chambres individuelles aux patients potentiellement dangereux pour les autres personnes/l'entourage lorsque des agents pathogènes ont été mis en évidence dans une maladie infectieuse contagieuse


3. Mémento Isolement


Cocher le type d'isolement et barrer ceux qui ne conviennent pas

Contact C
(p. ex. gale ou bactéries multi-résistantes)


 Désinfection des mains avant tout contact


 Personnel: mettre gants + sur-blouse avant d'entrer dans la chambre


 Personnel: port du masque* seulement si atteinte respiratoire


 Retirer la blouse de protection et le masque et les jeter à la poubelle
Désinfection des mains

Gouttelettes G
(p. ex. diphtérie)


 Désinfection des mains avant tout contact


 Personnel: mettre le masque* avant d'entrer dans la chambre

 Personnel: gants si contact avec des fluides corporels


 Retirer le masque et le jeter à la poubelle
Désinfection des mains

Contact et gouttelettes CG
(p. ex. norovirus)


 Désinfection des mains avant tout contact


 Personnel: mettre protection bucconasa-
le*, gants + surblouse avant d'entrer dans la chambre


Pour les norovirus:
- Si possible WC séparé
- Désinfection des surfaces
- Lessive (double sac) à 60 °C


 Retirer la blouse de protection et le masque et les jeter à la poubelle (double sac)
Désinfection des mains

Aérosol A
(p. ex. tuberculose, rougeole et varicelle)

 Désinfection des mains avant tout contact

 Personnel: mettre un masque FFP2 avant d'entrer dans la chambre

 Personnel: gants si contact avec des fluides corporels
Élimination séparée des mouchoirs

 Retirer le masque et le jeter à la poubelle**
Désinfection des mains

* Masque chirurgical

** Le patient met un masque chirurgical quand il quitte la chambre – Bien aérer la chambre.

11

Investigations des maladies infectieuses chroniques

1. Informations générales

Contexte

La prévalence des maladies infectieuses chroniques comme le VIH et les hépatites B et C est plus élevée dans de nombreux pays d'origine des requérants d'asile qu'en Suisse.

Ces maladies sont susceptibles d'avoir des conséquences graves pour les personnes atteintes.

Certaines d'entre elles restent asymptomatiques pendant des années, alors même que les malades peuvent être contagieux.

Le diagnostic et le traitement précoces permettent d'atténuer les conséquences graves pour la personne atteinte et réduisent le risque de transmission.

Les femmes et les mineurs non accompagnés constituent des groupes particulièrement vulnérables (p. ex. sous-déclaration probable des abus sexuels, en particulier chez ceux qui arrivent par la Méditerranée). Ceci justifie donc la réalisation de tests diagnostiques dans cette population (tests à la recherche d'IST, de VIH, de syphilis et d'hépatite B).

Timing des examens

Le médecin du centre décide si un examen de sang est indiqué chez les requérants. Si c'est le cas, il détermine si cet examen se fera pendant le séjour dans le centre fédéral ou après l'arrivée dans le canton.

Requérants paraissant en bonne santé (enfants compris)

Dans le cadre de l'information à l'arrivée, une brève information est donnée sur les symptômes possibles de ces maladies infectieuses chroniques. Les examens de sang sont réalisés après l'arrivée dans le canton.

Requérants ne paraissant pas en bonne santé

Examen le plus vite possible par le médecin du centre



2. Examens recommandés

Sérologie VIH

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Personnes venant de pays où la prévalence est > 1 %, notamment Afrique sub-saharienne et Caraïbes
- Indication épidémiologique selon Bulletin du 18 mai 2015 [1]
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Travailleuses et travailleurs du sexe
- Abus sexuel ou suspicion d'abus sexuel
- Contact avec des produits sanguins dans le passé: consommation possible de drogues par injection, opérations, injections, transfusions, dialyse dans le pays d'origine, hémophilie
- Femmes enceintes
- Requérants ne paraissant pas en bonne santé
- Zona
- Tuberculose, suspicion de tuberculose active
- Symptômes persistants, d'étiologie incertaine (fièvre, toux, diarrhée, amaigrissement, etc.)
- Souhait du requérant
- Fièvre/éruption après administration d'un vaccin vivant atténué

Diagnostic

Sérologie VIH

Sérologie de l'hépatite B

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Personnes venant de pays où la prévalence est \geq 2 %, notamment Afrique, Asie et Europe de l'Est
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Travailleuses et travailleurs du sexe
- Abus sexuel ou suspicion d'abus sexuel
- Consommation de drogues par injection
- Femmes enceintes

Diagnostic

Antigène HBs et anticorps anti-HBc

Interprétation:

- Ag HBs négatif et Ac anti-HBc négatif: non infecté
- Ag HBs positif et Ac anti-HBc positif ou négatif: infection aiguë ou chronique
□ avis d'un infectiologue/hépatologue
- Ag HBs négatif et Ac anti-HBc positif: infection passée probable

Sérologie de l'hépatite C

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Personnes venant de pays où la prévalence est $\geq 3\%$, notamment Asie centrale, Europe de l'Est, Proche-Orient, Afrique du Nord et Afrique subsaharienne
- Consommation de drogues par injection
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Travailleuses et travailleurs du sexe

Diagnostic

Anticorps anti-VHC

- Si Ac anti-VHC positif: recherche VHC-ARN (PCR) dans le sang
 - Si VHC-ARN négatif → antécédents d'hépatite C, pas d'infection chronique
 - Si VHC-ARN positif → envoi à un infectiologue/hépatologue
-

Sérologie de la syphilis

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Age < 2 ans et > 12 ans (selon www.pigs.ch)
- Abus sexuel ou suspicion d'abus sexuel

Diagnostic

Syphilis-EIA ou TPPA

Tuberculose

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

Personnes asymptomatiques (suspicion d'infection latente à *M. tuberculosis*)

- Enquête d'entourage portant sur les personnes contacts si le cas de tuberculose pulmonaire contagieuse est confirmé (*voir chapitre 9, Tuberculose, point 3*)
- NB: de manière générale, la réalisation de tests pour la recherche d'une infection latente à *M. tuberculosis* n'est pas recommandée.

Personnes symptomatiques (suspicion de tuberculose « active »)

- Symptômes possibles : asthénie, faiblesse générale, fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement, toux (souvent d'abord sèche [non productive], puis accompagnée d'expectorations purulentes et/ou sanglantes), adénopathies, etc.
- En cas de suspicion de tuberculose active: isolement et envoi à des spécialistes/hospitalisation pour des examens complémentaires

Diagnostic

Voir chapitre 9, point 1

Schistosomiase

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Personnes originaires d'Afrique subsaharienne
- Personnes ayant traversé l'Afrique subsaharienne

Diagnostic

Sérologie de la schistosomiase

Strongyloïdes

Groupes de personnes chez qui les tests sont recommandés

- Personnes d'Asie du Sud-est et d'Afrique avec
- symptômes gastro-intestinaux chroniques ou
 - avant le début d'un traitement immunosuppresseur

Diagnostic

Sérologie de strongyloïdes

3. Bibliographie

1. Bulletin 21/2015 de l'OFSP du 18 mai 2015: Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins. Directive de l'office fédéral de santé publique concernant le dépistage du VIH chez l'adulte dans les cabinets médicaux, les centres de soins ambulatoires, les services d'urgences et les hôpitaux. Site web: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html>.
2. Pottie K, Greenaway C, Feightner J et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. Canadian Medical Association. 2011; 183(12):E824–925.
3. Bernhard S, Büttcher M, Heining 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. *Paediatrica* 2016; (Numéro spécial sur les migrants): 11–18. Site web: <http://www.pigs.ch/pigs/05-documents/doc/guidance-2016-f.pdf>.
4. Rossi C, Shrier I et al. Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2012; 7(9):e44611.
5. Greenaway C, Thu Ma A et al. The Seroprevalence of Hepatitis C Antibodies in Immigrants and Refugees from Intermediate and High Endemic Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015 Nov 11; 10(11):e0141715.
6. Tuberculose en Suisse. Guide à l'usage des professionnels de la santé. Office fédéral de santé publique OFSP et Ligue pulmonaire suisse, 2014. Site web: <https://www.bag.admin.ch/tuberculose>
7. Notter J, Labhardt N, Hatz C et al. Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen. *Swiss Medical Forum* 2016; 16 (49–50): 1067–1074.

12

Directive

Pertussis (coqueluche)

Auteur

Julia Notter

Correspondance

Dr. méd. Julia Notter
Hôpital cantonal de Saint-Gall
Rorschacher Strasse 95
9007 St. Gallen
Tél. 071 494 30 13
Email: julia.notter@kssg.ch

Version mars 2019

L'auteur remercie les spécialistes externes suivants pour leur relecture critique du document :

Bettina Bally^a, Christoph Berger^b, Simon Fuchs^c, Monika Haenggi^d, Christoph Hatz^e, Yves Jackson^f, Christian Kahlert^g, Ulrike Leutwyler^h, Anita Niederer-Loherⁱ, Cornelia Staehelin^j

-
- a Médecin cantonal adjoint de Zurich
 - b Département Infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital universitaire pour enfants de Zurich, Université de Zurich, et président de la Commission fédérale pour les vaccinations
 - c Médecin cantonal adjoint de Bâle-Ville
 - d Médecin cantonal de Bâle-Campagne
 - e Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle, Université de Bâle
 - f Service de médecine de premier recours, département de Médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève
 - g Clinique d'infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital pédiatrique de Suisse orientale, Saint-Gall et Clinique d'infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital cantonal de Saint-Gall
 - h Infirmière, responsable de l'encadrement, service extérieur CEP Allschwil, ORS Service SA
 - i Clinique d'infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital pédiatrique de Suisse orientale, Saint-Gall et Clinique d'infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital cantonal de Saint-Gall et membre de la Commission fédérale pour les vaccinations
 - j Clinique universitaire d'infectiologie, Hôpital de l'Île, Berne

1. Fiche pertussis (coqueluche)

Agent pathogène

Bordetella pertussis (le tableau clinique dû à *Bordetella parapertussis* est très similaire, généralement moins sévère)

Tableau clinique

La coqueluche évolue classiquement en trois phases [1]:

- | | |
|---|--|
| Stade catarrhal
(prodromique) | <ul style="list-style-type: none"> - Une à trois semaines après l'infection - Symptômes grippaux, tels qu'une température subfébrile (rarement une forte fièvre), un rhume, une toux sèche, les yeux larmoyants et/ou rougis - Le risque de contagion est alors à son maximum - Dure une à deux semaines |
| Stade paroxystique | <ul style="list-style-type: none"> - Brusques quintes de toux convulsives/par à-coups, haletantes, aboyantes ; expectorations de mucus épais, vomissements occasionnels pendant ou à la fin des quintes de toux - Quintes de toux souvent déclenchées par des bâillements, des rires, des cris, une activité physique, etc. - Souvent, la personne malade se sent bien entre deux quintes de toux, sa sensation d'être malade est légère - Le nourrisson de moins de six mois n'a généralement pas de quintes de toux mais plutôt des arrêts respiratoires (apnées) - Dure deux à six semaines |
| Stade convalescent | <ul style="list-style-type: none"> - Diminution du nombre et de la sévérité des quintes de toux - Dure trois à six semaines (jusqu'à dix semaines) |
| Présentations atypiques | <ul style="list-style-type: none"> - La maladie peut évoluer de manière atypique en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson (arrêts respiratoires). - L'évolution de la maladie peut également être atypique chez l'adolescent et l'adulte (vaccinés) (p. ex. le malade présente peu de symptômes ou des symptômes semblables à ceux de l'asthme). La coqueluche n'étant souvent pas diagnostiquée chez l'adulte, ce dernier est souvent celui qui transmet la maladie. |
| Complications | <ul style="list-style-type: none"> - Le nourrisson de moins de six mois présente un risque accru d'évolution sévère de la maladie et de complications - Les complications les plus fréquentes sont la pneumonie et l'otite moyenne aiguë, provoquées par <i>Bordetella pertussis</i> lui-même ou par une infection bactérienne secondaire (p. ex. des pneumocoques ou <i>Haemophilus influenzae</i>) - Saignements dans la conjonctive de l'œil, hernie inguinale ou ombilicale, fractures de côtes dues à une forte toux - Convulsions, encéphalopathie - Décès : moins de 1/1000 nourrissons malades dans les pays industrialisés, environ 3 à 4/1000 nourrissons malades et 1/1000 enfants malades âgés de 1 à 4 ans dans les pays en voie de développement - Les personnes âgées (plus de 65 ans) ayant contracté la coqueluche doivent plus souvent être soignées dans un hôpital [2] |

Épidémiologie

- La coqueluche est répandue dans le monde entier. La vaccination a permis de réduire le nombre de malades. Toutefois, dans les pays ayant atteint une couverture vaccinale élevée (dont la Suisse), les cas se multiplient actuellement chez les adolescents et les adultes vaccinés.
- Parmi les maladies infectieuses évitables par une vaccination, la coqueluche reste l'une des plus fréquentes en Suisse, probablement parce que l'effet protecteur du vaccin est plutôt court.
- La coqueluche sévit surtout à la fin de l'été et en automne.



Période d'incubation

4 à 21 jours (7 à 10 jours en moyenne) [3, 4]



Voies de transmission

Infection par gouttelettes (p. ex., toux, éternuements et baisers)



Période durant laquelle le malade est contagieux

Sans traitement

- Dès le début du stade catarrhal et jusqu'à 21 jours après le début de la toux
- Des périodes plus longues ont été observées chez le nourrisson [5]

Avec traitement

- Une antibiothérapie peut raccourcir la durée de contagiosité à cinq jours après le début du traitement [5, 6].



Diagnostic

- Par PCR ou par culture à partir de frottis nasopharyngés au stade catarrhal et au commencement du stade paroxystique. La détection directe de l'agent pathogène n'est généralement plus possible à partir de quatre semaines après le début de la maladie [7].
- À des stades ultérieurs, une sérologie peut éventuellement être envisagée. Chez une personne récemment vaccinée (au cours des six à douze derniers mois), il n'est pas possible de déterminer avec certitude s'il s'agit d'une réponse vaccinale ou d'une infection aiguë [8]. La sérologie pouvant être difficile à interpréter (suivant l'âge du malade et son statut vaccinal), il est recommandé de demander l'avis d'un médecin spécialisé en infectiologie ou en pédiatrie. Le malade n'étant généralement plus contagieux après la séroconversion (moment où la sérologie devient positive), la sérologie joue un rôle secondaire dans la gestion d'une flambée de coqueluche.



Traitement

- Un traitement antibiotique initié au début de la maladie (stade catarrhal) peut influencer la durée et la gravité de la maladie. Dès que les quintes de toux apparaissent, l'antibiothérapie n'agit plus sur ces aspects ; elle permet néanmoins de réduire le risque de transmission à d'autres personnes (contagiosité) jusqu'à 21 jours après le début de la toux (ensuite, le malade n'est plus contagieux). Aussi un traitement antibiotique est-il conseillé jusqu'à 21 jours après l'apparition de la toux.
- Les recommandations en matière d'antibiothérapie sont résumées dans le *tableau n°1*.
- Les personnes présentant des troubles respiratoires graves et les nourrissons de moins de six mois sont hospitalisés en vue de traitements complémentaires.

Tableau 1

Schémas de traitement antibiotique et de chimioprophylaxie post-expositionnelle de la coqueluche, selon l'âge

Groupe d'âge	1 ^{er} choix		En cas d'intolérance ou de résistance aux macrolides : Triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) ^b
	Azithromycine	Clarithromycine	
< 1 mois ^a	10 mg/kg/j en 1 dose pendant 5 jours	Pas recommandé	Contre-indiqué avant l'âge de 2 mois
1-5 mois ^a	10 mg/kg/j en 1 dose pendant 5 jours	15 mg/kg/j en 2 doses pendant 7 jours	À partir de 2 mois : TMP 8 mg/kg/j, SMX 40 mg/kg/j en 2 doses pendant 14 jours
≥ 6 mois et enfants	Jour 1 : 10 mg/kg en 1 dose (maximum 500 mg) Jour 2-5 : 5 mg/kg/j en 1 dose (maximum 250 mg/j)	15 mg/kg/j en 2 doses pendant 7 jours (maximum 1 g/jour)	TMP 8 mg/kg/j, SMX 40 mg/kg/j en 2 doses pendant 14 jours (maximum TMP 320 mg/jour, SMX 1600 mg/jour)
Adolescent-e-s/ adultes	Jour 1 : 500 mg en 1 dose Jour 2-5 : 250 mg/j en 1 dose	1 g/jour en 2 doses pendant 7 jours	TMP 320 mg/jour, SMX 1600 mg/jour en 2 doses pendant 14 jours
Femmes enceintes ^c	Jour 1 : 500 mg en 1 dose Jour 2-5 : 250 mg/j en 1 dose	Pas recommandé	Contre-indiqué au 3^e trimestre
Effets secondaires/Contre-indications	Voir l'information professionnelle correspondante		

Tableau extrait de la référence n°9 (Recommandations pour la prévention de la coqueluche, OFSP et CFV)

-
- a Les antibiotiques de la famille des macrolides disponibles en Suisse ne sont autorisés qu'à partir de 6 mois. Les données publiées concernant leur efficacité contre la coqueluche et leur tolérance chez les nourrissons de moins de 6 mois sont limitées. Toutefois, des petites études ont pu montrer l'efficacité chez les enfants de 1-5 mois et les données disponibles montrent que l'azithromycine (dès la naissance) comme la clarithromycine pour les nourrissons de 1-5 mois est bien tolérée et mieux tolérée que l'érythromycine. Comme le risque de graves complications chez les nourrissons de moins de 6 mois est très élevé, l'azithromycine ou la clarithromycine sont utilisées pour le traitement ou la prophylaxie post-expositionnelle chez les nourrissons ≥ 1 mois et < 6 mois. Comme il existe peu de données concernant la sécurité d'utilisation de la clarithromycine chez les nourrissons < 1 mois et que celle-ci est chimiquement similaire à l'érythromycine (risque potentiel plus élevé de sténose hypertrophique du pylore), l'azithromycine est préférée pour les nourrissons < 1 mois.
- b À cause d'un risque plus élevé d'ictère nucléaire chez les nouveau-nés, la TMP-SMX est contre-indiquée chez les nourrissons < 2 mois et chez les femmes enceintes dans le dernier trimestre.
- c Azithromycine : des études expérimentales sur des animaux n'ont pas mis en évidence d'atteintes sur le fœtus. Clarithromycine : des expériences sur les animaux ont démontré des effets négatifs sur le fœtus (effets toxiques sur le fœtus/l'embryon). C'est pourquoi l'azithromycine est conseillée comme traitement de choix chez les femmes enceintes. Il n'existe cependant aucune étude bien contrôlée chez les femmes enceintes, de sorte que l'azithromycine ne doit être administrée durant la grossesse, qu'en cas de nécessité avérée.



Pourquoi la coqueluche est-elle importante ?

La coqueluche est une maladie infectieuse très contagieuse qui se propage facilement par gouttelettes.

- La coqueluche peut entraîner des maladies graves, voire la mort, en particulier chez le nourrisson de moins de six mois qui n'est pas encore vacciné ou qui ne l'est que partiellement.

La coqueluche s'accompagnant, notamment au début, de symptômes non spécifiques, la maladie n'est pas toujours facile à diagnostiquer. C'est pourquoi la coqueluche doit être recherchée à la moindre suspicion.

Seuil d'intervention : un cas suspect de coqueluche = mise en œuvre de la présente directive

- Si la coqueluche est confirmée → poursuite des mesures
- Si la coqueluche n'est pas confirmée → arrêt des mesures (sur décision du médecin du centre)



Personnes à risque

- Nourrissons de moins de six mois



Mesures préventives : vaccination

Un vaccin pouvant protéger contre la coqueluche est disponible. Les recommandations relatives à la vaccination [9] sont les suivantes :

- Vaccination de tous les enfants à l'âge de deux, quatre et douze mois, de quatre à sept ans et de onze à quinze ans^d (cinq doses au total).
- Vaccinations de rattrapage recommandées jusqu'à l'âge de quinze ans.
- Une dose unique de vaccin contre la coqueluche (en tant que rappel ou primo-vaccination) recommandée chez tous les adultes à l'âge de 25 ans.
- Vaccination recommandée aux femmes enceintes à chaque grossesse, quelle que soit la date de la dernière vaccination ou infection, idéalement au cours du deuxième trimestre de grossesse [10], afin de protéger le nourrisson.
- Il est recommandé aux femmes qui n'ont pas été vaccinées pendant la grossesse de le faire après l'accouchement si la dernière vaccination contre la coqueluche remonte à dix ans ou plus.
- Vaccination recommandée à tous les adolescents et adultes régulièrement en contact avec des nourrissons de moins de six mois dans le cadre familial ou professionnel (personnel du centre) et dont la dernière vaccination contre la coqueluche remonte à dix ans ou plus.

Immunité

- Les données actuelles concernant la durée de l'immunité protectrice après une infection sont très hétérogènes (entre 7 et 20 ans) [11]. On ne sait pas précisément combien de temps dure la protection vaccinale après qu'un vaccin a été administré, toutefois des études chez l'enfant montrent un net déclin de la protection vaccinale dès les cinq premières années suivant la dernière vaccination contre la coqueluche [12, 13].
- On considère que les personnes (adultes) n'ayant ni eu de coqueluche confirmée par un laboratoire **ni** été vaccinées contre la maladie (dTpa) au cours des dix dernières années ne sont pas immunes [14].
- Déterminer l'immunité à partir d'un taux d'anticorps n'est pas indiqué en raison d'un manque de fiabilité.

Contre-indications à la vaccination :

- Réaction allergique sévère (anaphylaxie) à des vaccinations antérieures ou à certains composants des vaccins

Précautions à prendre pour la vaccination :

- Reporter la vaccination en cas de maladie aiguë grave

d Pertussis (abréviation p₆ ou P₆) toujours combiné au tétanos et à la diphtérie et, selon l'âge, à la poliomyélite, à **Haemophilus influenzae** type b et à l'hépatite B ; voir chapitre 3.

2. Définitions

Définitions de cas

Cas suspect de coqueluche

Patient présentant les manifestations cliniques de la coqueluche, mais sans confirmation (ou en attente de confirmation) par le laboratoire (au moins un des critères suivants) :

- Toux persistante (quatorze jours minimum) sans signe d'amélioration
- Quintes de toux
- Toux accompagnée d'un stridor à l'inspiration ou
- Toux accompagnée de difficultés à respirer, d'une cyanose et/ou de bradycardie (chez le nourrisson)

Cas de coqueluche

- Confirmation en laboratoire par PCR (réaction en chaîne par polymérase) ou par culture d'une infection à **B. pertussis** chez un cas cliniquement suspect **ou**
- Cas suspect ayant été en contact avec un cas de coqueluche confirmé par laboratoire 4 à 21 jours avant que la maladie ne se déclare (symptômes catarrhaux)

Contacts

Ne sont concernés que les contacts qui ont eu lieu pendant la période de contagiosité (à partir de l'apparition des symptômes (**stade catarrhal**) et jusqu'à 21 jours après le début de la toux ou jusqu'à cinq jours après le commencement d'un traitement antibiotique contre la coqueluche).

Contacts probables ou avérés

- Personnes partageant la même chambre
- Personnes qui se sont entretenues avec le malade (amis, visiteurs et personnel)

Contacts possibles

- Personnes résidant dans le même centre, mais pas dans la même chambre
- Contact très furtif

S'il n'est pas possible d'identifier avec certitude les contacts dans le centre : ne pas hésiter, en cas de doute, à considérer les personnes comme des contacts possibles, y compris le personnel d'encadrement.

Groupe à risque

- Nourrissons de moins de 6 mois

Personnes avec contacts à risque

Personnes à risque accru d'exposer un nourrisson de moins de six mois :

- Femme au troisième trimestre de grossesse
- Membre de la famille d'un nourrisson de moins de six mois
- Personne en contact avec un nourrisson de moins de six mois dans le cadre professionnel (professionnels de santé, personnel du centre, personnel éducatif, etc.)



3. Procédure au centre pour requérants d'asile

Procédure en présence d'un cas suspect ou confirmé

Isolement : gouttelettes^e

- Objectif : séparer le cas de coqueluche des groupes à risque et des personnes avec contacts à risque afin de protéger ces derniers d'une transmission.
 - Logement en chambre individuelle ou dans un cercle familial restreint (dans la même pièce) avec le moins de contacts possibles avec les autres résidents du centre. Tout contact avec des jeunes enfants (en particulier avec des nourrissons de moins de six mois), des femmes au troisième trimestre de grossesse et des personnes en contact étroit avec eux devrait être évité.
 - Mise à disposition de douches séparées. Si ce n'est pas possible, le cas suspect ou confirmé doit se doucher après tous les autres requérants.
 - Durée de l'isolement : jusqu'à 21 jours compris après le début de la toux ou cinq jours à partir du commencement d'un traitement antibiotique approprié.
- Exclusion du cas suspect ou confirmé de l'école, de la crèche ou du travail, jusqu'à la fin de la période d'isolement, si la fréquentation de ces lieux peut entraîner des contacts avec des nourrissons de moins de six mois

Protection bucconasale : masque chirurgical

- Pour le cas suspect ou confirmé et les autres personnes en isolement si, exceptionnellement, ceux-ci quittent la chambre d'isolement
- Pour le personnel d'encadrement, lorsqu'il pénètre à l'intérieur de la chambre d'isolement
- NB : le cas suspect ou confirmé et les autres personnes en isolement ne portent pas de masque à l'intérieur de la chambre d'isolement

Déclaration au médecin du centre, au médecin cantonal, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'enca- drement

- Déclaration par le personnel infirmier du cas suspect ou confirmé dans les plus brefs délais, au plus tard dans les 24 heures, au médecin du centre, à P&A, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement
- Déclaration par le médecin du centre du cas confirmé au médecin cantonal^f

Mesures diagnostiques à mettre en œuvre

- Confirmation de la coqueluche chez le cas suspect dans les meilleurs délais par le laboratoire (*voir fiche*)

Traitement

Selon *tableau n°1 ci-dessus*

^e Voir *Mémento Isolement* au chapitre 10.

^f Sur le plan formel, la coqueluche n'est pas une maladie à déclaration obligatoire. Si un cas de coqueluche est observé dans un établissement de santé ou une structure d'accueil collectif (dont les centres pour requérants d'asile) hébergeant des nourrissons de moins de six mois, il convient de le déclarer afin de prévenir la transmission de la maladie [15]. L'enquête d'entourage étant parfois difficile dans les centres pour requérants d'asile, il est préférable de faire une déclaration dans tous les cas. Pour cela, il convient d'utiliser le formulaire « Flambée de cas ».

Mesures à mettre en œuvre pour les contacts

Identification dans les 24 heures par le personnel infirmier. La priorité doit être mise sur les personnes appartenant aux groupes à risque et celles qui ont des contacts à risque (tels que définis *sous point 2*).

Une classification des contacts selon les catégories « immuns » et « non immuns » n'est pas pertinente, car la durée de l'immunité protectrice après une infection ou une vaccination reste incertaine. La décision d'instaurer une prophylaxie post-expositionnelle est subordonnée à l'appartenance à un groupe à risque ou à un groupe de personnes ayant des contacts à risque.

Contacts symptomatiques

- Les contacts présentant des signes d'infection respiratoire sont considérés comme des cas suspects, c'est donc la *procédure en présence d'un cas suspect de coqueluche* qui s'applique.

Contacts asymptomatiques

- Chimio prophylaxie post-expositionnelle :
 - La chimio prophylaxie post-expositionnelle est administrée uniquement lors d'un cas de coqueluche confirmé.
 - Les contacts asymptomatiques appartenant à un groupe à risque ou à un groupe de personnes ayant des contacts à risque reçoivent une chimio prophylaxie post-expositionnelle comme indiqué au *tableau n°1*, indépendamment de leur âge et de leur statut vaccinal (si le dernier contact avec le malade a eu lieu moins de 21 jours auparavant).
- Éviter tout contact avec les nourrissons de moins de six mois, les femmes au troisième trimestre de grossesse et les personnes en contact étroit avec eux.
- Si un contact présente des signes d'infection respiratoire dans les 21 jours qui suivent le dernier contact avec le malade, il doit le signaler dans les plus brefs délais. On procède alors aux mêmes démarches que pour un cas suspect de coqueluche.
- La vaccination contre la coqueluche n'est pas appropriée pour une prophylaxie post-expositionnelle, car elle ne peut éviter à une personne qui a été exposée à la coqueluche de développer la maladie. Il convient toutefois de contrôler le statut vaccinal de tous les contacts et, le cas échéant, de faire des vaccinations de rattrapage (*voir chapitre 1 : Mesures préventives*) afin d'éviter une infection à l'avenir. La vaccination peut se faire en même temps que la chimio prophylaxie post-expositionnelle.
- Chez le nourrisson de moins de six mois qui n'est pas vacciné ou qui l'est de manière incomplète, la primovaccination peut être avancée comme suit [9] :
 - La première dose dès la sixième semaine de vie
 - Si le nourrisson n'est pas complètement vacciné (une dose administrée), la dose suivante peut être administrée dans un délai d'un mois au lieu des deux mois habituels.
- Selon l'ampleur de la flambée, la chimio prophylaxie post-expositionnelle peut éventuellement être étendue à un cercle plus large de personnes (p. ex., chimio prophylaxie chez tous les enfants et les adultes vaccinés de manière incomplète, y compris le personnel d'encadrement).

Exclusion des contacts

- Pas d'exclusion de l'école, de la crèche, ni du travail, mais éviter les contacts avec des personnes appartenant à un groupe à risque (et autant que possible avec des personnes ayant des contacts à risque) pendant cinq jours en cas de chimioprophylaxie post-expositionnelle ou 21 jours après le dernier contact avec la personne infectée en l'absence de chimioprophylaxie.

Interruption des transferts de contacts

- Pas de transfert des **autres personnes en isolement** dans un nouveau centre jusqu'à la fin de la période d'isolement (21 jours après une exposition sans traitement ou jusqu'à cinq jours après le début d'une chimioprophylaxie post-expositionnelle).
- Pas d'interruption de transfert des autres contacts dans un nouveau centre, mais éviter autant que possible les transferts dans des centres hébergeant des nourrissons de moins de six mois pendant cinq jours en cas de chimioprophylaxie post-expositionnelle ou 21 jours après le dernier contact avec la personne infectée en l'absence de chimioprophylaxie post-expositionnelle dans le nouveau centre.



4. Tâches / flux d'information

Personnel infirmier

- Mise en place des mesures d'isolement
 - Déclaration du cas suspect ou confirmé au médecin du centre, à la direction du centre et à la direction de l'encadrement dans les 24 heures
 - Établissement dans les 24 heures d'une liste des contacts, conjointement avec P&A et le personnel d'encadrement
 - Contrôle du statut vaccinal des contacts
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin du centre et le médecin cantonal
-

Direction du centre, direction de l'encadrement et P&A

- Information des collaborateurs du Secrétariat d'État aux migrations (SEM), du personnel d'encadrement, du personnel de sécurité et des résidents du centre concernant la maladie et les mesures nécessaires
 - Coordination des admissions et des transferts
-

Médecin du centre

- Déclaration du cas au médecin cantonal dans les 24 heures
 - Information du SEM concernant le cas suspect et l'interruption des admissions et des transferts dans les 24 heures
 - Mise en œuvre des mesures post-expositionnelles en collaboration avec le médecin cantonal et le personnel infirmier
-

Médecin cantonal

- Coordination de l'enquête d'entourage et des mesures post-expositionnelles
- Responsabilité de la communication avec l'OFSP et, au besoin, avec d'autres cantons, le corps médical, le personnel de santé et la population



5. Interruption des admissions et des transferts dans d'autres centres pour requérants d'asile

Admissions

Interruption des admissions des nourrissons de moins de six mois et des femmes au troisième trimestre de grossesse

Transferts

Cas de coqueluche

- Pas de transfert dans un autre centre jusqu'à la fin de la période d'isolement (21 jours après le début de la toux ou cinq jours après le commencement d'un traitement antibiotique approprié)

Contacts

- Pas de transfert dans d'autres centres des **autres personnes en isolement** jusqu'à la fin de la période d'isolement (21 jours après une exposition sans traitement ou cinq jours après le début d'une chimioprophylaxie post-expositionnelle).
- Transfert des autres contacts dans un nouveau centre possible, mais éviter autant que possible les transferts dans un centre hébergeant des nourrissons de moins de six mois pendant cinq jours en cas de chimioprophylaxie post-expositionnelle ou 21 jours après le dernier contact avec la personne infectée en l'absence de chimioprophylaxie post-expositionnelle.



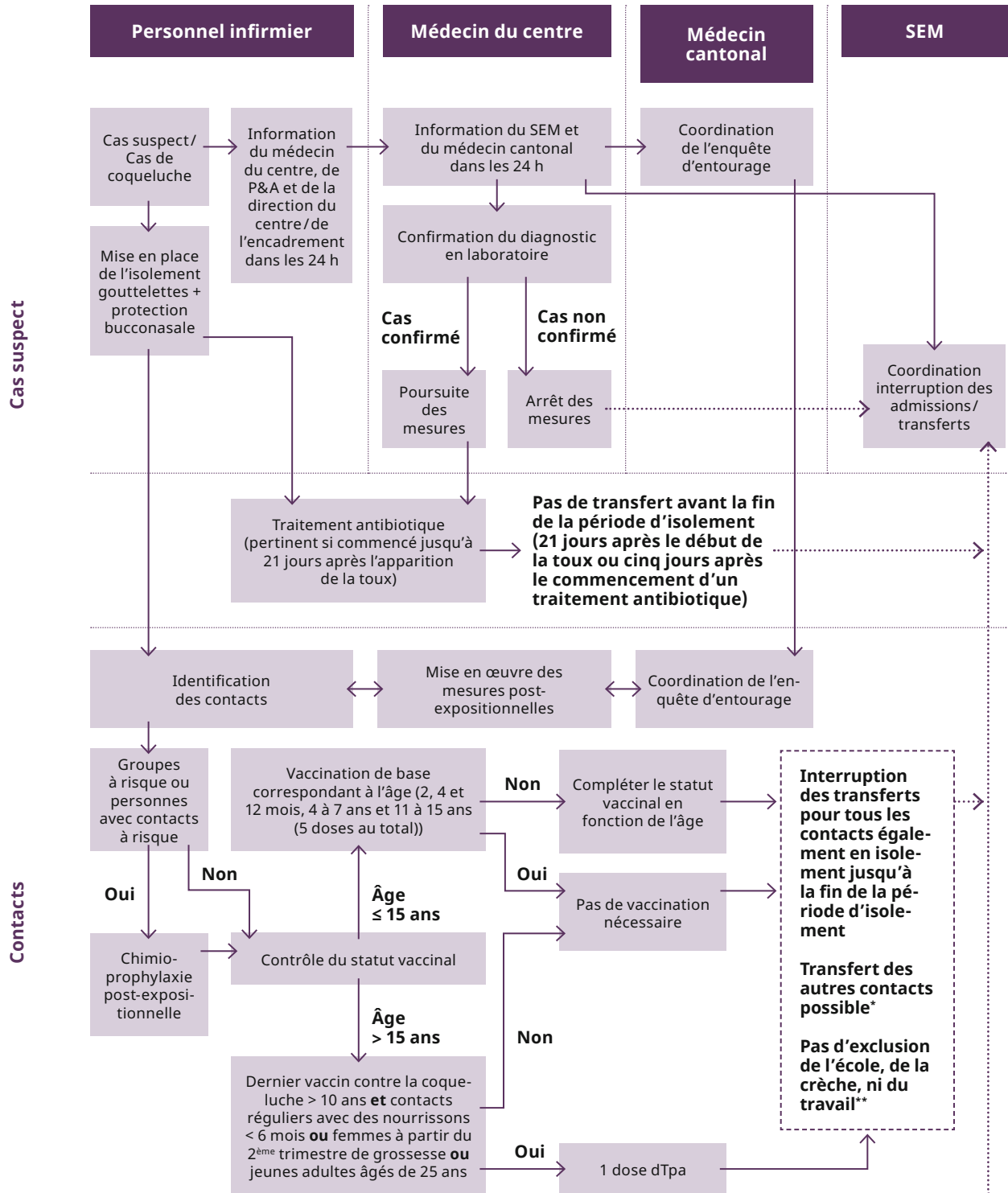
6. Informations pour les résidents du centre

Information sur la coqueluche à donner par le personnel infirmier à tous les résidents du centre et au personnel d'encadrement :

- Actuellement, il y a dans le centre des personnes atteintes de la coqueluche.
- Il faut donc prendre des mesures spéciales pour éviter la propagation de la maladie.
- La coqueluche est une maladie très contagieuse qui se transmet par des gouttelettes.
- La coqueluche peut connaître une évolution très sévère chez les nourrissons de moins de six mois.
- Pour éviter la transmission, le malade porte un masque lorsqu'il entre en contact avec d'autres personnes. Il faudrait autant que possible éviter d'être en contact avec lui tant qu'il est contagieux.
- Les nourrissons de moins de six mois, les femmes au troisième trimestre de grossesse et les personnes qui sont en contact étroit avec des nourrissons de moins de six mois ou des femmes au troisième trimestre de grossesse seront, par précaution, traités par des antibiotiques et éventuellement vaccinés, s'ils ont été en contact étroit avec la personne malade.
- Pour se protéger de la coqueluche, il est recommandé de se faire vacciner.
- Toute personne qui tousse doit le signaler au plus tôt au personnel infirmier.



7. Algorithme : procédure en présence d'un cas suspect de coqueluche



* Éviter autant que possible les transferts dans des centres où se trouvent des nourrissons de moins de six mois au cours des 21 jours suivant une exposition sans chimioprophyllaxie post-expositionnelle ou cinq jours avec une chimioprophyllaxie post-expositionnelle.
 ** Éviter autant que possible les contacts avec les groupes à risque ou les personnes avec contacts à risque au cours des 21 jours suivant une exposition sans chimioprophyllaxie post-expositionnelle ou cinq jours avec une chimioprophyllaxie post-expositionnelle.

8. Bibliographie

1. Mattoo S, Cherry JD. Molecular pathogenesis, epidemiology, and clinical manifestations of respiratory infections due to *Bordetella pertussis* and other *Bordetella* subspecies. *Clin Microbiol Rev.* 2005; 18(2): 326
2. Liu BC, McIntyre P et al. Pertussis in older adults: prospective study of risk factors and morbidity. *Clin Infect Dis* 2012; 55(11): 1450–6
3. Crowcroft NS, Pebody RG. Recent developments in pertussis. *Lancet* 2006; 367: 1926–36.
4. Heining U, Cherry JD et al. Comparative Efficacy of the Lederle/Takeda acellular pertussis component DTP (DTaP) vaccine and Lederle whole-cell component DTP vaccine in German children after household exposure. *Pertussis Vaccine Study Group. Pediatrics* 1998; 102: 546–53.
5. Edwards KM, Decker D. Pertussis vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, editors. *Vaccines*. 5th ed. Saunders Elsevier, 2008: 467–517.
6. Tiwari T, Murphy TV, Moran J. Recommended antimicrobial agents for the treatment and postexposure prophylaxis of pertussis: 2005 CDC Guidelines. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54: 1–16.
7. Zouari A, Smaoui H, Kechrid A. The diagnosis of pertussis: which method to choose? *Crit Rev Microbiol* 2012; 38: 111–21.
8. Guiso N, Berbers G et al. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. *Eur.J.Clin. Microbiol.Infect.Dis.* 2011; 30(3): 307–12.
9. Recommandations pour la prévention de la coqueluche. Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations. Disponible à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/keuchhusten.html>. État : novembre 2018.
10. Berger C, Niederer-Loher A et al. Vaccination contre la grippe saisonnière et la coqueluche pendant la grossesse. *OFSP-Bulletin* 2019; 5: 12–14
11. Wendelboe AM, Van RA et al. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24: 58–61.
12. Klein NP, Bartlett J, Rowhani-Rahbar A et al. Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *N.Engl.J.Med.* 2012; 367(11): 1012–9.
13. Misegades LK, Winter K, Harriman K et al. Association of childhood pertussis with receipt of 5 doses of pertussis vaccine by time since last vaccine dose, California, 2010. *JAMA* 2012; 308(20): 2126–32.
14. Mesures de prévention et de contrôle des flambées de coqueluche dans les établissements de santé et les structures d'accueil collectif pour la protection des nourrissons de moins de 6 mois. Office fédéral de la santé publique. *OFSP-Bulletin* 2013; 13: 188–92.
15. Déclaration des cas de coqueluche dans les établissements de santé et les structures d'accueil collectif avec des nourrissons de moins de 6 mois. Office fédéral de la santé publique. *OFSP-Bulletin* 2014; 49: 853
16. Heymann D and American Public Health Association. *Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association.* APHA Press. 2015; 20th Edition.

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Secrétariat d'Etat aux migrations SEM
Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern