

Intégration interdisciplinaire dans l'approche du requérant d'asile

Dr Xavier Sanchis Zozaya (La Fondation de Nant)

M. Florent Blaser (EVAM)

Prof. Patrick Bodenmann (PMU)

Agenda

- Contexte
- Clinique
- Question

- Approche pragmatique d'une clinique complexe
- « Psychosociosomatisation »
- Situations à risque

- Conclusions

Agenda

- **Contexte**
- **Clinique**
- **Question**

- Approche pragmatique d'une clinique complexe
- « Psychosociosomatisation »
- Situations à risque

- Conclusions

Contexte

Requérant d'asile et santé :
du soma
au psy
en passant par
le **psycho-socio-soma**



Clinique



16.12.2016

PB

5



16.12.2016

- céphalées
 - dorsalgies
 - fatigue
 - troubles du sommeil
 - troubles digestifs
 - troubles mictionnels
 - troubles sexuels
 - affections cutanées
- certification médicale*

PB

6



16.12.2016

→ **certification médicale*** car

- sortie abris PC
- amélioration conditions de logement
- rapport pour l'avocat (SAJE)
- demande du SPOP
- demande du SEM (« Berne »)
- avoir une activité occupationnelle ou de formation

<https://www.evam.ch/nos-sites>

<https://www.evam.ch/documentation/>

FB

7

Ahmed

- 32 ans
- Régime totalitaire de l'Afrique de l'Ouest : employé, très croyant
- Confié par ses parents à un oncle; l'oncle devient « ennemi » du régime
- Caché par des amis qui l'incitent à fuir de son pays

Au cabinet :

- Regard fixe, craintif
- Céphalées, inappétence, douleurs au bas ventre, troubles du sommeil
- Demande: certificat médical afin de quitter l'hébergement de Crissier

Question





Agenda

- Contexte
- Clinique
- Question

- **Approche pragmatique d'une clinique complexe**
- **« Psychosociosomatisation »**
- **Situations à risque**

- Conclusions

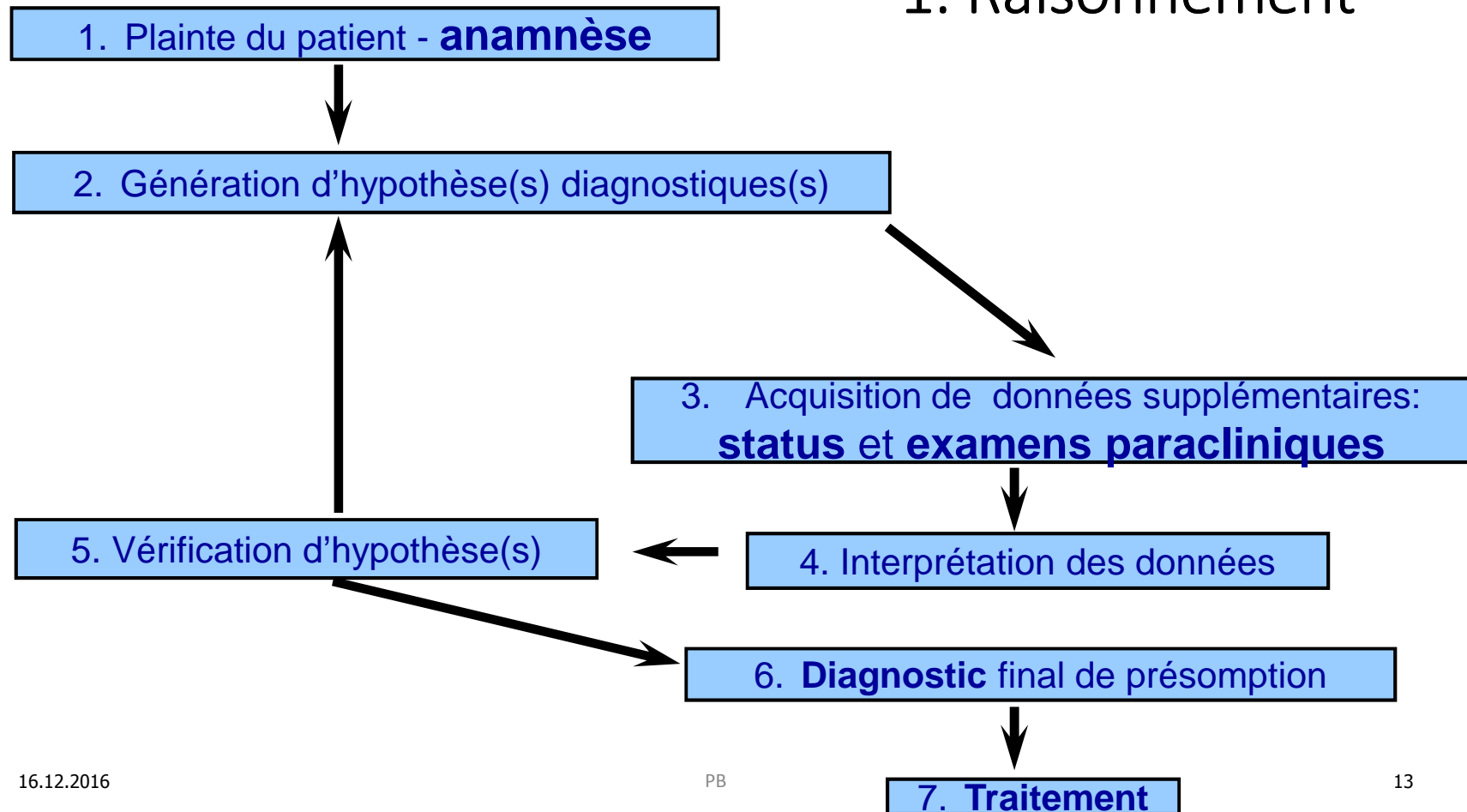
Approche pragmatique

1. Raisonement connu

2. Nouvelle écoute

3. Intervention intégrée

1. Raisonnement



2. Nouvelle écoute

Demande d'Ahmed



Écoute du soignant

Soma
Social

Psy

Soma
Social
Psy

Références (qui soutiennent cette nouvelle écoute)

- Élise Pestre, « Instrumentalizing the Refugee's Body Through Evidence » Recherches en psychanalyse 2012
- Kaes & al, "Différences culturelles et souffrance de l'identité", Ed. Dunod , Paris, 1998.
- J. Achotegui, "Immigrants Living in extrême situation: Immigrant Syndrome with chronic And multiple stress (The Ulysses Syndrome).", 2004.
- Larry A. Green, "Advancing Care Together by Integrating Primary Care And Behavioral Health", Journal of the American Board of Family Medecine, 2015.
- Déborah J. Cohen & Co, " Integration Behavioral Health And Primary Care: Consulting, Coordinating And Collaborating Among Professionals", Journal of the American Board of Family Medecine, 2015.
- "Santé mentale et appui psychosocial pour les réfugiés, requérants d'asile et migrants en déplacélement en Europe". UNHCR, WHO, UNICEF, CICR, Médecins du Monde, entre autres. 2015.
- « A mistake of separating primary care from mental health care", www.somapsy.org, 2015.

De la Psychosomatisation à la Psychososociosomatisation

Le corps "exprime" ce que la psyché ne parvient pas à penser et à « mettre en mots », car :

- **Vécu émotionnel trop intense**
- **Références culturelles, croyances, langue différent**
- **Système d'évaluation du droite d'asile:** se focalise sur
 - → des « preuves » inscrites sur le corps
 - → des preuves documentées sur papier

Le professionnel doit initier ce travail de penser et mettre en mot, tout en assurant un cadre de prise en charge soutenant et sécurisant.

3. Intervention intégrée

- **Traiter LA demande (sans oublier les autres demandes) :**
quel est le premier problème que nous devons traiter ensemble ?
- **Ne pas donner de faux espoirs :**
je n'ai pas toutes les solutions, mais nous pouvons avancer ensemble
- **Reconnaître la souffrance**
je sens votre souffrance, je vais vous accompagner
- **Intégrer la temporalité**
- **S'entourer d'autres professionnels**

3. Intervention intégrée

S'entourer d'autres professionnels* :

- Mieux les **connaître**
- Ne pas faire à **leur place**
- Etablir une **stratégie commune** de prise en charge (qui est le leader ?)
- **Vérifier régulièrement** que cela fonctionne



Ahmed

- 1^{ère} demande : **certificat médical**
- Soma :
 - J'accueille la demande initiale et les problèmes somatiques.
 - Je contacte l'assistant social (AS) à qui je confie le patient
- L'AS évalue la situation sociale et administrative.
- Échange entre médecin et AS: souffrance psychique ?
- Le psychiatre intervient :
 - Évaluation psychiatrique > Échange avec le médecin et l'AS > Stratégie commune.
 - Mise en place du traitement: commencer à "psychiser" les problèmes somatiques et sociaux!

➔ **Certificat !!!**

Situations à risque de somatisation*

1. PTSD
2. Dépression / accumulation de deuils
3. États anxieux
4. Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (pas nécessaire d'avoir eu un PTSD)
5. Précarité (perte de l'enveloppe culturelle et des compétences linguistiques, situation sociale et administrative instable)

Agenda

- Contexte
- Clinique
- Question

- Approche pragmatique d'une clinique complexe
- « Sociopsychosomatisation »
- Situations à risque

- **Conclusions**

L'intégration **soma-psy-sociale** est-elle vraiment nécessaire ?

NON

- La complexité est plus sociale que médicale ou psychiatrique...
- Il faut laisser de côté les aspects sociaux, éthiques et humanistes... la science d'abord.
- Je suis médecin, je ne suis pas obligé de faire du social ou du psy... Je suis psy je ne fais pas du social...
- Le système est comme ça... et ne nous laisse pas travailler autrement...

OUI

- C'est le **remède** pour ne pas rester seul... contre la frustration, nos stéréotypes, notre fatigue...
- Plusieurs points de vue = plus de **créativité**...
- Répondre à la **diversité** à travers notre diversité.
- L'être humain est ainsi...

Intégration interdisciplinaire dans l'approche du requérant d'asile

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

xavier.sanchis@nant.ch

florent.blaser@evam.ch

patrick.bodenmann@hospvd.ch



Matériaux*

- Certificat / hébergement
- Autres professionnels :
brochure AS et sociaux
somaticiens infirmiers / médicaux au sein de réseau
réseau psy
- Références bibliographiques en dernière slide ?
- Carte du RESAMI: qui-quoi ?

PTSD (CIM-10)

- **Flash-backs événement traumatique**
- **Rêves ou cauchemars événement traumatique**
- **Anesthésie psychique, émoussement émotionnel...**
- Hypervigilance, hyperactivité neurovegetative...
- Détachement des autres, isolement, évitement des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme

ÉPISODE DÉPRESSIF (CIM-10) (ACCUMULATION DE DEUILS)

- **Abaissement de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir**
- **Baise d'énergie**
- **Diminution estime de soi**
- Troubles neurovégétatifs: insomnie, diminution appétit, troubles digestifs, miccionnels, sexuels,...
- Idées de culpabilité ou dévalorisation.

TROUBLES ANXIEUX / NÉVROTIQUES (CIM-10)

- Phobies
- Troubles panique
- Anxiété généralisée
- Troubles dissociatifs
- Syndrome douloureux somatoforme persistant

MODIFICATION DURABLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE EXPÉRIENCE DE CATASTROPHE (CIM-10)

(Pré-requis pour le diagnostique)

- Toujours précédé par un événement catastrophique :
emprisonnement, torture, exposition prolongée à des situations de danger vital (bombardements, traversée de la mer,...)
- Pas nécessaire un PTSD au préalable !!!
- Les troubles constatés n'existaient pas avant.
- Doit exister depuis au moins deux ans (à ne pas oublier que la migration a pu être très longue, et que les événements de catastrophe vécus étaient au pays !!!)

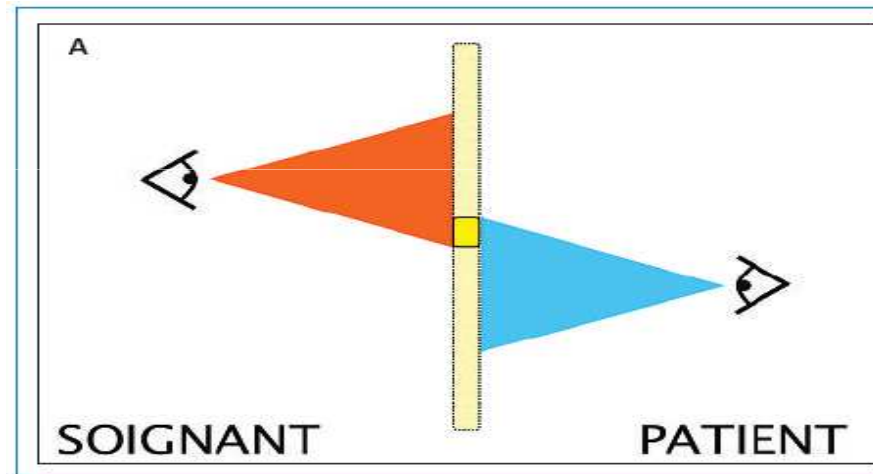
MODIFICATION DURABLE DE LA PERSONNALITÉ APRÈS UNE EXPÉRIENCE DE CATASTROPHE (CIM-10)

- **Impression permanente d'être "sur la brèche" / menacé**
- **Sentiment de vide ou de perte d'espoir**
- **Retrait social**
- **Attitude hostile et méfiante envers le monde.**
- **Détachement**

UN POUR
TOUS
TOUS
POUR UN

Explorer les croyances / représentations de maladie / traitement, en utilisant le **modèle explicatif de la maladie** selon le patient

1. Cause
2. Nom
3. Début
4. Savoir
5. Gravité
6. Traitement et résultat
7. Problèmes majeurs
8. Crainte



Kleinman et al. *Ann Intern Med*, 1978

Une compréhension de la psychosomatisation

"Il s'agit d'une mise en échec momentanée de l'activité préconsciente, qui ne dispose plus de préformations linguistiques et figuratives"

(R. Kaës, 1998)

Le corps "exprime" ce que la psyché ne parvient pas à penser et à mettre en mot, car le vécu émotionnel est trop intense.

Le professionnel doit initier ce travail de penser et mettre en mot, tout en assurant un cadre de prise en charge soutenant et sécurisant.

Ahmed : demande de certification

- Sa demande initiale
- Rappel de comment est-ce que l'on fait pour un changement d'hébergement

- Certification au sens plus large :
« **L'instrumentalisation par la preuve du corps du réfugié** »

Élise Pestre,

« Instrumentalizing the Refugee's Body Through Evidence »

Recherches en psychanalyse 2012

*"Le sujet qui demande l'asile au sein d'un nouvel État doit témoigner des craintes de persécutions qu'il encoure dans son pays. Une fois réalisé l'examen minutieux de son **récit**, les **preuves corporelles** de ses allégations seront appréciées par les administrations. Les autorités porteront une attention toute particulière aux **corps** des requérants, dans l'objectif de valider – ou pas – leur témoignage, comme si les corps avaient **le pouvoir de conserver à jamais les empreintes visibles des blessures passées**. Cette **quête souveraine de corps meurtris** érige le **SOMA** en témoin incontournable du parcours d'asile du réfugié. "*

→ CAVE / SOMATISATION SOCIALE !!!!

Réflexions sur ce modèle d'intégration

- Attention à la déresponsabilisation quand on travaille en équipe.
- L'**intégration** ce n'est pas de l'indifférenciation des rôles et des compétences.
- Pour cela il faut connaître et reconnaître les **C**ompétences des autres, **C**ommuniquer et se **C**oordonner.
- **Humilité**... savoir écouter l'autre.

L'avis de chacun compte !

www.elearning-iq.ch



16.12.2016



CAS | Certificate of Advanced Studies
Certificat de formation continue

Santé et diversité:
comprendre et pratiquer
les approches transculturelles

octobre 2016 > juin 2017

Conclusions

PB

36

Axes de travail dans les prises en charge des patients migrants

Axe géopolitique et social

- Se donner les moyens de comprendre le contexte afin de situer le patient et l'aider à se situer
- Axe géopolitique:
 - Se renseigner sur l'histoire du pays, la situation actuelle...
- Axe social:
 - Explorer le projet migratoire (+ enjeux familiaux ou communautaires)
 - Comprendre les méandres du parcours d'asile en CH

Axe traumatique

- Traumatisme contagieux, affecte particulièrement les soignants (émotions – et +)
- Comprendre de quoi il est fait, pour comprendre comment il nous touche et ajuster la prise en charge
 - Particularités des traumatismes de violences collectives
 - Différences guerre – torture
 - Vécus traumatiques dans les parcours migratoires
- Prise en charge
 - Ajustement : entre le débordement et la perte d'empathie
 - Outils

Axe transculturel et ethnopsychiatrique

- S'intéresser à la culture d'origine dans un esprit de respect des compétences
 - étiologies des symptômes
 - Sens du vécu (souffrance, destin)
- Eclairage transgénérationnel (ancêtres, traditions familiales)
- Place du médiateur culturel

La gale



Santé et migration septembre 2016

G. Sérroux, infirmière USMi

E. Dory, CDC Centre des populations vulnérables

La gale (ou scabiose)

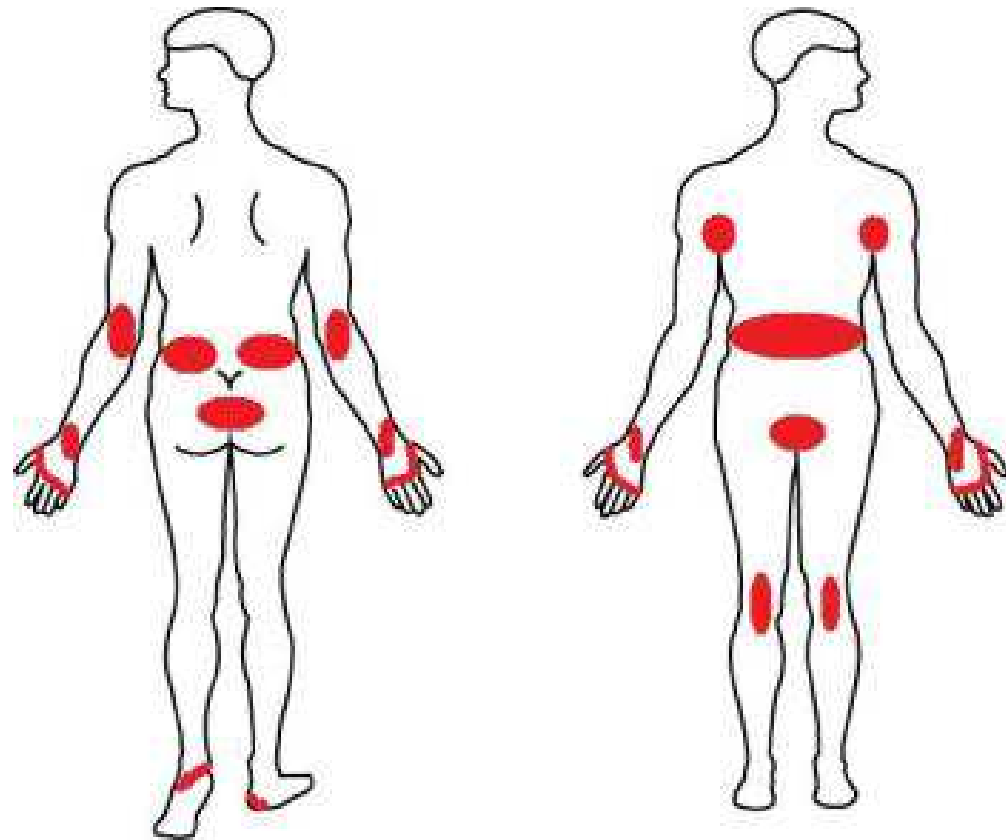


« Maladie de la peau liée à une infestation par un acarien, le sarcopte scabiei, var. hominis »

C'est une maladie très contagieuse, dont le diagnostic peut être parfois difficile à poser.

- Diagnostic clinique basé sur les symptômes et la localisation des lésions cutanées.
- Prurit intense, surtout nocturne
- Présence de papules, vésicules, sillon
- Lésions de grattage, parfois surinfectées
- Localisation : espaces interdigitaux, poignets, coudes, aisselles, zone génitale, etc.

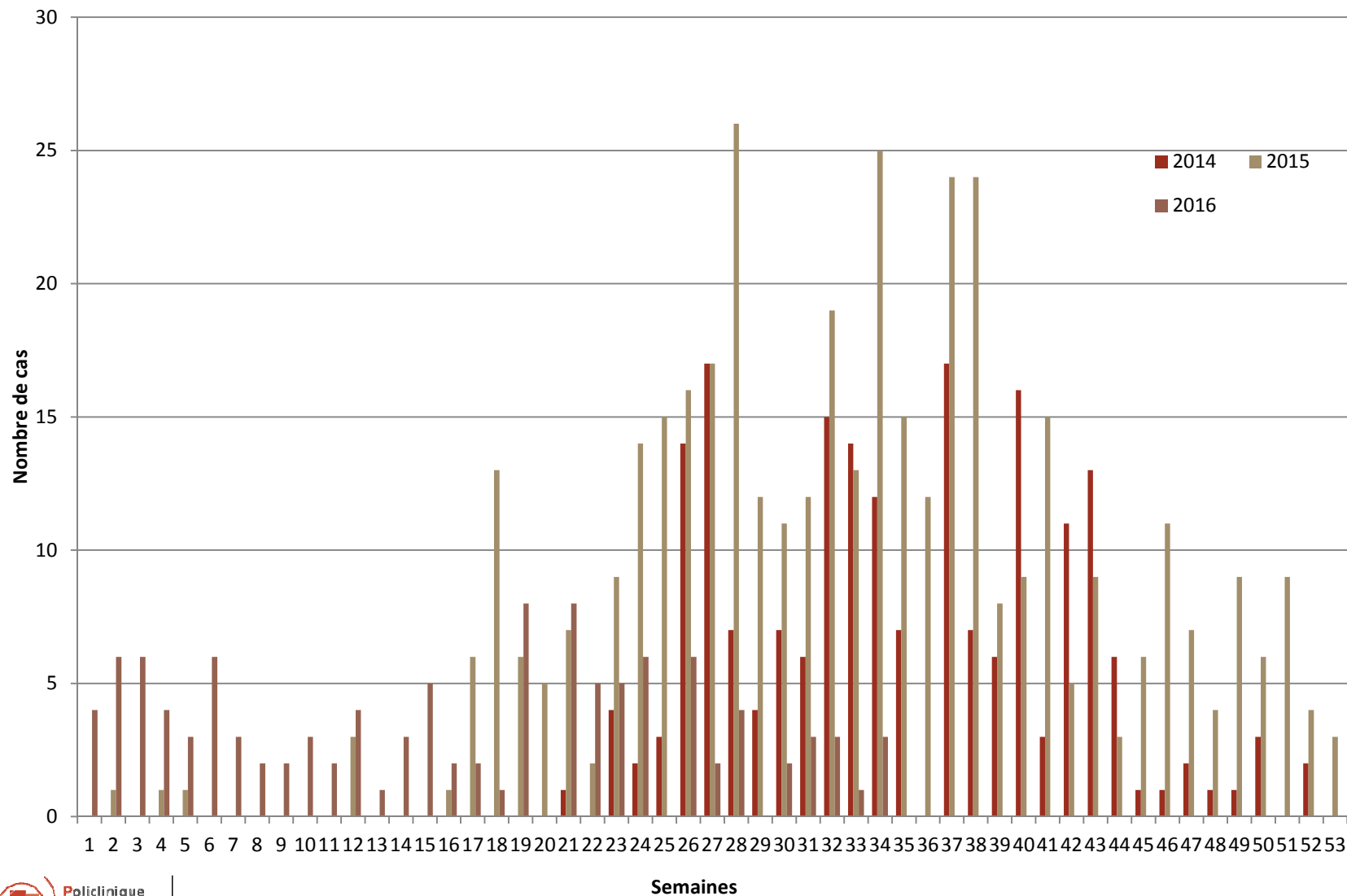
La gale (ou scabiose)



Incubation et transmission

- Période d'incubation silencieuse de 2-3 semaines, déjà contagieux.
- En cas de ré-infestation, période d'incubation de 3-4 jours.
- Transmission par **contact direct**, favorisée par la promiscuité.
- Contact avec literie, vêtements.
- Le prurit peut persister 1-2 semaine(s) après traitement.

Nombre de cas de gale par semaine chez les requérants d'asile attribués au canton de Vaud , CH - 2014, 2015 ,2016 .



	2014	2015	2016 ⁽²⁾
Total de cas de gale	203	418	97
Total arrivées sur VD	2154	3400	1318
⁽¹⁾			
<i>% cas de gale</i>	9.4%	12.3%	7.3%
Nouveau cas	167	271	52
<i>% nouveau cas</i>	82.3%	64.8%	53.6%
Ancien cas	16	88	10
<i>% ancien cas</i>	7.9%	21.1%	10.3%
Récidive	20	41	27
<i>% récidive</i>	9.9%	9.8%	27.8%
Traitement préventif	-	18	8
<i>% traitement préventif</i>	-	4.3%	8.2%

(1) Source EVAM ,nombre de nouveaux séjours VD

(2)Données 2016 jusqu'à semaine 26

Répartition selon le type de logement

	2014 ⁽¹⁾		2015		2016 ⁽²⁾		Total	
Abri PC	114	63.3%	288	68.8%	52	53.6%	454	65.3%
Foyers	60	33.3%	118	28.2%	33	34%	211	30.3%
Appartements	2	1.1%	8	1.9%	7	7.2%	17	2.4%
Hôtel/pension	4	2.2%	4	0.9%	5	5.1%	13	1.8%
TOTAL	180		418		97		695	

(1) Récidives non notifiées

(2) Données 2016 jusqu'à semaine 26

Principes généraux de traitement

Il est indispensable de traiter la (les) personne(s) atteinte(s) **ET** ses effets personnels, sous peine de risque d'échec de traitement et une rechute.

Traitement des personnes :

Le traitement de choix est l'**Ivermectine** associée à des comprimés d'**antihistaminiques** (Cerzine®) contre les démangeaisons.

- L'Ivermectine est donné en une seule dose , à 2 reprises jour 0 et jours entre 10 et 14 (*adapter en fonction réalité du terrain , abri PC essentiellement et disponibilité des intendants*).

Traitement des effets personnels :

- Pour le traitement des effets personnels, il convient de **laver à 60°C tous les vêtements, sous-vêtements et articles de literie**.
- Ce qui n'est pas lavable doit être traité avec un produit spécifique anti-acariens. Le matelas, l'oreiller et la couette ainsi que tous les articles non lavables doivent être traités avec un acaricide spécifique, **AU MOINS 8h après la prise d'Ivermectine**. Le premier choix est le Sanytol® anti-acariens
- **La literie (matelas , oreillers) traitée ne doit pas être utilisée dans les 12h suivant l'application du produit**

Précautions et contre-indications

Dans les foyers d'hébergement collectifs ou appartement, toutes les personnes vivant dans la même chambre/appartement doivent être traitées.

L'Ivermectine ne doit pas être utilisé chez la femme enceinte ou allaitante ni chez les enfants < 15kg → Perméthrine pommade 5% sur le corps entier et rincer après 8h

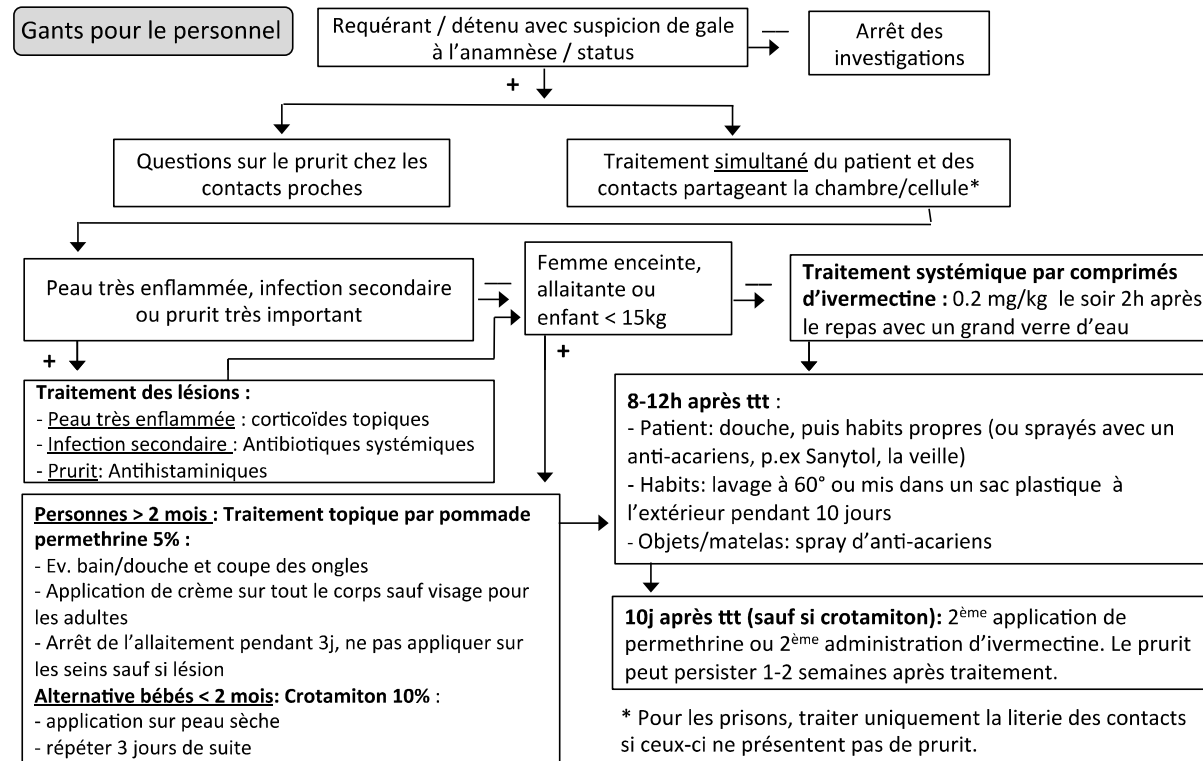
Effets indésirables de l'Ivermectine : principalement céphalées, vertiges, nausées.

L'Ivermectine et la Perméthrine ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie, mais pris en charge par l'EVAM. Stock de traitement (Ivermectine , cerzin et sanytol) dans les USMi

L'important de transmettre les cas diagnostiqués de gale parmi la population RA , particulièrement celle vivant en foyers collectifs (abri PC , foyer hors sol...):

- aux USMI de référence
- directement en contactant l'USMI liaison **079 556 28 38**

Algorithme prise en charge gale chez les RA et détenus du canton de vaud



Infections cutanées à *Staphylococcus aureus* producteur de la toxine Panton-Valentine

- Furoncles, abcès, folliculite
- Lésions multiples, récurrentes, faisant dans la plupart des cas suite à une gale
- > 40 cas documentés à la PMU et CHUV depuis 2014
- Le plus souvent chez des requérants d'asile originaires d'Erythrée
- *Staphylococcus aureus* sécrétant la toxine Panton-Valentine (PVL)
- La toxine PVL provoque une nécrose tissulaire-> lésions abcédantes



- Evolution défavorable sous co-amoxicilline (↑ taux de PVL)
- Traitement de choix : Clindamycine +/- drainage
- Dx par PCR sur frottis (Labo CHUV), résultat < 24h
- Complications: pneumonie nécrosante, ostéomyélite

Présentation RESAMI 15.9.2016

Nicola Leggieri

FMH Médecine Interne/ Maladies
Infectieuses

1^{ère} consultation: «plaintes notamment abdominales»

Migrant 26 ans, de Somalie, en Suisse depuis 6 mois

Douleurs abdominales diffuses chroniques, ne le réveille pas la nuit, perte de poids ?

Sang dans les selles?

Labo: FS avec répartition (HB, leuco. avec répartition, thrombo.), ferritine, ASAT, ALAT Ph Alc et GGT: Normal

Suspicion de stress post traumatique, critère de Rome: +

Que faites –vous?

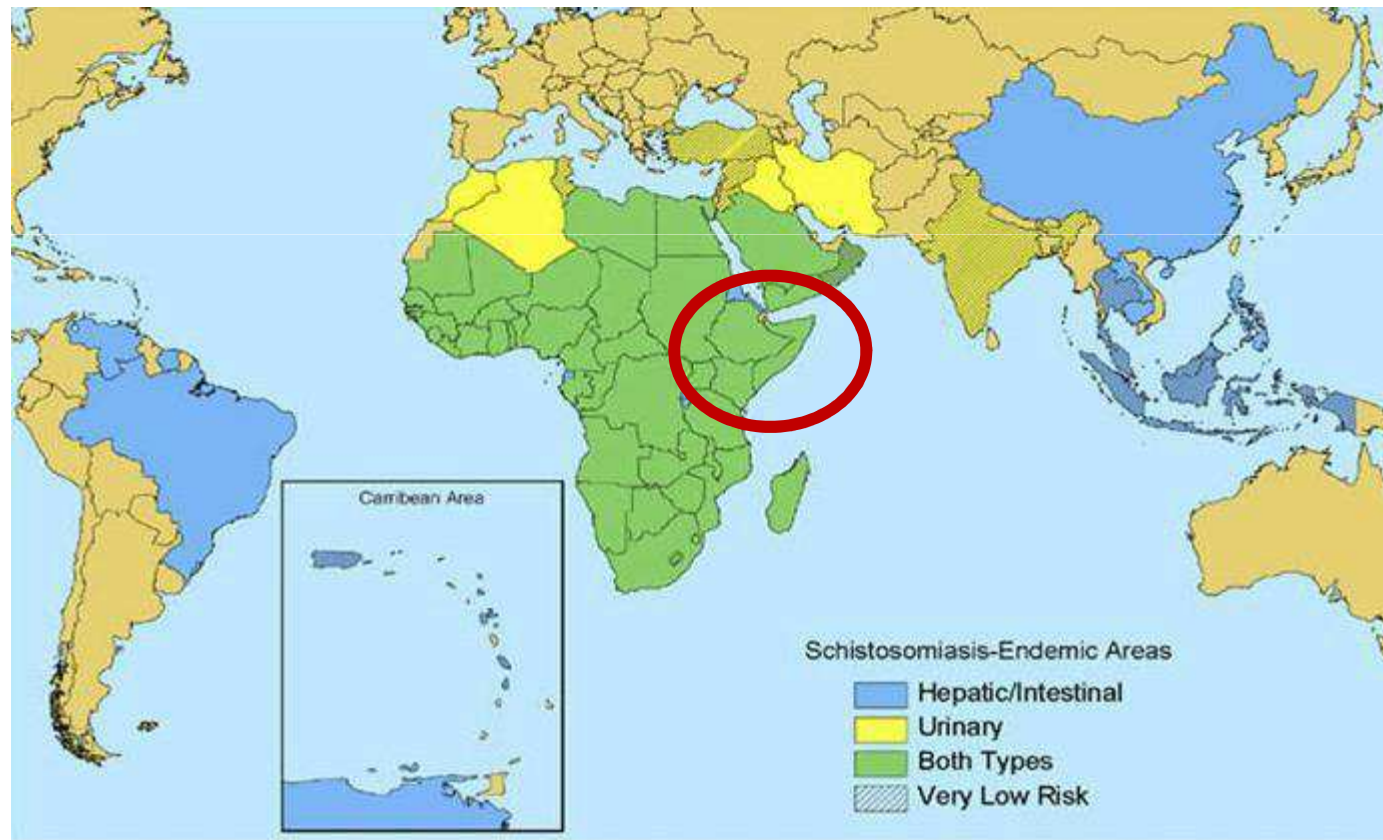
Schistosomiase

200 millions de personnes infectées

>90% Afrique

Migrants en Suisse: <10% Afr. centrale, Ouest

>20% Afr. Est



Diagnostic:

Sérologie

Suffisant pour traiter: Praziquantel 40mg/kg

Si besoin: selles ou/et urines

Préciser le parasites recherché

Plus fréquent /et ou plus sévère:

Hépatites

HIV

Take Home message:

Schistosomiase

Trouble fonctionnels digestifs, urinaires ou généraux en Afrique de l'Est

Une sérologie positive suffit pour traiter, si le patient ne revient pas en Consultation

Penser aux co-infections (foie, HIV, parasites, IU...)

La tuberculose : Aller à l'essentiel

Dr. Jesica Mazza-Stalder
Service de Pneumologie
CHUV
Médecin Conseil LPV
15.09.2016

Tuberculose pulmonaire active

M Tuberculosis complexe: M. Tbc 97.5%, M. Africanum 1.4% , M. Bovis 1.4%

- En Suisse 550 cas par année, dans le canton de VD entre 60 à 85 cas par année
 - Principalement chez des jeunes étrangers ou dans la population suisse âgée
- La Tb touche le poumon chez 72% de patients, 14% des ganglions extra-thoraciques, 8% des ganglions intra-thoraciques, 7% la plèvre, 5% est disséminée, touche le péritoine dans 3%, la colonne vertébrale dans 2%, et le SNC dans 2% des cas.

Think Tb! : Toux depuis plus de 3 semaines, douleurs thoraciques, perte de poids, sudations nocturnes, fièvre , hémoptysies

Diagnostic:

- **Rx de thorax:** Infiltrat apical, cavitation, nodules pulmonaires, lésions bilatérales de type « arbre en bourgeons »
- Expectorations spontanées ou provoquées, recherche de BAAR par examen direct (Auramine ou Ziehl-Nielsen) **avec une sensibilité de 20-80% (CHUV: 64%)**. Pas de différenciation possible entre *M. tuberculosis* complexe et autres mycobactéries (MNT)
- Techniques moléculaires de type **Genexpert** : Principal avantage: **rapidité !** Résultat en 2 h avec une **sensibilité de 91% (si BAAR + 98%) et spécificité de 99%** - permet d'identifier des souches **résistantes**
- La culture reste le **Gold Standard** (inconvenient: 8 semaines avant d'obtenir un résultat définitif)

Isolement du malade : indiqué si suspicion de Tb active (masque FFP2)

- Si **bacillaire** à l'examen direct, **isolement** pendant 15 jrs à Beaumont (chambre à pression négative)
- La Tb est une maladie à **déclaration obligatoire** (au SSP, Service du Médecin cantonal, ou à la LPV : les formulaires peuvent être téléchargés depuis le site http://www.bag-anw.admin.ch/infreporting/forms/f/tuberculose_f.pdf)

Traitement :

Tb sensible: Est initié par les pneumologues ou par les spécialistes en maladies infectieuses. de préférence en DOT

- **2HRZE4HR** - Avis pneumo si cas suspecte de Tb active.
- **TB multi-résistante (MDR)** : 1,4% du total de cas de Tb : Compétences très spécifiques requises pour son TTT
- Enquête d'entourage à charge de la **LPV**, mandatée par le Médecin cantonal adjoint pour les maladies transmissibles

Tuberculose Latente (ITBL)

Etat d'un sujet infecté mais non malade, aucun signe clinique ou radiologique, aucun risque de transmission de mycobactéries ; « Signature » immunologique de la réaction entre les mycobactéries et le système immunitaire (Ly T)

Tests IGRAs :

- Mesurent l'IFN- γ libéré par les lymphocytes après incubation d'un échantillon de sang en présence de peptides spécifiques présents uniquement chez MTBC (CFP10 et CFP 6). Les IGRAs ont une place **très limitée dans le diagnostic de la TB**, du fait **qu'ils ne distinguent pas l'ITBL de la Tb active**. La vaccination par le BCG ne positive pas le test, de même que l'exposition à une mycobactérie non-tuberculeuse (à l'exception de *M. kansasii*, *M. marinum* et *M. szulgai*, qui sont rarement responsables d'infections humaines)

T-spot-TB :

Résultat rapporté en nombre de Lymphocytes stimulés par 250.000 cellules (**spots ou points**)

- Positif si > 8 spots
- Négatif si < 4 spots
- Borderline si 5, 6, or 7 spots
- Indéterminé (répéter le test)

Quantiferon TB Gold:

Test Elisa qui mesure (en UI/ml) la libération de IFN- γ par les lymphocytes stimulées

Positif si > ou = à 35 UI/ml

Négatif si < à 35 UI/ml

Indéterminé (répéter le test)

Test de Mantoux : encore préféré chez les enfants de moins de 5 ans (positif ou négatif, résultat exprimé en mm – positif si > 5 mm)

Indications au screening: HIV, patients immunosupprimées, patients sous anti-TNF; contact récent avec un patient Tb (enquête d'entourage); transplantation d'organes; patients dialysés; silicose, chez les migrants - le dépistage se fait à la frontière par un questionnaire (pas de screening systématique); personnel soignant à l'embauche

CAVE ! : Chez les migrants provenant des pays à haute endémie, garder un indice de suspicion élevé pour une Tb active

Si baisse de l'état général ou toux de plus de 3 semaines, fièvre ou douleurs thoraciques, compléter par :

Rx thorax. Si radio anormale : + expectorations avec recherche de BAAR et Gen-expert®

Traitement de ITBL: Si indiqué et après avoir exclu une Tb active :

4 mois de Rifampicine (si moins de 50 kg 450 mg 1 x j, si plus de 50 kg 600 mg 1 x j)

9 mois de Isoniazide 300 mg 1 x j + Vitamine B6 40 mg 1 x jour

Chez l'enfant INH 10 mg/kg de poids 9 mois

Carte Mémo

TB ACTIVE

Think Tb: Patient provenant d'un pays à haute endémie avec des symptômes : toux >3 semaines, fièvre, sudations nocturnes, perte de poids, hémoptysies

Diagnostic :

- **Rx thoracique** : cavitation, infiltrat lobe supérieur, infiltrats bilatéraux, nodules pulmonaires
- Analyse **d'expectorations** : recherche de **BAAR** et **PCR MTBC**, culture
- Attention ! **penser à l'isolement** ! Mettre un masque 3M (FFP2) si suspicion de Tb active.
- Si cas suspect, **demander avis d'un pneumo/DAT**.
- Pneumo de garde : passer par la centrale du CHUV
- **Déclarer le cas si Tb active confirmée** (ou ttt antituberculeux débuté) – LPV : FAX: 021.623.38.10

Enquête d'entourage: collaborer avec la **LPV (021.623.38.00)**

Traitement Tb sensible:

2HRZE4HR (toujours en collaboration avec PNE/MIN)

Toujours de préférence en **DOT** (directly observed treatment))

TB LATENTE (ITBL)

Patient **asymptomatique**, aucun risque de transmission de la maladie, **isolement pas nécessaire**

- Test **IGRAs** (Quantiferon et T-Spot-TB)préférés chez les adultes
- Par contre pas très utile dans le diagnostic de la Tb active
- Mantoux chez les enfants de moins de 5 ans, positif si 5 mm ou >
- Screening systématique non indiqué chez les migrants
- Dépistage à la frontière par questionnaire
- Garder suspicion de Tb active et procéder à des examens complémentaires en cas de symptômes (RX thorax, expectorations)
- TTT: Si indiqué* et après avoir exclu une Tb active.
Rifampicine 4 mois ou Isoniazide 9 mois + Vitamine B6 40 mg

***A disposition pour discuter des indications au TT de ITBL : Chef de clinique pneumo ou DAT, au 021.314.47.44**

Site web outil et Littérature recommandé

Page d'accueil | Plan du site | Contact

LIGUE PULMONAIRE **CENTRE DE COMPÉTENCE TUBERCULOSE**
Vivre, c'est respirer

DE FR IT

ACTUALITÉS QUI SOMMES-NOUS ADRESSES UTILES FORMULAIRES PUBLICATIONS PRESTATIONS LOGIN CUG

Vous êtes ici: [tobinfo](#)

ACTUALITÉS

- Rimstar® de Sandoz Pharmaceuticals SA à nouveau disponible
- 7th Conference of the Union European Region
- 25e symposium de tuberculose de Münchener 2014
- Tout afficher

QUICKSTART

- Manuel de la tuberculose
- Services cantonaux spécialisés de la tuberculose
- Formulaires de déclaration Tuberculose (OFSP)
- Formules modèles
- Statistiques
- Ligue pulmonaire suisse
- Société Suisse de Pneumologie (SSP)

AUTRES INFORMATIONS

Commandez la brochure:
Tuberculose, Diagnostic, Traitement, Prévention

TB-HOTLINE

0800 388 388

Par ce numéro, les médecins reçoivent des réponses, aux questions posées concernant le traitement de la tuberculose, par des experts soit en français, allemand ou italien.

La hotline - tuberculose est en service durant les jours ouvrables, du lundi au vendredi de 09h 00 à 12h 00 et de 14h 00 à 17h 00.

FACEBOOK

Ligue p...
1,1 K mentions...

J'aime cette Page

Soyez le premier de vos amis à aimer ça.

SOUFFLONS UN PEU

La préservation de la santé vaut mieux qu'une cuirasse

Hakin Maysari, extrait de les premiers poètes persans

THÈMES ACTUELS

Rimstar® à nouveau disponible

Sandoz Pharmaceuticals SA informe que le médicament Rimstar® est à nouveau disponible dès maintenant sur le marché Suisse.

Veuillez trouver les détails [ici](#).

Disponibilité du vaccin BCG

L'entreprise Pro Farma SA informe que le vaccin BCG n'est pas disponible sur le marché suisse (état du 19.01.2016).

La tuberculine est de nouveau disponible en Suisse

L'entreprise Pro Farma SA informe que la livraison de tuberculine est arrivée et disponible sur le marché suisse.

Veuillez trouver les détails [ici](#).

E-Learning "Interaction et qualité"

L'Office fédéral de la santé publique lance une formation en ligne destinée aux professionnels de la santé. Cette formation vise à augmenter la qualité des traitements de la population migrante.

Veuillez trouver des détails [ici](#).

Version actualisée en novembre 2014



Manuel de la tuberculose - édition révisée de la version abrégée 2014

Guide à l'usage des professionnels de la santé

Version abrégée en français - [édition pdf](#) (version novembre 2014)

Version abrégée en français - [édition en ligne](#) (version novembre 2014)



Manual of Tuberculosis - English short version

[English short version - pdf edition](#) (version July 2014)

[English short version - online edition](#) (version July 2014)



Version complète du manuel de la tuberculose (actualisée en avril 2012)

[Version complète du manuel de la tuberculose \(version pdf\)](#)

[Version complète du manuel de la tuberculose \(version ligne\)](#)