

Protection de la collectivité vs liberté individuelle en situation de MIE hautement contagieuse

A propos d'un cas pendant la crise du SRAS en 2003
au CHU de Besançon

- Homme de 54 ans, sans antécédent, séjour au Vietnam du 14/3 au 22/3/2003
- Nuit du 22 au 23 mars, vol Air France Hanoï-Paris : le sujet est assis devant le patient contaminé à l'hôpital français de Hanoï et hospitalisé dans un état grave à l'hôpital de Tourcoing quelques heures après son arrivée en France
- Après la sortie de l'avion le 23 mars, retour à domicile à Besançon par le train et reprise du travail dès le lendemain
- L'après-midi du 24 mars, il est contacté par l'INVS qui lui demande, conformément aux recommandations de la DGS, de rentrer et rester chez lui et de surveiller sa température au cours des jours suivants
- 26 mars, fièvre à 39,5 °C, céphalées, myalgies, asthénie et toux. Sur instruction de l'INVS, le patient se rend directement dans le SMIT du CHU où il est placé en isolement
- Admission le 26 mars dans l'après-midi :
 - 38°1, toux sèche, auscultation et radiographie pulmonaire normales
 - Prélèvement pharyngé pour recherche de SARS-CoV

- 1er avril, 48 heures d'apyrexie, recherche SARS-CoV négative
 - Après accord de la DGS, la sortie du patient est décidée
 - Alors qu'il arrive à sa voiture, le patient présente brutalement une dyspnée aiguë qui conduit à sa réhospitalisation (en condition d'isolement)
 - Suspicion d'embolie pulmonaire : décision d'angio-scanner pulmonaire en urgence
- Pendant la période d'organisation du scanner, de façon inattendue, le patient décide de ne pas attendre l'arrivée de l'ambulance et se rend par ses propres moyens sur le site hospitalier de radiologie d'urgence, en utilisant son véhicule personnel et en rompant les mesures d'isolement respiratoire
- L'arrivée du patient provoque une certaine confusion : l'interception du patient échoue au niveau du hall principal et le patient se dirige de lui-même et non accompagné vers le service de radiologie
- l'équipe du service de radiologie ne reconnaît pas immédiatement dans la personne ambulatoire non masquée qui se présente non accompagnée le patient suspect de SARS et d'embolie pulmonaire qu'ils attendaient sur un brancard, masqué et accompagné d'une équipe du SMUR. Pendant ces quelques minutes de confusion, le patient entre en contact (moins d'un mètre) avec 9 personnels hospitaliers

- Le scanner thoracique montre des images évocatrices de pneumonie virale plutôt que d'embolie pulmonaire. La réhospitalisation au SMIT avec reprise de l'isolement est signifiée au patient qui la refuse et quitte l'hôpital pour rentrer à son domicile
- Appel du procureur de la république qui dit qu'il ne peut pas ordonner de mesure d'hospitalisation sous contrainte, faute de cadre juridique le permettant
- Quelques heures plus tard, le patient est recontacté à son domicile et accepte d'être hospitalisé au CHU de Strasbourg (ESRZ) où il arrive le 2/4
 - Le diagnostic de SARS-CoV est confirmé sur les nouveaux prélèvements
 - Evolution : guérison et retour à domicile le 15/04 – maintien d'un isolement à domicile pendant 2 semaines

- La prise en charge des personnels contacts
 - 2/04 : autosurveillance biquotidienne et suivi (contact téléphonique biquotidien) par l'INVS pendant 10 jours sans retrait de service
 - 7/04: demande du CHSCT que les personnels qui le souhaiteraient puissent être dispensés d'activité et placés à l'isolement à leur domicile jusqu'à la fin de la période d'observation
 - 8/04 : DGS et InVS recommandent de ne pas écarter du service les personnels, mesure jugée inutile et de nature à susciter plus d'inquiétude encore
 - 11/04 : fin de la surveillance active des personnels exposés – aucun cas secondaire
- Recommandation DGS après la fin de la crise, fin avril 2003
 - "Le professionnel asymptomatique exposé à un cas probable de SARS doit éviter les contacts personnels sur le plan social et professionnel et doit bénéficier d'un arrêt (ou accident) de travail pendant dix jours (mise en «quarantaine») à compter du dernier contact avec le cas. Il doit faire l'objet d'une surveillance active pendant les dix jours suivant l'exposition"

- Quinze ans plus tard, quelles sont les possibilités d'hospitalisation sous contrainte pour cause de risque infectieux/épidémique ?
 - Cadre réglementaire
 - Modalités pratiques d'activation
- Faut-il activer ce type de mesure ?
- Comment être certain à un instant t que la protection de la collectivité justifie des mesures de restriction de libertés pour un(des) patient(s) donné(s) ?

THE USE OF LEGAL ACTION IN NYC TO ENSURE TREATMENT OF TB

TABLE 1. TYPES OF REGULATORY ACTION.*

DESCRIPTION	EVIDENCE REQUIRED	BASIS FOR RESCINDING ORDER
Order for examination for suspected tuberculosis as outpatient or in detention	Clinical symptoms or history of tuberculosis and refusal by patient to come to clinic or submit to examination in hospital	After minimal time required, tuberculosis can be either diagnosed or ruled out. No forcible examination allowed.
Order to complete treatment	History of leaving hospital against medical advice or noncompliance early in course of treatment	Patient completes treatment or is given another order.
Order for directly observed therapy	Noncompliance with voluntary directly observed therapy or history of leaving hospital against medical advice or previous order for detention while infectious	Patient completes treatment, self-administration of medication is allowed, or patient is detained.
Written warning of possible detention	Failure to adhere to order for directly observed therapy without plausible excuse or <80 percent compliance for more than 2 wk	Patient completes treatment or is detained.
Order for detention while infectious	Proof of suspected infectiousness, either by smears or clinical symptoms, plus failure to abide by infection-control guidelines or inability to be separated from others as outpatient	Patient has three negative smears or clinical evidence of noninfectiousness.
Order for detention while noninfectious	Proof of substantial likelihood that patient cannot complete treatment as outpatient (e.g., documented noncompliance with directly observed therapy, denial of diagnosis of tuberculosis, history of inability to be located)	Patient is discharged early to court-ordered directly observed therapy or patient completes therapy. Order must be periodically reviewed by court.
Discharge from detention before cure (for noninfectious patient)	Change in circumstances so that compliance with outpatient, directly observed therapy is likely (e.g., new insight, substance-abuse treatment, new home environment, or family support)	Patient completes treatment or is detained again if patient fails to comply with outpatient treatment.

*None of the orders permit the forcible administration of medication.

THE USE OF LEGAL ACTION IN NYC TO ENSURE TREATMENT OF TB

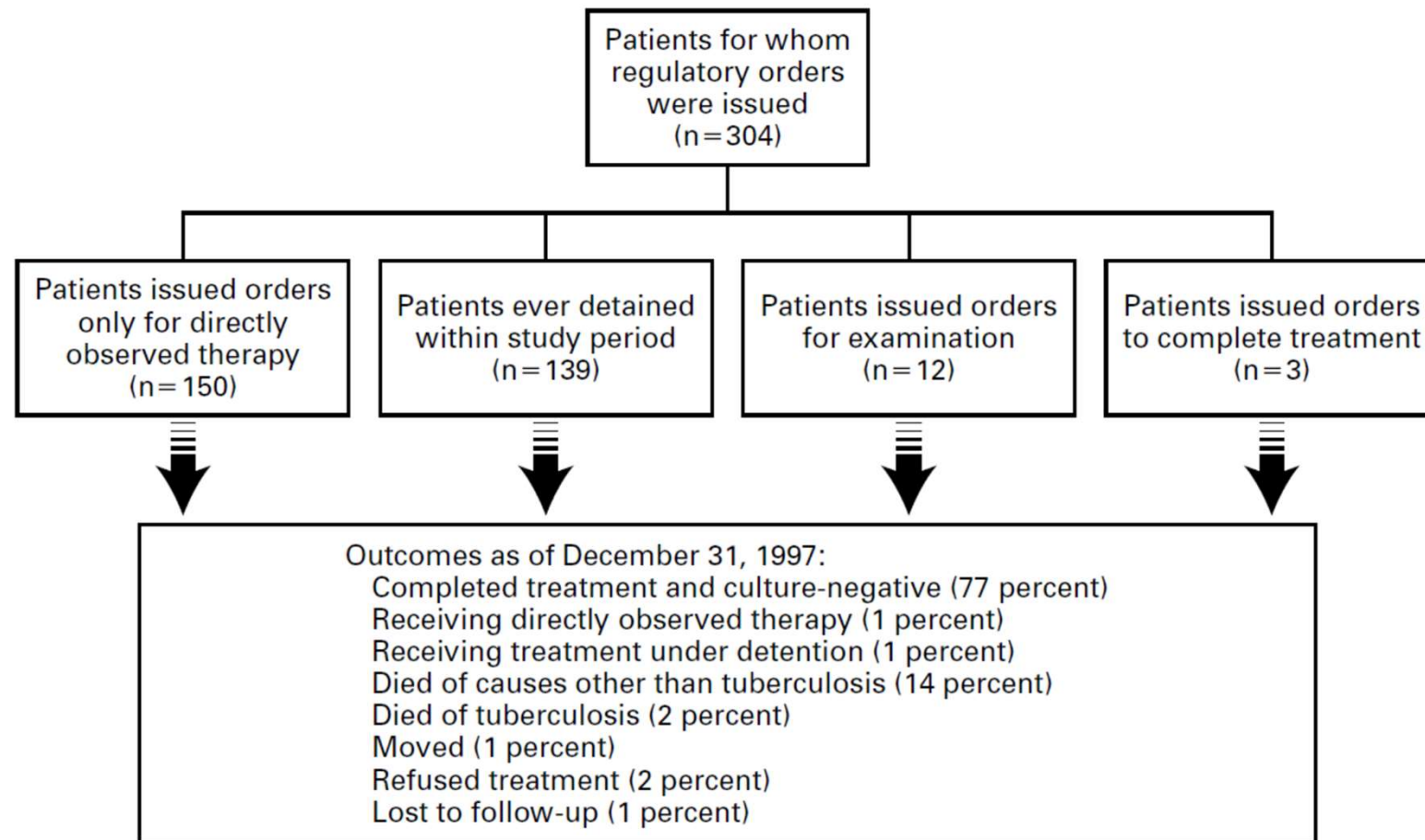


Figure 1. Outcomes of Patients with Tuberculosis for Whom Various Types of Regulatory Orders Were Issued in the First Two Years after Amendment of the New York City Health Code.

Because of rounding, percentages for outcomes do not total 100.