Tuberculose multi-résistante

Problématiques du confinement forcé

Laure BEDIER
Prof. Vincent JARLIER

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Tuberculose multirésistante (MDR-TB) et ultrarésistante (XDR-TB)

Vincent Jarlier

Hôpital Pitié-Salpêtrière

CNR mycobactéries et résistance aux antituberculeux

24 mars 1882 : annonce de la découverte du bacille de la tuberculose

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Définition tuberculose MDR et XDR

MDR

R aux 2 antituberculeux majeurs du Tt de 1ère ligne :

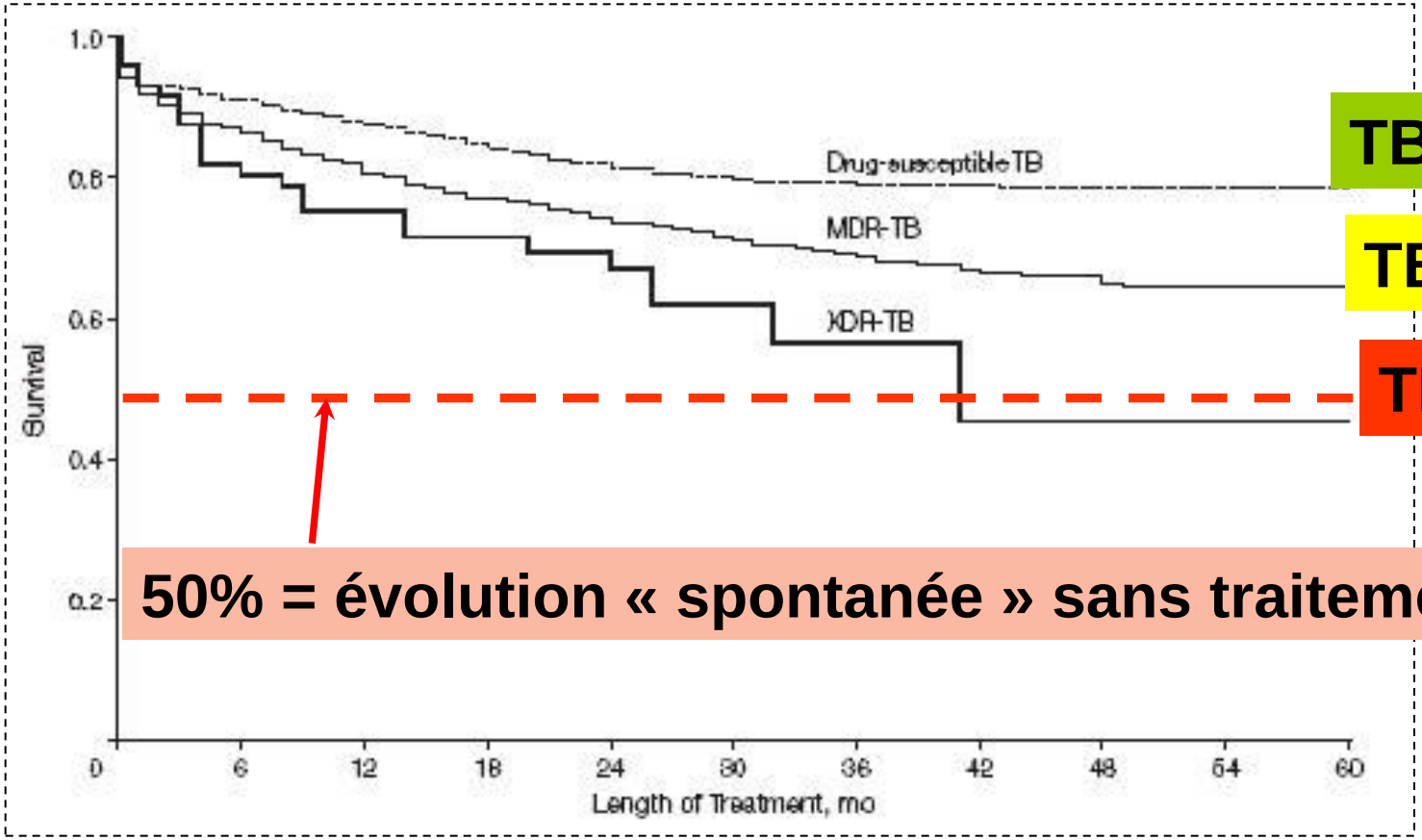
- **Isoniazide (INH)**
- **Rifampicine (RMP)**

XDR = MDR +

R aux 2 antituberculeux majeurs du Tt de 2ème ligne :

- **Aminosides (Amika ou Kana ou Capréo)**
- **Fluoroquinolones (FQ)**

Issue fatale des TB-MDR et XDR



TB sensible

TB MDR

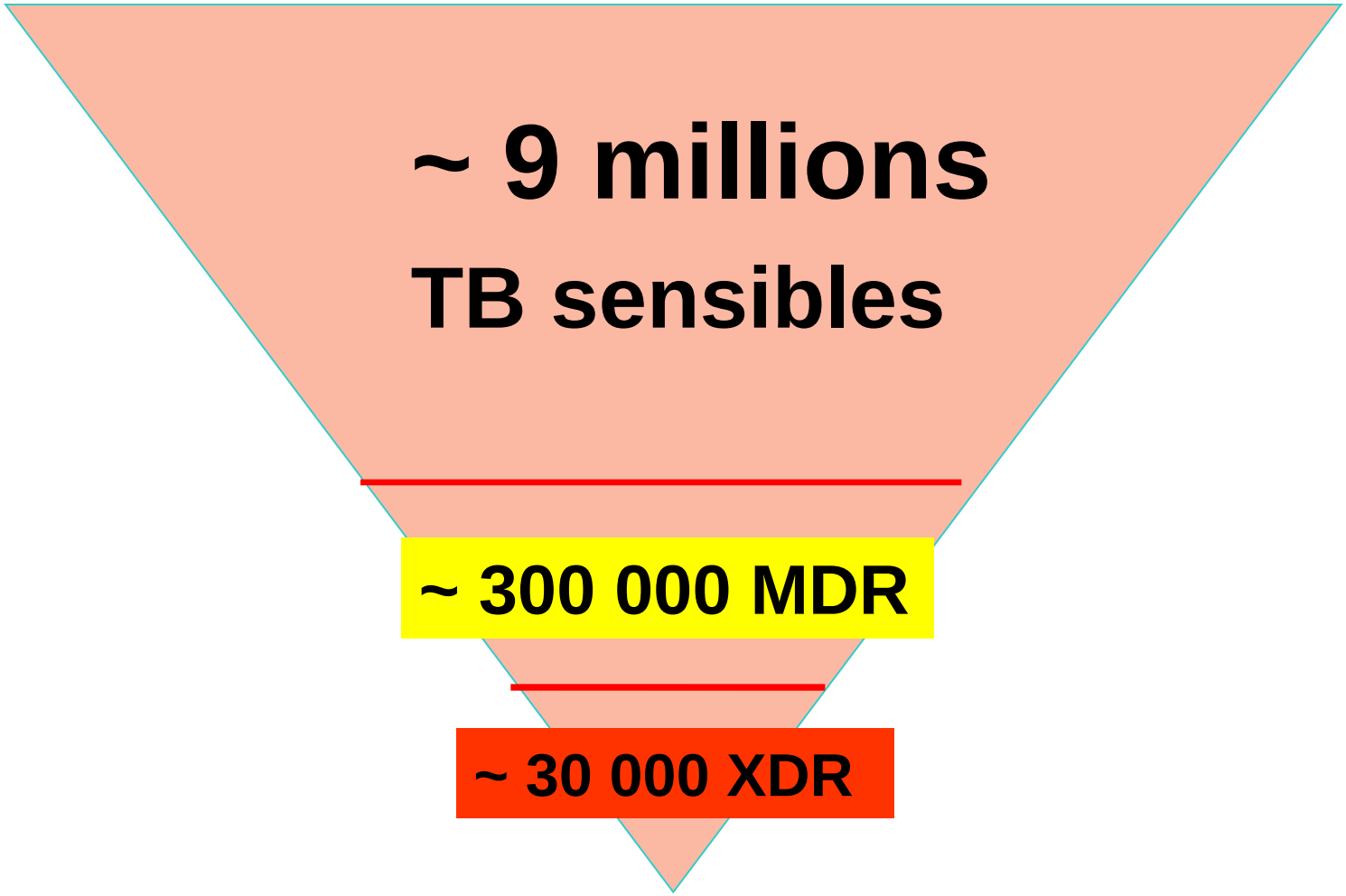
TB XDR

50% = évolution « spontanée » sans traitement

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Shah JAMA 2008

Estimated number of cases of susceptible, MDR and XDR TB in the world (WHO 2010)

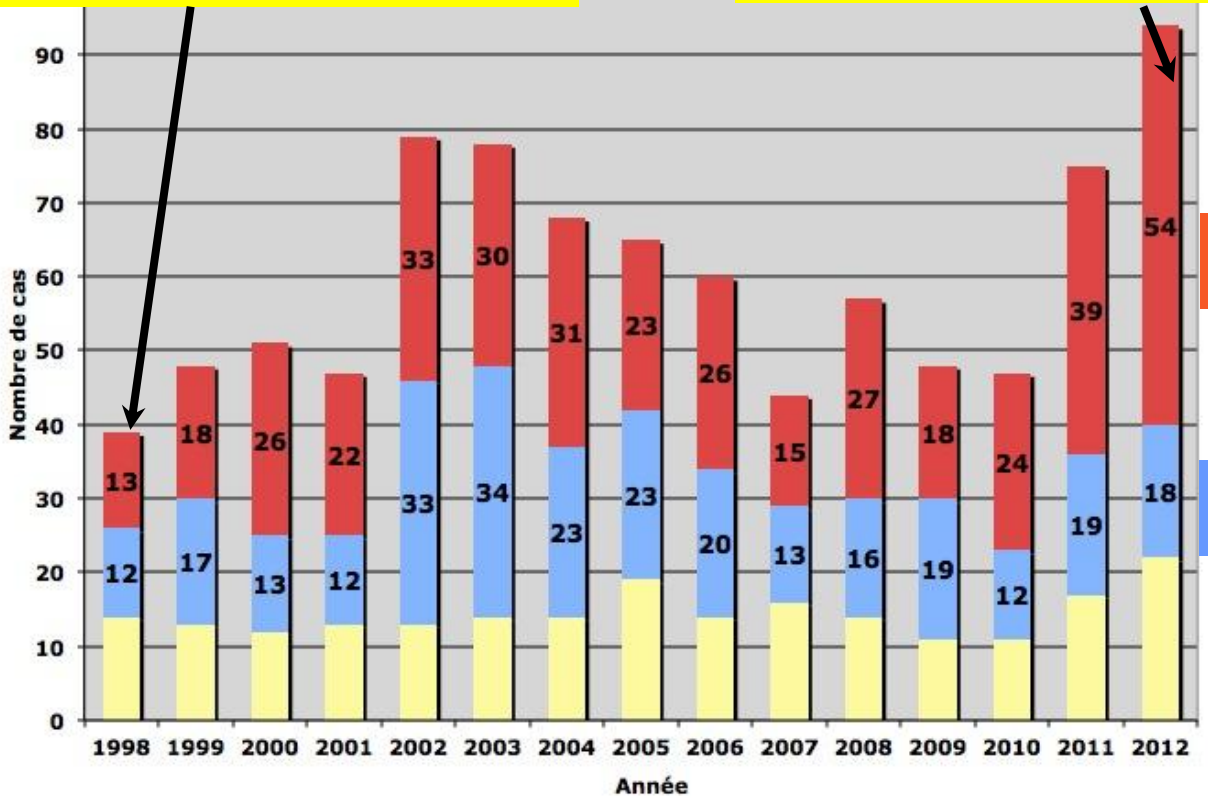


ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

TB-MDR et XDR en France
Evolution 1998-2014 (réseau CNR-MyRMA)

1998 :39 cas, 0.7 % total TB

2012 : 94 cas, 2.3 % total TB



Reste France

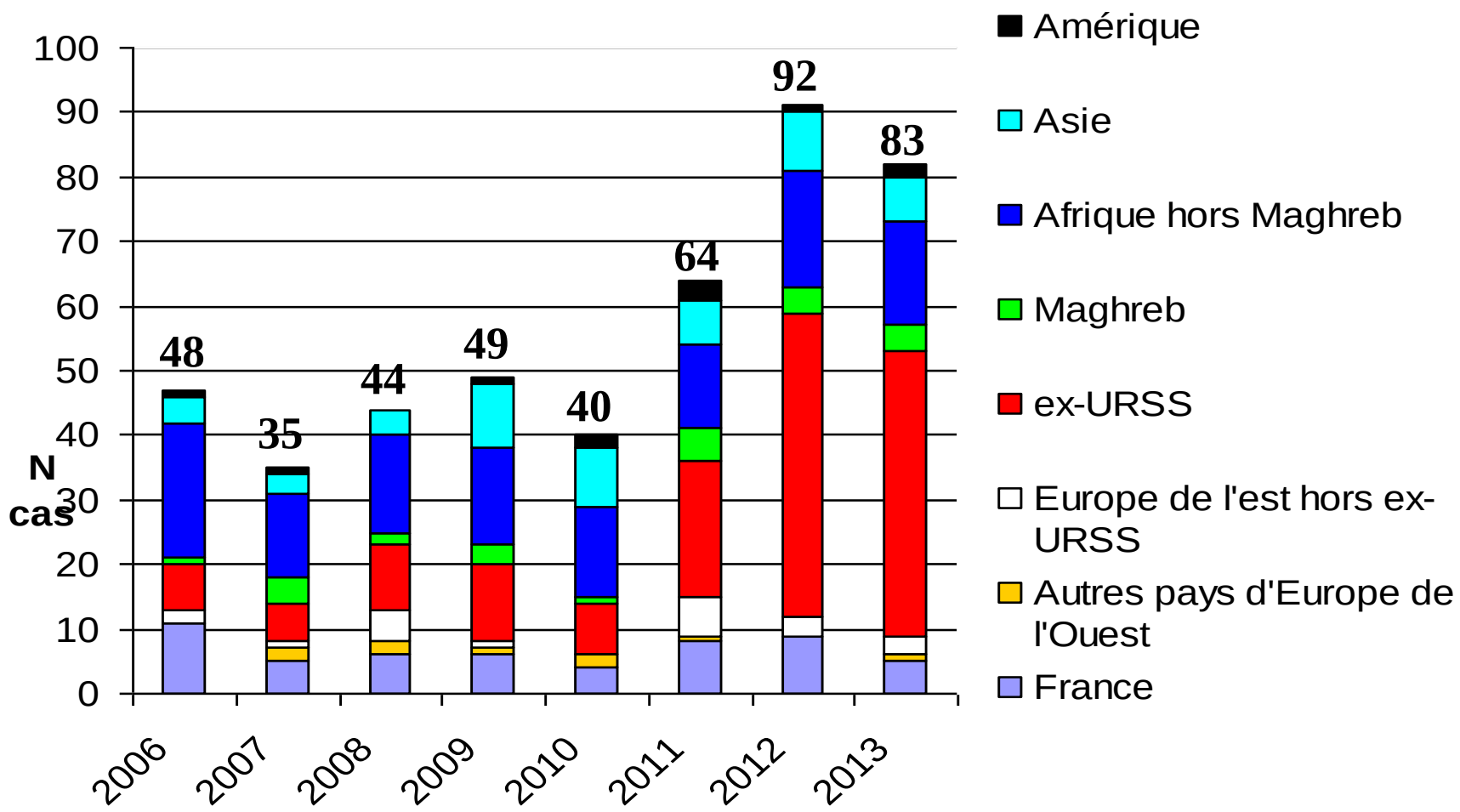
Ile de France

Paris

83 cas en 2013
112 cas en 2014

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Répartition par pays de naissance des cas de TB-MDR recensés en France 2006-2013



Bernard Eurosurveillance 2013

ISTANCE BLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

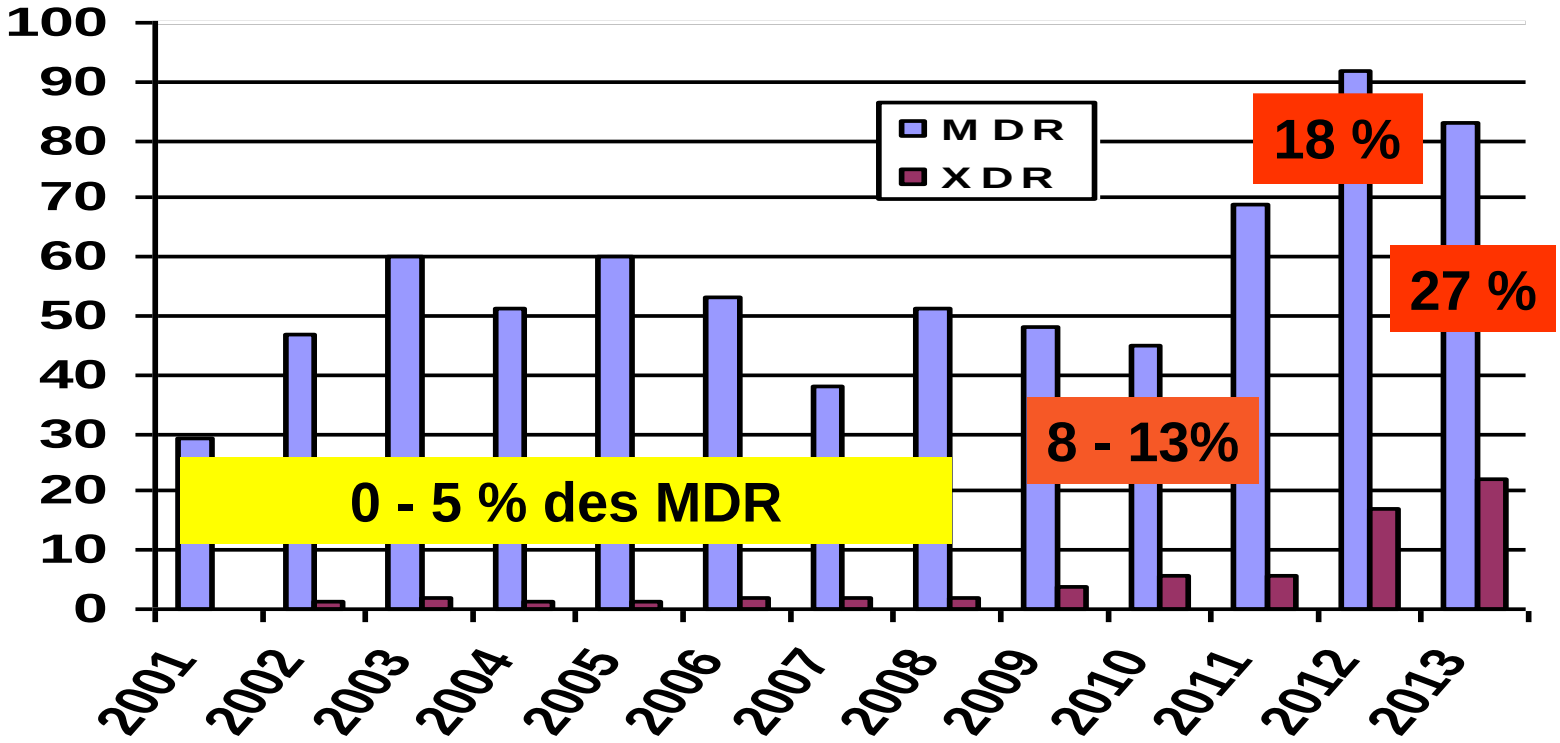
http://cnrmyctb.free.fr

FIGURE 2

Distribution by country of birth of patients with multidrug-resistant tuberculosis born in the former Soviet Union, France, 2006–12 (n=113)

Bernard Eurosurveillance 2013

Cas de TB MDR et XDR France 2001-2013 : <u>proportion de XDR</u> parmi les MDR



http://cnrmyctb.free.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

XDR-TB France 2004-2013 : nombre et pays de naissance

	Pays de naissance	N
2004	1 Algérie	1
2005	1 Mali	1
2006	1 France, 1 Tchétchénie	2
2007	1 France, 1 Congo	2
2008	1 Roumanie, 1 Russie	2
2009	1 Algérie, 1 Arménie, 2 Géorgie	4
2010	1 Portugal, 3 Tchétchénie, 1 Azerbaïdjan	5
2011	1 Portugal, 2 Algérie, 1 Côte Ivoire, 2 Russie	6
2012	1 Arménie, 1 Ukraine, 15 Géorgie	17
2013	1 France, 1 Roumanie, 1 Ukraine, 19 Géorgie	22

Lieu de prise en charge « primaire » des cas de TB-MDR et XDR 2014 (110 cas)

- **AP-HP : 36%**
  - **surtout** (> 5 cas) : **Pitié-Salpêtrière, Bichat, Lariboisière**
  - **Mais aussi** (1- 2 cas) : A.Paré, KB, Avicenne, Tenon, St-Antoine, Cochin
  - pays d'origine **:** Georgie (1/2), Afrique (1/4)

- **Hors AP-HP : 64%**
  - **Ile-de-France** : 12% (Bligny, St-Denis, Bondy, Melun, Créteil, Foch, Aulnay, Diaconesses Val de Grâce)
  - **Hors Ile-de-France** : 53% (villes très variées)

- **Focus sur « Géorgiens XDR » (= 1/3 des MDR-XDR de 2014)**
  - **AP-HP : 54 % soit ~ 20 cas** (mêmes hôpitaux que ci-dessus)
  - Ile-de-France hors AP-HP (Bligny) : 3%
  - Hors Ile-de-France : 43% : St-Etienne, Lille, Limoges, Toulouse, Vesoul, Nice, Rouen, Lyon, Montpellier, Rodez, Strasbourg, Pau

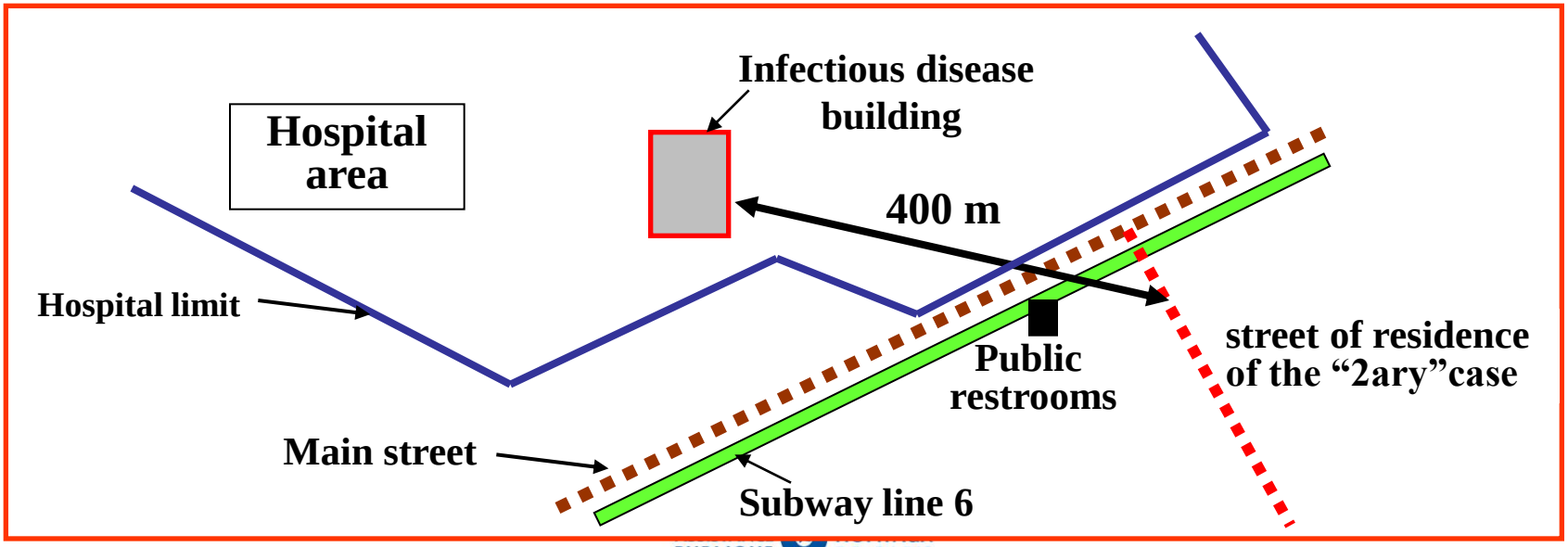
Cas de TB-MDR / XDR acquis en France 2006 -13

	Total cas	Cas reliés (contexte, pays naissance)	Génotype
2006	53	2 cas (famille, Roumanie)	Non déterminé
2007	38	4 cas (famille + voisins, Portugal) 2 cas (famille, Cameroun)	LAM Non déterminé
2008	51	2 cas (famille + milieu travail, Corse)§	nt
2009	51	2 cas (famille + milieu travail, Corse)§ 2 cas (famille, Côte d'Ivoire)	Nt Ghana
2010	45	1 cas (famille + milieu travail, Corse)§ 2 cas (famille, Tibet) 2 cas (famille, Mongolie) 2 cas (famille, Viet-nam)	nt Beijing Beijing Beijing
2011	67	3 cas (famille, Arménie) 2 cas (malade → soignant, France) 3 cas (famille, Algérie) 2 cas (famille, Roumanie) 2 cas (contact occasionnel, France)	Beijing Cas-Delhi Nt URAL LAM
2012	92	2 cas (famille, Géorgie) 2 cas (famille, France) 2 cas (famille, Géorgie) 4 cas (famille Congo et université française)	Beijing nt LAM LAM
2013	83	2 cas XDR (famille, Géorgie) 2 cas (famille, Géorgie) § 2 cas (famille, Guinée) § 2 cas (foyer, Arménie) § 2 cas XDR (contact de travail, France, avec cas Géorgie) § 2 cas (contact de travail, Algérie) § 2 cas (famille, Sénégal) $	Beijing Beijing Beijing Beijing Beijing S « nt »

§ avec cas années précédentes

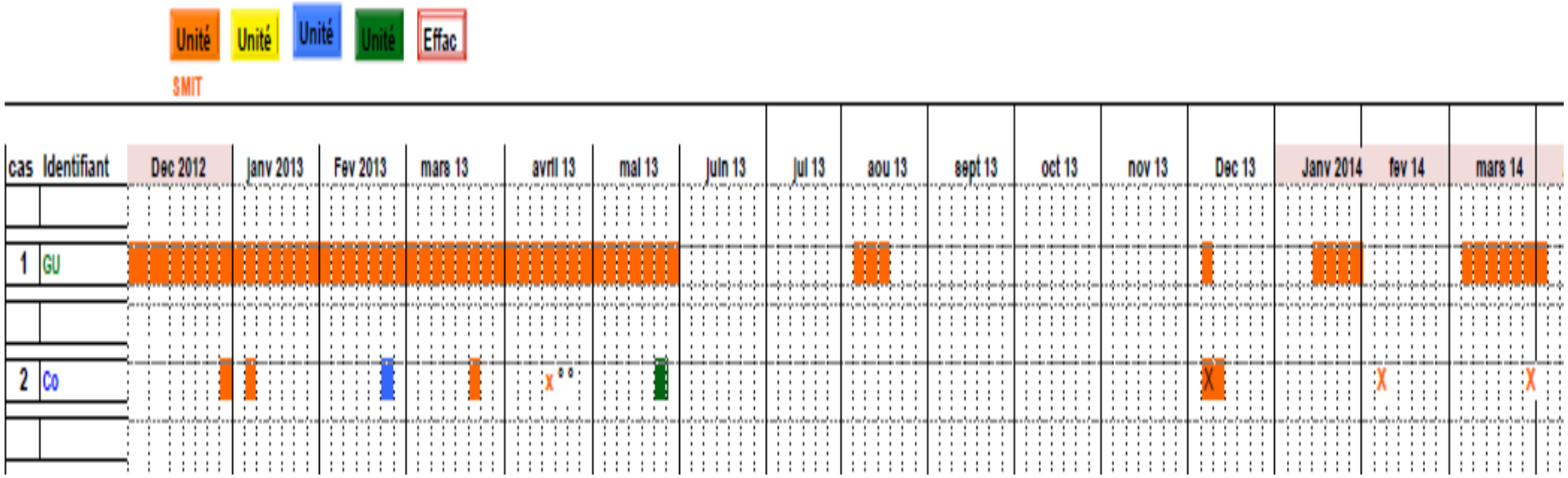
Tuberculose XDR : 1ère enquête sur 1 cas 2014 possiblement acquis à la Pitié-Salpêtrière

- **Cas 1** : né en **France** : anti-TNF, Tt préventif INH-RIF, **juin 2014 : TB-XDR**
- **Même souche** (génotype, mutations-R) que **Cas 2** : **géorgien** hospitalisé Pitié-Salpêtrière pour TB-XDR de **novembre 2013 à mars 2014**, très bacillifère
- **Enquête EOH-PS** : **pas de dates communes** de séjour à Pitié-Salpêtrière **mais** :
  - **Cas 1** : **habite près de l'hôpital, courses près de l'hôpital, traverse hôpital, utilise toilettes publiques près hôpital**
  - **Cas 2** : ne respecte pas isolement, **sort du service**
- **Hypothèse retenue** : **contact(s) en dehors du service, probablement de l'hôpital**



Tuberculose XDR : 2ème enquête sur 1 cas 2014 possiblement acquis à la Pitié-Salpêtrière

- **Cas 1** : 48 ans, née en **France**, résidant dans l'Essonne, ex-SDF, **suivie au SMIT Pitié Salpêtrière** pour VIH et VHC, diagnostic de tuberculose XDR en **décembre 2014**
- Souche très proche (à confirmer) de celles de 3 patients **géorgiens** TB-XDR, pris en charge à **Pitié-Salp (cas 2)** , Lariboisières (cas 3) et Rouen (cas 4)
- **Enquête EOH-PS** : croisements possibles Pitié-Salp des cas 1 et 2



Recommandations pour éviter la transmission croisée de tuberculose MDR-XDR

- **Diagnostic précoce** de TB (microscopie…) **et** du caractère MDR/XDR (génétique…)
- **Empêcher possibilités de contacts avec patients les plus "réceptifs"** (VIH, corticoïdes, anti-TNF, greffés…) : **lieux bien séparés,** de préférence **secteurs dédiés de** localisations et organisations adaptées (« loin et isolé »)
- **Isoler le patient** (chambre, masque, **discipline**…) **pendant longtemps,** car…
- **Traitement laborieux** :
  - étude approfondie de la souche (quels ATB encore actifs ?)

    → **délai de mise en route** (2 semaines à 2 mois)
  - Tt 2ème ligne sur TB-MDR moins actif que Tt standard sur TB sensible → **contagiosité prolongée** (≥ 2 mois)

Tuberculose multi-résistante

Problématiques du confinement forcé

Laure BEDIER
Prof. Vincent JARLIER

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Tuberculose multi-résistante

- Situation devenue non exceptionnelle de patients très contagieux et porteurs de BMR (tuberculose) qui refusent de se plier à un traitement au long cours, et induisant un confinement en milieu hospitalier

- Défaut de support juridique pour les contraindre à se soigner

- Sujet qui met en jeu une « détention » et « des soins non volontaires »

Tuberculose multi-résistante

- Le droit médical et hospitalier ne connaît plus aujourd'hui qu'un mode de « soins sans consentement » : les soins psychiatriques (loi du 11 juillet 2011), désormais placés sous le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention.

- Disparition progressive des textes sur les « vénériens », alcooliques dangereux, tuberculeux, etc.

- Demeurent des textes sur les injonctions de soins (suivi socio-judiciaire des infractions sexuelles, L. de 1998) et les injonctions thérapeutiques (usage de stupéfiants, consommation excessive d'alcool), qui n'autorisent pas de passer outre l'absence de consentement.

Tuberculose multi-résistante

- Règlement sanitaire international (OMS 2005)

- Un Etat-partie, en cas de risque imminent pour la santé publique peut obliger un voyageur à « *se soumettre à des mesures sanitaires (…) qui permettent de prévenir ou d'endiguer la propagation de la maladie, y compris* ***l'isolement, la quarantaine ou le placement en observation*** *à des fins de santé publique* ».

Tuberculose multi-résistante

- Ainsi qu'un texte général, issu de la loi de santé publique du 9 août 2004 (art. L. 3131-1, CSP) : dispositif faisant intervenir le ministre, le préfet…

- « *En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.*

- *Le ministre peut habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles (…)* ».

- Dispositif peu opérationnel…

Tuberculose multi-résistante

- Note DG aux GH du 8 janvier 2015

- charte / règlement intérieur de service pour les unités concernées
- arrêté directorial individuel
- information appropriée
- traçabilité
- en cas de refus du patient de se plier à l'injonction, sortie contre avis médical couplée à un signalement ARS : mesures d'urgence organisées par l'agence en lien avec le maire et le préfet

- Question qui pourrait être incluse dans le projet de loi « Santé »