

## Réunion du Réseau des CLAT 13 juin 2017, Paris

Echos de la réunion OMS/ECDC dite  
groupe de Wolfheze,

*La Haye 31/05-02/06/2017*  
*Thierry Comolet*

### Vie institutionnelle

- La Conférence TB Mondiale Interministérielle de Moscou (17 nov 2017) retiendra seulement trois priorités : financement durable, recherche, couverture universelle
- On assiste à un élargissement du modèle/cadre/paradigme de lutte contre la tuberculose: DOTS, puis DOTS Plus, puis Control TB, puis Stop T, End TB et, finalement, « multisectoral approach : ending TB in a sustainable development era » c'est une évolution plus profonde qu'il n'y paraît, de moins en moins « médicale » (cf Clémenceau et la Guerre)
- Cependant, une certaine désillusion est perçue à l'égard des engagements politiques formels pompeux, mais...virtuels et sans suite concrète.
- Relative prolifération de guidelines de la part des organisations internationales (ce qui est bien) mais avec certains doublons (OMS, ECDC), une qualité méthodologique croissante mais un intérêt et une utilité variables (recos « molles » car faiblement evidence-based)

### Epidémiologie : fast track

- **Cas de tuberculose** : Des tendances claires pour l'Europe/Euro/OMS : la tuberculose y diminue désormais partout en nombre absolu, et les MDR aussi, mais la proportion de MDR et de co-infection VIH augmente (9% en moyenne) mais jusqu'à 22% en Ukraine.
- **Multi-résistance MDR**. En moyenne pour l'Europe/Euro la progression relative des MDR est très inquiétante : pour preuve la proportion de MDR TB chez les personnes déjà traitées (18%) mais aussi chez celle n'ayant jamais été traitées (47%) Dans de nombreux pays de l'ex URSS la situation est dramatique (un nouveau cas sur 3 ou 4 EST DEJA MDR). Neuf des 10 pays du Monde les plus affectés par la tuberculose MDR sont en Europe...
- **Le succès thérapeutique n'est pas toujours au rendez-vous** pour les MDR (50%) ni a fortiori les XDR (30%) : rappelons que pour la France ce paramètre (clef) est mal connu.

### Focus: migrants et TB

- Pour l'Europe de l'Ouest (UE) l'incidence de la tuberculose continue de baisser, chez les natifs comme chez les migrants. Augmentation localisée des nouveaux cas de tuberculose dans les pays accueillant de nombreux migrants (Allemagne, Suède, Royaume Uni)
- Plus un pays de l'Union Européenne est riche/occidental, plus la proportion de personnes nées à l'étranger parmi les TB y est élevée (de 60 à 90%) ; la proportion est faible ou très faible dans les ex pays de l'Est (Pologne, Roumanie etc.)
- Pour la tuberculose Multi Résistante, la tendance est encore plus marquée : elles sont « importées » dans les pays les plus riches, et autochtones dans les autres.
- Pour les migrants « réguliers », le dépistage de la TB dans le pays d'origine (pre-entry screening) panacée des pays anglo-saxons, gagne des sympathisants (simplification, économies, baisse le taux d'incidence notifié etc...)
- Le risque de stigma TB+ migrant est une préoccupation partagée, de même que la différence d'approche dans la collaboration nécessaire avec les Ministères de l'Intérieur : Ministères de la santé beaucoup plus droit-de-l'homme-istes

### TB and MDR TB in total population and in migrants in EU/EEA countries, 2015

Percentage foreign born MDR TB cases 25.1%

10 countries >80% of MDR TB cases in foreign born

MDR TB notification rate:

- 0.014 per 100 000 in the native population
- 0.89 per 100 000 in foreign born

Country	TB cases		Foreign-born TB		MDR-TB cases		Foreign-born MDR-TB	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Austria <sup>ab</sup>	363	364	624	12	12	100		
Belgium <sup>ab</sup>	988	519	52.5	15	13	86.7		
Bulgaria	1660	10	0.6	24	0	0.0		
Croatia	486	74	15.2	1	0	0.0		
Cyprus <sup>a</sup>	63	52	82.5	0	0	—		
Czech Republic <sup>a</sup>	518	110	21.2	10	9	90.0		
Denmark <sup>d</sup>	357	242	67.8	6	4	66.7		
Estonia	217	38	17.5	38	6	15.8		
Finland <sup>d</sup>	271	109	40.2	8	6	75.0		
Germany <sup>d</sup>	5865	3968	67.7	120	109	90.8		
Greece <sup>ab</sup>	482	189	39.2	9	7	77.8		
Hungary <sup>ab</sup>	906	27	3.0	8	1	12.5		
Iceland <sup>d</sup>	7	6	85.7	0	0	—		
Ireland <sup>d</sup>	312	130	41.7	1	1	100		
Latvia	721	45	6.2	63	7	11.1		
Lithuania	1507	15	1.0	241	8	3.3		
Luxembourg <sup>d</sup>	30	20	66.7	0	0	—		
Malta <sup>a</sup>	32	24	75.0	1	1	100		
Netherlands <sup>d</sup>	807	625	77.5	10	10	100		
Norway <sup>d</sup>	318	282	88.7	5	5	100		
Poland <sup>d</sup>	6430	52	0.8	35	5	14.3		
Portugal	2124	338	15.9	17	5	29.4		
Romania	15195	36	0.2	530	2	0.4		
Slovakia <sup>d</sup>	317	11	3.5	2	0	0.0		
Slovenia <sup>d</sup>	130	50	38.5	0	0	—		
Sweden <sup>d</sup>	821	735	89.5	22	21	95.5		
United Kingdom	6240	4312	69.1	49	42	85.7		
Total	60195	17913	29.8	1227	274	25.1		

Van der Werf et al., Clin Microbiol Inf 2017

### Vulnérables

- **Guidance ECDC Vulnérables/hard to reach**, pour améliorer la prise en charge chez les personnes vulnérables, document utile sans être révolutionnaire. C'est un domaine où des publications de recherche opérationnelles seraient très utiles...
- **Une mise en pratique de ces principes d'attention professionnelle accordée aux personnes vulnérables (à Riga) a donné de très bons résultats en termes de compliance améliorée. On y est au cœur de l'approche « centrée sur le patient ».**
- **Des progrès pour s'accorder sur les définitions des déterminants sociaux en cause (SDF, dépendances, etc )**
- **TB-VIH**. Concernant la co-infection VIH TB notre pays est mal à l'aise (pas de DO sur ce point) En nombre de cas, nos estimations nous placent dans le top 10 en Europe : au 9<sup>ème</sup> rang du nombre de co infectés TB + HIV)
- **Une enquête programmatique a été effectuée par mail par ECDC** : En France pas vraiment de Guidelines de statut clair (le rapport Yem/Morlat n'est pas un « guide » officiel didactique). Grandes différences de pratiques intra-européennes. Les pays de l'ex URSS enregistrent une véritable épidémie, mais ne suivent pas très clairement les recommandations internationales/OMS
- **Données OMS**. Fiabes? Pour le seuil de haute incidence, toujours aucun consensus (100 pour LTBI)

### Interventions **Auprès des vulnérables / difficiles d'accès**

Options for TB prevention and control in vulnerable populations

1. Outreach teams and mobile units	-Equipes mobiles
2. Incentives	-« petits cadeaux »
3. Involvement of key partners	-Relais, médiateurs
4. Directly Observed Treatment (DOT)	-DOT, supervision
5. Reminders	-Rappels, Tel, SMS
6. Integrating services	-Intégration
7. Promoting awareness and education	-Éducation, accompagnement

### ITL infection tuberculeuse (latente?)

- Récents estimations de la **prévalence globale** ITL: 25% ou 33%
- Le risque annuel d'infection (on parle aujourd'hui de prévalence d'infection récente) baisse dans le monde : pour l'Europe (élargie) on l'estime aux alentours de 1 pour mille par an.
- Après l'OMS, l'ECDC s'apprete à publier des recommandations sur les ITL (*bonnet blanc*)
- Il serait temps ++ de clarifier notre doctrine nationale concernant la prise en charge des ITL et de rationaliser le recueil de données les concernant (chez les PVVIH, les UDIV, les prisonniers ?, les migrants, lesquels ?, les greffés, immunodéprimés, insuffisants rénaux, patients de rhumatologie sous anti TNF, même si les certains éléments de preuve pour fonder cette doctrine sont faibles (cf. OMS et ECDC) : cette question a d'ailleurs été débattue durant l'atelier (cibler groupes à risque vs perspective large d'élimination ?)
- Il y a qu'un (seul) pays européen qui utilise la Rifampentine (en l'important des USA) pour traiter les ITL. Ils en sont satisfaits malgré les effets indésirables car le maniement est plus pratique
- Beaucoup plus préoccupant, le nombre de personnes avec une ITL/ MDR serait actuellement de 31 millions rien que pour l'Europe**

### Parcours de soins

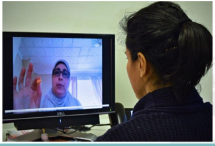
- Plusieurs pays ont mis en place des **consilium** pour discuter des modalités de prise en charge complexes de patients TB + HIV + tt substitution + etc : il ne semble pas en exister en France hormis pour MDR
- Surtout +++** les pays qui ont de bons programmes mettent en œuvre pour chaque patient un « **case manager** », coordinateur du parcours qui veille à l'interaction efficace/relais hôpital/santé publique, continuité des soins/prise en charge associée et sociale.
- prise en charge de maladies chroniques dont la complexité, chronophagie, l'inter-sectorialité dépassent souvent le praticien « référent ».
- Une étude concernant les **perceptions des patients et obstacles** a été discutée (petite + riche) → améliorer les parcours local de santé (information, soutien psy professionnel, écoute vraie, stigmatisation inconsciente, confidentialité etc.)

### Santé « numérique »/digital health

- Séduisant ++ non pas tant le e-learning –permettant de garder accès aux formations, aux standards à jour et réseaux d'experts
- Surtout, l'utilisation des **smartphones** pour mieux suivre/superviser les patients sous traitement : l'utilisation de rappels par **SMS** ne parait pas très efficace, mais Anglais et Biélorusses sont satisfaits de leur programme de suivi par petites vidéos, quotidiennes, de l'effectivité de la prise médicamenteuse (les téléphones sont offerts)
- pistes prometteuses: suivi des effets secondaires, analyse automatisée des vidéos, analyse automatisée des radiographies etc.


### Video Observed Treatment (UK)

**ECDC: exemples d'interventions auprès des publics vulnérables**



<http://ecdc.europa.eu/en/health-topics/Tuberculosis/world-tb-day/Pages/inter-ventions-exemples.aspx>

### Outreach TB team (France)

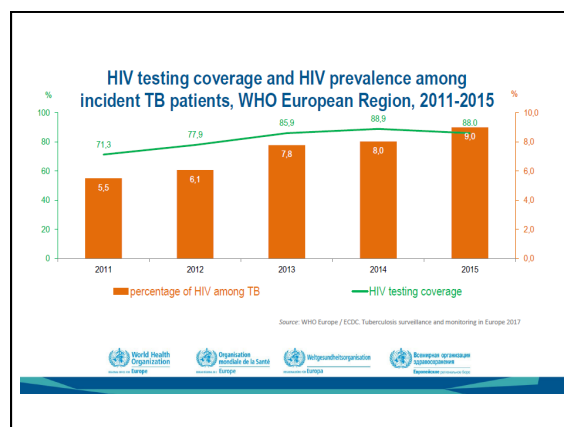
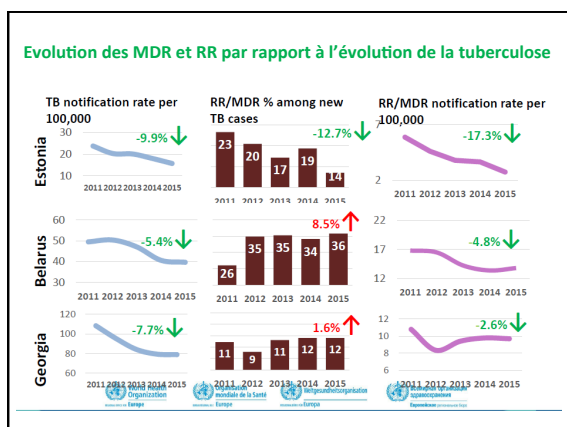
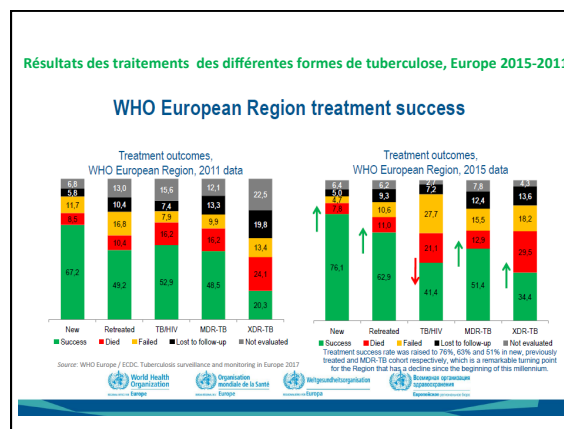
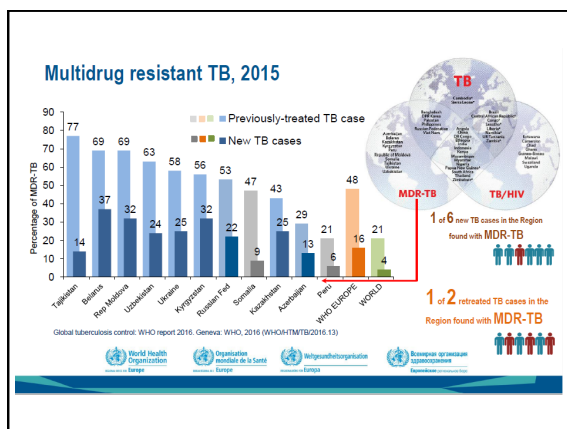


<http://ecdc.europa.eu/en/health-topics/Tuberculosis/world-tb-day/Pages/inter-ventions-exemples.aspx>

### Domaines d'application des technologies numériques pour la maîtrise de la TB

 <b>Video-Observed-Therapy</b> En direct ou pas Diagnostic	 <b>Patient care</b>	 <b>Programme management</b>
 <b>Surveillance</b>	 <b>eLearning</b>	 <b>Information des patients</b>

World Health Organization | **GLOBAL TB PROGRAMME** | **END TB**



### not of the WHO's key recommend

AT RISK POPULATIONS	TESTING ALGORITHM	TREATING OPTIONS	CORE GLOBAL AND NATIONAL INDICATORS	CORE NATIONAL INDICATORS	OPTIONAL INDICATORS
Strongly recommended for the following risk groups: 1) People living with HIV 2) Adults and children who are household contacts of pulmonary TB cases. 3) Clinical indications: patients with alcohol patients initiating anti-TNF treatment; patients on dialysis; patients preparing for organ or hematopoietic transplantation.	Exclude active TB using TB investigations according to national guidelines.  A positive IGRA or TST result is required to diagnose LTBI.	6 months daily isoniazid  9 months daily isoniazid  3 months weekly rifampicin plus isoniazid  3 to 4 months daily isoniazid plus rifampicin  3 to 4 months daily rifampicin	1) Proportion of eligible individuals from at risk populations (according to national guidelines) tested for latent TB infection.  2) Proportion of individuals from at risk populations (according to national guidelines) with a positive latent TB test who are eligible for starting TB preventive therapy that have started treatment.  3) Proportion of individuals from at risk populations (according to national guidelines) with a positive latent TB test who have started on TB preventive therapy that have completed the course.	1) Proportion of eligible individuals from at risk populations (according to national guidelines) tested for latent TB infection.  2) Proportion of individuals from at risk populations (according to national guidelines) with a positive latent TB test who are eligible for starting TB preventive therapy that have started treatment.  3) Proportion of individuals from at risk populations (according to national guidelines) with a positive latent TB test who have started on TB preventive therapy that have completed the course.	1) TB incidence rate among at risk populations (as defined by national guidelines)

### Special populations and other high-risk groups

	Children (<5 years old)	All ages
E3.14a: How many contacts of bacteriologically confirmed TB cases were screened for TB in 2015?	514	5531
E3.14b: How many TB cases were identified among contacts in 2015?	30	61
E3.14c: How many RR/MDR-TB cases were identified among all contacts in 2015?	0	0
E3.14d: How many contacts began IPT in 2015?	136	148

	2015
F1.1: Number of adults with advanced HIV infection who received antiretroviral combination therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO/UNAIDS guidelines) and who were started on TB treatment (in accordance with national TB programme guidelines), within the reporting year	80
F1.2: Total number of adults and children (aged enrolled in HIV care who are diagnosed as having active TB disease during the reporting period	41
F1.2: Total number of adults and children (aged enrolled in pre-ART care or on ART) during the reporting period	605
F1.3: Number of adults and children (aged enrolled in HIV care who start given at least one (also) isoniazid preventive therapy during the reporting period	126
F1.3: Number of adults and children (aged enrolled in HIV care) during the reporting period	605

#### LTBI in Global TB data collection form (only for EUR)

Country: Y 2015 data  
Total pop. = 4 mln  
0-4 years pop. = 700 000  
No LTBI national policy  
0-4 years contacts, est. = 4 600\*  
\*By A. Dada based on Hodder & Dodd  
0-4 years screened = 514 (14%)  
0-4 year LTBI eligible = 496  
0-4 year IPT enrolment = 136 (27%)

National policy is available but rarely implemented  
PLHIV, IPT enrolment = 19%

