

LA LETTRE DU Souffle N°48

SOMMAIRE

- P 2-5** **NOTRE GRAND DOSSIER**
- p2 La tuberculose, une ennemie d'aujourd'hui
- p3 La tuberculose : bien la reconnaître et la diagnostiquer
- p4 La tuberculose, une maladie qui se guérit
- p5 Les toutes dernières avancées de la recherche
- p6 **Vivre avec la tuberculose**
- P7** **NOS ACTUALITÉS**
Tuberculose : tous nos outils d'information à l'usage de tous les publics/
A offrir : 80 ans de l'histoire du timbre anti-tuberculeux/ Vie de vos dons : 2 recherches axées sur la tuberculose retenues par le Conseil Scientifique
- P8** **VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES**
Notre nouvelle rubrique interactive

La tuberculose : maladie du passé mais combat au présent.

En France, arrêt de la vaccination BCG

Depuis le 11 juillet 2007, l'obligation de vaccination par le BCG chez l'enfant et l'adolescent est suspendue au profit d'une recommandation forte de vaccination chez les enfants les plus exposés à la tuberculose. Une rupture avec ce qui se faisait depuis 57 années dans notre pays. Pourquoi cette décision ? En 1945, il y avait en France 150 000 nouveaux cas de tuberculose. Aujourd'hui, il y a en France environ 8 000 cas par an. Le risque pour un enfant vivant en France de rencontrer une personne atteinte de tuberculose et contagieuse est devenu faible. Ces chiffres optimistes ne doivent pas masquer une terrible réalité : la tuberculose tue encore et toujours, dans le monde entier.

Dans le monde, un fléau qui touche les plus démunis

Chaque année, quelques deux millions de personnes meurent de la tuberculose et plus de huit millions développent la tuberculose active. L'infection atteint des proportions alarmantes en Afrique, en Asie et en Amérique latine. L'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) estime qu'entre 2000 et 2020, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées, que 200 millions d'entre elles développeront la maladie, dont 35 millions mourront de la tuberculose si aucune amélioration n'est apportée dans le contrôle de cette infection. Ce sont les plus pauvres, les plus vulnérables, au niveau mondial et au niveau national qui payent un lourd tribut à cette maladie. En France, les cas de tuberculose sont concentrés essentiellement chez les personnes précarisées et les personnes migrantes. Plus que jamais, il importe donc de lutter contre la tuberculose. D'énormes progrès restent à accomplir en matière de prévention, de recherche et de traitement.

Au CNMR, une lutte continue depuis 80 ans

Le Comité national contre les maladies respiratoires est né pendant la première guerre mondiale pour lutter contre la tuberculose. En 1913, celle-ci tuait 84 443 personnes par an. Souvenons-nous : le Comité lance en 1925 une opération de grande envergure, la campagne nationale du timbre antituberculeux. Celles-ci se succèdent jusqu'à aujourd'hui. Et même si le CNMR combat maintenant toutes les maladies respiratoires, il lutte toujours et encore contre la tuberculose. Le Comité mobilise ses principaux spécialistes, mène des actions de prévention et de dépistage, soutient la recherche. Plus que jamais mobilisé. Avec l'idée que plus personne ne devrait mourir de la tuberculose au XXI^e siècle.

Pr Christos Chouaïd
Pneumologue, Hôpital Saint-Antoine



NOTRE GRAND DOSSIER

La tuberculose, une ennemie d'aujourd'hui

Par Anne-Sophie Glover-Bondeau

Maladie qui faisait frémir nos ancêtres au début du XX^{ème} siècle, la tuberculose ne fait plus peur. Et pourtant, elle existe toujours et touche surtout les plus faibles, les défavorisés. Le point sur la situation française.

Vous avez dit tuberculose ?

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par *Mycobacterium tuberculosis*. Cette bactérie peut s'attaquer à n'importe quelle partie du corps (système nerveux, ganglions, appareil génital, appareil urinaire, articulations, os, abdomen...) mais la maladie touche habituellement les poumons (dans 85% des cas). La tuberculose est due à un microbe, qu'un bactériologiste, Robert Koch, a découvert en 1882 et auquel il a donné son nom : le bacille de Koch ou BK.

Un ancien ennemi toujours d'actualité

Véritable fléau dans la première moitié du vingtième siècle en France - en 1913, la tuberculose était responsable de 84 443 décès - la tuberculose n'est pas encore éradiquée. En 2005, la tuberculose est plus rare en France avec 9 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Sa fréquence continue à diminuer mais cette décroissance s'accompagne de forts contrastes.

De fortes disparités régionales

Les régions Ile-de-France, Provence-Alpes Côte d'Azur (PACA) et Rhône Alpes totalisent en effet plus de la moitié des cas déclarés en France. Ainsi, pour 100 000 habitants, on note 22 nouveaux cas par an en Ile-de-France et 29 en Guyane.

En outre, les cas sont concentrés essentiellement dans certains groupes de population : les personnes précaires, particulièrement les sans-abris (avec une fréquence de la maladie 20 à 30 fois supérieure à la moyenne nationale), les personnes

migrantes provenant de pays à forte endémie, les personnes séropositives par le VIH, les personnes vivant en milieu carcéral. Ainsi, la tuberculose demeure un risque sanitaire en France.

Le Plan national de lutte contre la tuberculose (juillet 2007)

Le Ministère de la Santé a mis en place un plan national de lutte contre la tuberculose en juillet 2007. Avec comme principaux objectifs de consolider la diminution progressive de l'incidence de la tuberculose maladie et de réduire les disparités. Afin qu'un jour la tuberculose ne soit plus qu'un lointain souvenir. Pour tous.

Zoom santé

La vaccination BCG, c'est plus automatique

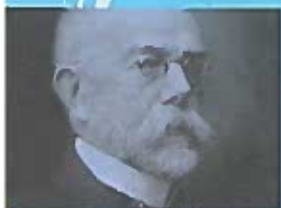
Le BCG n'est pas un vaccin pleinement efficace : il est très utile pour prévenir les formes graves de la maladie chez l'enfant mais il ne protège les adultes que dans un cas sur deux. Jusqu'en juillet 2007, la vaccination BCG était obligatoire chez les enfants avant l'entrée en collectivité et chez les adultes non encore vaccinés, étudiants ou travaillant dans les filières sanitaires.

A compter de juillet 2007, l'obligation vaccinale par le vaccin BCG est suspendue chez l'enfant et l'adolescent au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés. Ceux-ci sont les enfants répondant au moins à l'un des critères suivants : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse, enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays, enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays, enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose, enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane ainsi qu'enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux (conditions de logement défavorables ou socio-économiques défavorables ou précaires ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie). Le vaccin est toujours remboursé par la Sécurité Sociale. Cette décision de suspension n'est possible que dans le cadre du lancement du programme de lutte contre la tuberculose en France.

Ce plan est organisé en six axes :

- Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie
- Améliorer le dépistage de la tuberculose
- Optimiser l'approche vaccinale
- Maintenir la résistance antibiotiques à un faible niveau
- Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose
- Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse.

La tuberculose : bien la reconnaître et la diagnostiquer



POINT HISTOIRE

Robert Koch, le découvreur du bacille de la tuberculose

Médecin allemand, né en 1843 à Clausthal, Robert Koch découvre le bacille de la tuberculose, auquel on donnera le nom de bacille de Koch, en 1882. Il démontre alors le caractère contagieux de cette maladie. Des mesures de lutte vont être prises en Europe mais il faut attendre 1921 et la mise au point du vaccin BCG de Calmette et Guérin pour voir la tuberculose reculer vraiment. En 1883, Robert Koch isole l'agent microbien du choléra et prouve, peu après, le rôle de l'écu dans la transmission de la maladie. Il s'intéresse aussi à la maladie du charbon, à la peste bovine et équine, aux intoxications par le plomb, au paludisme, à la pioplasmosse et à la maladie du sommeil. En 1905, il obtient le Prix Nobel de médecine et Physiologie. Il s'éteint en 1910 à Baden-Baden, laissant son nom dans l'histoire.

Comment la contracte-t-on ?

On peut contracter la tuberculose en étant en contact avec une personne déjà contaminée. Lorsqu'un malade contagieux parle, tousse, éternue ou se mouche, il projette dans l'atmosphère de fines gouttelettes porteuses de bacilles. Celles-ci seront inhalées par l'entourage. L'entrée du bacille dans le corps se fait par les voies respiratoires, puis il peut se fixer n'importe où dans l'organisme.

Seules les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire ou de laryngite tuberculeuse sont susceptibles de transmettre le microbe à leur entourage. Tout le monde peut contracter la tuberculose mais certaines personnes ont plus de risque de développer la maladie car leurs défenses immunitaires sont affaiblies : ce sont les enfants (surtout avant l'âge de 2 ans), les personnes âgées, les diabétiques, les personnes séropositives au VIH ou atteintes de SIDA, les malades en cure de chimiothérapie, les personnes ayant une dépendance à l'alcool, les personnes souffrant de malnutrition.

À la suite d'un contact étroit et prolongé (au moins 8 heures) avec une personne tuberculeuse contagieuse, il y a un risque de primo-infection ou infection tuberculeuse latente qui peut passer inaperçue et n'est pas contagieuse. Cette primo-infection ne se traduit par aucun signe clinique et n'est aujourd'hui diagnostiquée que par un test tuberculitique par Intra Dermo Réaction (IDR). Elle peut évoluer, dans 10% des cas chez l'adulte, vers une « tuberculose maladie », contagieuse et grave. Ce pourcentage est plus élevé s'il s'agit d'enfants jeunes ou d'individus avec des défenses affaiblies. Rappelons qu'il peut s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années, entre la primo-infection et la tuberculose-maladie ».

Des symptômes peu spécifiques

Le plus souvent, la tuberculose se manifeste par des signes peu spécifiques en soi mais dont la persistance doit donner l'alerte : une toux non expliquée de plus de 15 jours, une bronchite traînante, un amaigrissement important inexpliqué, des sueurs nocturnes, une fièvre prolongée à 37,5°C-38,5°C, une grande fatigue. La persistance de ces signes au-delà de trois

semaines doit alerter. Plus rarement, la tuberculose se manifeste par des symptômes d'emblée inquiétants : fièvre à 40°C oscillante, crachats de sang (hémoptysies), essoufflement ou douleur en point de côté (pleurésie).

Les examens

Les examens effectués en cas de suspicion de tuberculose sont une radiographie pulmonaire et la recherche des bacilles de Koch. La radiographie révèle des opacités anormales sous formes de nodules ou des « cavernes » en cas de tuberculose. Une recherche des bacilles de Koch est effectuée : en cas de tuberculose pulmonaire, ce sont les crachats qui sont étudiés. La recherche des bacilles peut se faire aussi à l'occasion d'autres prélèvements : urine, liquide céphalo-rachidien, ponction de plèvre, ponction d'abcès... Seule la mise en évidence des bacilles constitue un diagnostic de certitude.

Après avoir regardé les prélèvements au microscope pour détecter la présence ou non de bacilles, le bactériologiste met les prélèvements en culture pour réaliser deux types d'examen : une identification exacte du bacille ainsi qu'un antibiogramme. Celui-ci permet de vérifier que les antibiotiques utilisés pour le traitement sont réellement efficaces sur le bacille.

Zoom actu

La tuberculose, fléau mondial

À l'échelle mondiale, la tuberculose est un problème majeur de santé publique. Deux milliards de personnes (soit 30% de la population mondiale) sont infectées par le bacille tuberculeux. Chaque année, 9 millions de personnes sont atteintes d'une tuberculose, dont 3,9 millions sont contagieuses. En 2004, le nombre de décès dus à la tuberculose était estimé à 1,7 millions. Plus de 80% de l'ensemble des patients atteints de tuberculose vivent en Afrique subsaharienne ou en Asie. Si l'on ne fait rien contre la tuberculose au cours des 20 prochaines années, près d'un milliard de personnes supplémentaires seront infectées, 200 millions contracteront la maladie et 35 millions en mourront. En outre, on observe chaque année 300 000 cas de tuberculose résistante aux traitements. Ces formes de la maladie sont observées en majorité en Europe de l'Est et dans certaines provinces de Chine. Il faut relancer la recherche pour de nouveaux moyens diagnostiques et des médicaments plus efficaces, simples d'utilisation et, surtout, à la portée des malades des pays pauvres.

La tuberculose, une maladie qui se guérit

Il faut le rappeler, la tuberculose est une maladie dont on peut guérir dans l'immense majorité des cas grâce aux traitements antibiotiques antituberculeux. Correctement pris, ceux-ci sont extrêmement efficaces. Résumé du traitement et des problèmes rencontrés.

Par Anne-Sophie Glover-Bondeau

Les traitements

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire prise en charge à 100% par la Sécurité sociale. Le traitement anti-tuberculeux dure au minimum 6 mois et se déroule en deux phases. La première étape est celle du traitement intensif, d'une durée de deux mois, durant laquelle on associe quotidiennement quatre antibiotiques. Les objectifs : tuer la majorité des bacilles présents dans les lésions, éviter la sélection de mutants résistants aux antibiotiques et supprimer rapidement la contagiosité du malade. Dans un deuxième temps, on associe quotidiennement deux de ces antibiotiques pendant au moins quatre mois. Cette seconde étape a pour objectif d'assurer la stérilisation complète des lésions, ceci afin d'éviter la rechute de la maladie. Les taux de guérison sont de 99%.

à savoir

La primo-infection récente peut justifier un traitement préventif pour limiter le risque de progression ultérieure vers la tuberculose-maladie. Ce traitement comporte en général un seul antibiotique pour une durée de 6 mois. En France, on propose en alternative un traitement de deux antibiotiques pendant 3 mois.

Incomplet ou mal suivi est pire que pas de traitement du tout. Non seulement il n'élimine pas l'infection mais il peut provoquer chez le malade l'apparition de bacilles résistants aux antibiotiques. Ces cas de tuberculose résistants, lorsqu'ils peuvent être traités, sont cent fois plus coûteux que des cas de tuberculose pouvant être traités par les traitements standards.

Les résistances

On observe ces multirésistances surtout chez des patients ayant été infectés dans certaines zones géographiques : Europe de l'Est, Afrique subsaharienne. En France, le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants est relativement faible (68 cas, soit 1,3% en 2004). Mais, « au niveau mondial, les tuberculoses multirésistantes augmentent, surtout en Europe de l'Est et en Afrique centrale, où la prévalence peut atteindre 20% » signale le Dr Henri-Pierre Mallet, responsable de la cellule Tuberculose à la ville de Paris. Une plus grande dispersion des bactéries tuberculeuses résistantes à travers l'Europe est à craindre au cours des prochaines années, due à l'augmentation des migrations de population. Pour cela de nombreux chercheurs travaillent à mettre au point des techniques diagnostiques plus performantes, de générer des vaccins plus efficaces et de développer de nouvelles molécules. Plus de 80 ans après la découverte du BCG, la tuberculose est toujours d'actualité.

Les examens

Lors d'une tuberculose pulmonaire, les crachats sont étudiés, le matin à jeun pendant trois jours. Si des crachats spontanés ne peuvent être obtenus, deux méthodes sont utilisées : le tubage gastrique (introduction d'une sonde dans l'estomac dans le but d'étudier les sécrétions bronchiques avalées inconsciemment pendant la nuit) effectué le matin avant le lever et la fibroscopie bronchique (examen de l'intérieur d'un organe grâce à un fibroscope qui permet en outre l'aspiration des sécrétions). Ces examens nécessitent le plus souvent une hospitalisation.

Les modalités

Il est indispensable de respecter strictement le traitement et de ne pas l'arrêter trop tôt. Les médicaments doivent être pris ensemble en une seule fois par 24 heures, l'estomac vide, tous les jours à la même heure. La parfaite observance du traitement est importante pour l'individu atteint mais a également un impact majeur sur le contrôle de l'endémie tuberculeuse et la prévention de l'émergence de souches multi-résistantes de bacilles tuberculeux. L'OMS estime en effet que d'un point de vue de santé publique, un traitement

Zoom santé

Une hospitalisation peut s'avérer nécessaire dans deux cas de figure : si le malade est contagieux ou quand les conditions de vie du patient ne lui permettent pas de suivre son traitement. Le malade est alors hospitalisé à l'hôpital ou en centre de cure spécialisé. A noter : une personne sortie de l'hôpital, où des contrôles sont effectués, mais qui continue son traitement n'est plus contagieuse. A partir de ce moment, elle peut continuer son traitement tout en reprenant ses activités. Elle ne risque plus de transmettre la tuberculose aux autres. A l'hôpital, un patient contagieux doit porter un masque afin d'éviter de contaminer le personnel soignant et ceux qui le visitent. Les sorties sont limitées au maximum. Si le malade doit sortir de sa chambre, il doit ajuster son masque de façon correcte sur son visage. Une personne arrivant de l'extérieur doit également porter un masque.

Les toutes dernières avancées de la recherche.

Plus que jamais, il importe de trouver de nouvelles armes contre la tuberculose. Or, malheureusement, peu de recherches se font car les pays développés, peu touchés par la tuberculose, s'en désintéressent. Résumé des perspectives.

*En collaboration avec le Pr Gilles Marchal
Centre National de référence des Mycobactéries, Institut Pasteur*

Vaccin

Pour l'instant, on ne dispose pas d'un vaccin meilleur que le BCG. Différentes équipes de recherche tentent de l'améliorer, mais sans succès. Les freins ? Les chercheurs ne disposent pas d'un bon modèle animal. Le meilleur modèle est le cobaye, mais très peu d'équipes ont la possibilité de travailler avec ces animaux. En outre, la tuberculose du cobaye n'est pas identique à la tuberculose humaine. L'essentiel des recherches vaccinales contre la tuberculose s'effectue sur des souris, or l'infection tuberculeuse chez la souris n'a rien à voir avec l'infection chez l'homme.

Nouveaux médicaments

Les deux derniers antibiotiques antituberculeux datent de 1952 pour l'isoniazide et de 1967 pour la Rifampicine. Il est donc normal qu'il y ait des résistances qui se soient développées. Deux nouvelles molécules antituberculeuses vont bientôt se trouver sur le marché. Il s'agit de la Diarylquinoline TMC-207, en phase I/IIa des essais cliniques et du Nitroimidazo-oxanzine OPC-67683, en phase II des essais cliniques. Ces deux nou-

velles molécules sont actives sur les bacilles qui ne se multiplient pas ou se multiplient très peu. On peut espérer que ces molécules permettront de raccourcir le traitement. Il faudra sûrement les associer.

Moyens diagnostiques

Une des urgences est de trouver un moyen diagnostique rapide, fiable et peu coûteux, en particulier pour les pays en développement. Les pays développés diagnostiquent la tuberculose à peu près correctement (utilisation de la radiographie, des examens de laboratoire, les personnes qui toussent depuis trois semaines vont voir le médecin). Dans les pays en voie de développement, par contre, le diagnostic n'est réalisé qu'à partir d'examens des signes cliniques et d'examen direct des crachats au microscope. Or, l'examen direct est peu fiable. On cherche donc actuellement un test diagnostique bon marché et rapide. Pour l'instant, on en est encore loin. En France, nous disposons de deux nouveaux tests de diagnostic de la tuberculose. Ces tests, QuantiFERON-TB et T-SPOT.TB, détectent la présence de cellules T sécrétant de l'interféron gamma en réponse à une activation par les antigènes de *Mycobacterium tuberculosis*. Ils déterminent si les sujets ont été en contact avec le bacille. Cela pourrait constituer un diagnostic simple pour les enfants.



Vivre avec la tuberculose.



Tout a commencé lors de ma première grossesse, il y a 6 ans. Un de mes amis venait souvent à la maison. Il toussait beaucoup, mais comme il était fumeur, je n'étais pas inquiète. Et puis, la tuberculose, on n'y pense pas. Quand ma fille a eu 6 mois, je me suis mise à tousser, beaucoup, j'avais mal au poumon, de la fièvre et une immense fatigue. Je pensais avoir attrapé une bronchite. D'ailleurs, c'est ce que le médecin a diagnostiqué. Il m'a prescrit des antibiotiques. Seulement, à ce moment, mon ami m'a appris qu'il avait une tuberculose pulmonaire. Inquiète, je suis allée voir le médecin qui m'a fait passer une radio des poumons. Celle-ci a révélé une pneumopathie au lobe supérieur droit. J'ai alors subi une analyse des crachats qui a révélé une tuberculose pulmonaire. J'ai passé 15 jours à l'hôpital, suivi une quadrithérapie (association de 4 antibiotiques) pendant 4 mois puis une bithérapie (association de 2 antibiotiques) pendant 3 mois. Ma fillette a été hospitalisée 3 jours et a dû suivre une bithérapie pendant 3 mois car elle avait été en contact avec moi pendant que j'étais contagieuse. La radio de contrôle effectuée un an après n'a révélé aucun problème. C'est une maladie très fatigante avec un traitement lourd mais ne nous plaignons pas : en France, la tuberculose est très bien soignée.

Nathalie - 38 ans



Paroles de patients

Je suis une enfant « de la guerre ». En 1951, j'avais 9 ans. Un jour, on m'a juste dit que « j'avais viré ma cuti », expression de l'époque pour désigner une primo-infection tuberculeuse. Je n'ai rien su de plus. A l'époque, la tuberculose était vivace et la crainte de cette maladie très grande. J'ai été envoyée en préventorium pour enfants, dans un préventorium réservé aux filles bien sûr, en région parisienne. Au tout début, j'ai été isolée des autres, afin de voir si je ne développais pas la tuberculose. Après cette période de confinement, j'ai suivi 11 mois de « traitement ». Celui-ci constituait en repos prolongé, 4h30 de sieste l'après-midi quand même, et en un rythme de vie très régulier. Nous dormions dans un grand dortoir de 30 petites filles. Et il me semble qu'il y avait alors quatre dortoirs. Je me souviens d'une vie stricte. Nous nous levions tôt. Puis venait le déjeuner, un semblant de vie scolaire avec une institutrice. Enfin, le déjeuner, peu abondant. L'après-midi, nous faisons la sieste à l'intérieur par mauvais temps et dehors, au soleil, quand il faisait beau. Ensuite, une promenade dans la campagne et dîner et coucher tôt. Nous avions fréquemment des prises de sang et une surveillance du poids, de la taille. Quelques fillettes partaient pour le sanatorium. Ce que j'en garde comme impression ? Triste, pesant, sans relève affective. J'ai souffert au niveau hygiène : nous n'étions changées qu'une fois par semaine. Enfin, est venu le temps de la liberté : je devais partir l'été mais mes parents allaient à la mer avec mes frères et sœurs et, à l'époque, le bord de mer était déconseillé pour les enfants « fragiles ». Je ne suis sortie du préventorium qu'après les vacances. J'en garde toujours un sentiment de frustration.

Christiane Vauconsant - 65 ans

Fiche santé N°3

Quand la tuberculose est-elle contagieuse ?

Les conseils du Pr Christos Chouaïd, pneumologue, Hôpital Saint-Antoine

Un malade atteint de tuberculose pulmonaire est contagieux si l'on trouve du bacille dans ses crachats. Plus le nombre de bacilles est élevé, plus le malade est contagieux. Dans ce cas, le malade doit porter un masque. Au fur et à mesure du traitement, le nombre de bacilles projetés par le patient diminue, le risque de contagion aussi. Tout patient contagieux doit porter un masque afin d'éviter de contaminer ceux qui l'entourent. Et surtout éviter le contact des personnes fragiles : les enfants de moins de 15 ans, les personnes âgées, les personnes immuno-déprimées et les femmes enceintes. En général, une personne atteinte de tuberculose non-pulmonaire n'est pas contagieuse.

Si j'ai été en contact prolongé avec une personne souffrant de tuberculose :

Je me rends chez mon médecin qui me prescrira une intra-dermo réaction (IDR), une radiographie pulmonaire, suivies d'une surveillance en général 3 et 12 mois plus tard. L'intra-dermo réaction (IDR) est un test de contrôle de la vaccination ou du contact avec le bacille : une protéine du bacille, la tuberculine, est injectée dans la peau d'une personne infectée ou vaccinée.

L'actualité du CNMR

Tout ce qui est nouveau,
tout ce qui va sortir.

Nos outils mis à disposition du grand public, des professionnels de la santé ou des entreprises :

« La tuberculose, il faut encore y penser »

Le CNMR met à la disposition du public cette brochure réalisée dans le but de sensibiliser à la persistance de cette maladie.

Nos expositions itinérantes

L'exposition de photographies en partenariat avec l'Union Internationale, sur la « tuberculose en France et à travers le monde ». L'exposition sur les 80 ans de l'histoire du timbre antituberculeux.

La brochure « Kof-Kof »

Le CNMR a développé ce support adapté aux populations à risque. Elle a pour but d'inciter au dépistage les personnes ne parlant pas le Français ou illettrées. La brochure leur démontre également l'importance de ne pas interrompre un traitement. Cet outil a pu être réalisé grâce au comité de Paris, en partenariat avec les médecins du sanatorium de Bligny et le groupe de travail Tuberculose.

« BCG-Pourquoi la vaccination n'est plus obligatoire » Cette nouvelle brochure éditée par le CNMR explique pourquoi le vaccin n'est plus obligatoire pour tous les enfants mais seulement recommandé pour certains.

A lire et à commander (bon de commande ci-dessous) : « 80 ans d'histoire du timbre anti-tuberculeux » A l'occasion de la Journée Mondiale de la Tuberculose le 24 mars 2007, le CNMR a édité un très beau livre de 120 pages richement illustré sur les 80 ans d'éducation sanitaire en France à travers le timbre anti-tuberculeux. Celui-ci n'a pas été seulement un moyen de propagande et de récolte de fonds, il a été avant tout un instru-

ment d'éducation sanitaire antituberculeuse. Plongez-vous dans la fabuleuse histoire du timbre anti-tuberculeux !

Du nouveau sur www.lesouffle.org

De nouveaux articles sont en ligne : emphysème, pneumothorax, syndrome d'apnées du sommeil, troubles du sommeil. A vite consulter pour en savoir plus ! En préparation : bronchiolite, arrêt du tabac pour les jeunes, embolie pulmonaire... A suivre !

La Recherche épidémiologique subventionnée par le CNMR :

Un travail évaluant l'analyse des facteurs d'échec de la prise en charge de la tuberculose a été retenu par notre Conseil Scientifique afin d'aider à identifier les défaillances des filières de soin et aider à leur amélioration. Son titre : « Fillières de soins des patients traités par tuberculose en 2004 en Ile de France : analyse des facteurs d'échec de la prise en charge et performance de l'organisation des soins ». Cette recherche est menée par le Pr Christos Chouaid, adjoint du service de Pneumologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris. Le CNMR et son Conseil Scientifique souhaitent poursuivre et renforcer le soutien à la recherche dans ce domaine essentiel de santé publique.

Bourses délivrées par le comité scientifique pour subventionner la recherche contre la tuberculose

La prévention et le traitement de la tuberculose est une priorité pour le Comité National contre les Maladies Respiratoires. Le Conseil Scientifique soutient régulièrement des équipes travaillant dans ce domaine et souhaite développer encore cette action. Ainsi, nous avons soutenu récemment un travail de recherche en épidémiologie sur la tuberculose en Seine Saint Denis, ce département représentant une source d'informations précieuses pour mieux comprendre l'évolution de cette maladie dans notre pays.

Pr Marc Humbert



Un cadeau historique pour Noël !

Commandez le avant le 30 novembre et bénéficiez du tarif avantageux de 15€ au lieu de 25€ !!

Oui, je souhaite recevoir le livre « 80 ans d'histoire du timbre anti-tuberculeux » au tarif préférentiel de 15€.

Coupon à retourner dans une enveloppe sans l'affranchir,
accompagné de vos coordonnées complètes et de votre règlement à :

Comité National contre les Maladies respiratoires - Libre réponse N°80363 - 75281 Paris cedex 06

VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES

Vous êtes toujours aussi nombreux à nous transmettre vos questions (par courrier, par téléphone, par mail, via notre site Internet) et nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette rubrique.

Question courrier

Mme M de Strasbourg :

Je collectionne les timbres de votre Campagne Nationale et il me manque les timbres de certains millésimes notamment 1975, 1976, 1981 et 1999. Comment les commander ?

Réponse du CNMR

Vous êtes nombreux à nous demander régulièrement des timbres pour compléter vos collections ou simplement à nous demander un timbre précis (se référant à votre année de naissance ou à celle de l'un de vos proches...). Ces timbres sont conservés avec le plus grand soin dans nos locaux, ils sont pour certains très rares. Les tarifs varient en fonction de la rareté et du millésime. Une grille tarifaire est à disposition. Pour les commander, écrivez-nous ou contactez Kouroussa M'Bae au 01-46-34-58-80 en précisant les millésimes et quantité des timbres que vous souhaitez acquérir.

Question posée par mail contact@lesouffle.org

Je souhaite apporter mon soutien régulier au CNMR mais je ne veux plus recevoir de relances, comment dois-je m'y prendre ?

Réponse du CNMR

Précisément, lorsque les donateurs nous soutiennent de façon régulière, nous ne leur adressons que notre revue trimestrielle: la lettre du souffle. En pratique, vous fixez la somme et la fréquence de vos dons (par mois ou par trimestre). Le soutien régulier nécessite une procédure de prélèvement automatique (qui peut être interrompue à tout moment). Il est nécessaire pour cela de remplir une demande d'accord de prélèvement. Vous pouvez vous procurer cette demande d'accord en en faisant la demande par écrit ou en téléphonant au 01 46 34 58 80. Cette demande d'accord doit nous être renvoyée remplie, signée et complétée absolument de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou de votre relevé d'identité Postale (RIP).

Question internet posée sur notre site www.lesouffle.org

Je souhaiterais avoir des informations sur les legs en faveur du CNMR.

Réponse du CNMR

Le CNMR est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique depuis 1916 ; nous pouvons ainsi recevoir des legs sans droits de succession, ainsi que des donations et assurances-vie. Vous pouvez nous demander en toute confidentialité et sans aucun engagement de votre part le livret « Legs, Donations et Assurances-vie en faveur du CNMR » par email : contact@lesouffle.org ou par téléphone au 01 46 34 58 80.

Zoom soutien

Les Avantages du prélèvement automatique

- Vous répartissez mieux votre soutien au CNMR sur l'année.
- Vous êtes libéré du souci d'avoir à vous rappeler quand vous souhaitez faire un don.
- Vous faites réaliser d'importantes économies de courriers et de frais postaux au CNMR.

Pourquoi et comment faire une donation?

Transmettre un bien de son vivant c'est participer immédiatement aux missions menées par le CNMR. Et votre acte s'inscrit dans la durée. Vous choisissez l'affectation de votre legs (recherche contre les maladies respiratoires, aide sociale aux malades respiratoires en situation précaire, prévention et information du public...). Ce faisant, votre générosité et votre soutien d'aujourd'hui permettront les actions de demain.

**Merci de votre intérêt pour la Lettre du Souffle,
merci de votre engagement à nos côtés.**

Professeur Gérard Huchon - Président du CNMR