

Prise en charge de la tuberculose à Paris en 2011

Fadi Antoun
Arthur Fournier
Sylvie Quelet

Département de Paris,
BVCT - Cellule tuberculose/Clat 75

Si l'Ile-de-France est la région la plus touchée par la tuberculose, le nombre de cas décroît à Paris, passant de 1237 en 2002 à 502 en 2010. Focus sur le dispositif parisien de dépistage et de prise en charge de cette affection.

En France, la tuberculose a nettement décliné dans la première moitié du ^{xx}e siècle avant même l'instauration de l'obligation vaccinale (1950), et bien avant l'introduction de traitements médicamenteux spécifiques et efficaces : Streptomycine en 1944, PAS (1946) et Isoniazide (INH) en 1952.

En 1900, la tuberculose touchait en France plus de 500 000 personnes (incidence autour de 1 000/100 000) et en tuait 150 000 par an, représentant la première cause de mortalité, loin devant la syphilis et le cancer [1]. L'amélioration du niveau socio-économique ainsi que l'introduction de règles d'hygiène élémentaire ont permis de faire baisser ces chiffres pour atteindre une incidence autour de 200 à 250/100 000 dans les années 1950 [2].

Par la suite, le recul de la tuberculose s'est accéléré avec l'amélioration des conditions de vie, du système de santé et l'introduction de nouveaux médicaments antituberculeux. Ainsi, en 1970, l'incidence de la tuberculose en France était de 60/100 000 (déclaration obligatoire depuis 1964). Cette décline s'est poursuivie dans les années 1980-1990 et, avec une incidence autour de 15/100 000, on entrevoyait l'éradication de la tuberculose à la fin du deuxième millénaire.

Cette vision optimiste a probablement conduit à un certain relâchement et à l'abandon de nombreuses structures de lutte antituberculeuse (LAT). L'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

dans les années 1990 s'est accompagnée d'un léger rebond, puis la courbe de l'incidence a repris sa décroissance pour passer en dessous de la barre de 10/100 000 au début du troisième millénaire.

Concernant Paris, la fin de la Seconde Guerre mondiale a vu les moyens mis en œuvre pour lutter contre la tuberculose s'intensifier. L'apogée de cette action se situe dans les années soixante.

Ainsi la préfecture de la Seine s'occupait de l'ensemble de l'Ile-de-France et comptait :

- pour Paris : 33 dispensaires, dont 16 équipés de moyens radiologiques ;
- pour la banlieue : 41 dispensaires, dont 11 équipés de moyens radiologiques ;
- pour le dépistage itinérant : 6 camions équipés de moyens radiologiques et 5 postes de radiographie démontables.

Le dépistage radiologique de la tuberculose était systématique pour toute la population francilienne et concernait 5 à 6 millions d'individus. Les centres de lutte antituberculeuse (Clat) traitaient dans leurs structures propres plus de 500 cas de tuberculose par an, en plus des cas pris en charge dans les hôpitaux.

La régression de la tuberculose à partir des années 1980 a conduit à la réduction de ces structures. À Paris, en juin 1992, il ne restait plus que 5 centres médico-sociaux s'occupant de LAT et le dépistage itinérant, qui ne comptait plus que deux cabines démontables, devenait réservé à partir de 1996 aux foyers de migrants et aux populations sans domicile fixe, et

ne représentait guère plus de 10 000 à 15 000 personnes par an.

Description du dispositif

Au niveau légal et administratif

Le centre de lutte antituberculeuse de Paris (Clat 75) dépend du conseil général (CG) de Paris. Celui-ci, comme la moitié des autres conseils généraux, a passé une convention avec l'État pour assurer les différentes missions de santé publique recentralisées en 2006, dont la lutte antituberculeuse. En contrepartie, il perçoit la dotation générale de décentralisation versée annuellement (loi du 13 août 2004). L'objectif global de cette mission est de diminuer l'incidence de la tuberculose à Paris.

● Les principaux axes de l'action du Clat 75 découlent de la circulaire de mai 1995, amendée par les recommandations en 2003 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France [3]. La mise en œuvre pratique s'est affinée avec les recommandations de la Direction générale de la santé (DGS) sur les enquêtes autour d'un cas en 2006 et surtout la publication du Programme national de lutte antituberculeuse en 2007 [4].

● Le programme régional francilien de LAT (2008-2011) a été élaboré par la Drassif, devenue aujourd'hui Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS), et a permis d'apporter une précision et une adaptation régionale à ces actions qui concernent :

◆ les enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie (TM) contagieuse afin de dépister les cas secondaires de TM (0,5 à 2 % des sujets contacts) et d'infection tuberculeuse latente (ITL) (\approx 15 à 20 % des sujets contacts ; lire encadré) ;

◆ le dépistage ciblé des groupes à risque : foyers de migrants et de SDF, maison d'arrêt de la Santé ;

Infection tuberculeuse – Définitions

L'infection à *Mycobacterium tuberculosis* se présente sous deux formes :

● Infection tuberculeuse latente (ITL) : antécédent de contact direct avec *M. tuberculosis* qui persiste à l'état latent, pouvant conduire ultérieurement à une tuberculose maladie.

Il n'existe pas de diagnostic de certitude (absence de Gold standard) pour l'ITL.

◆ le traitement des patients pour lesquels une prise en charge dans les structures médicales et hospitalières classiques est difficile : patients à risque d'inobservance, patients sans couverture sociale, en situation de grande précarité, ainsi que les patients présentant une barrière culturelle ou linguistique ;

◆ la vaccination par le BCG.

Toutes ces actions sont à la charge du Clat, et les patients malades ou les personnes à dépister ou à vacciner n'ont aucun frais à leur charge.

Au niveau des structures opérationnelles

Depuis 2002, le Clat 75 s'est restructuré et la cellule tuberculose a été créée. Il s'agit d'une structure de coordination et de pilotage. Elle centralise les cas déclarés, facilite les enquêtes de dépistage et les évalue, analyse et adapte les stratégies de dépistage ciblé dans les populations à risque. Elle assure également la surveillance épidémiologique de la tuberculose à Paris pour les cas dans les collectivités et les populations à risque.

Cette cellule coordonne l'action des quatre centres médico-sociaux (CMS) répartis sur le territoire parisien. Elle est un lien avec les autres services du département (vaccinations, médecine scolaire, protection maternelle et infantile), les partenaires extérieurs (hôpitaux, médecine du travail, associations...), ainsi que les diverses institutions.

Les médecins de la cellule participent à l'élaboration des différents plans régionaux et nationaux de LAT, animent des journées d'information et de formation.

Les CMS sont chacun responsables d'un territoire parisien. Ils ont pour mission la mise en œuvre du dépistage : enquêtes auprès du cas index (le premier cas dépisté) afin d'établir une liste pertinente de sujets

contacts (personnes qui ont été ou sont en contact avec le malade), consultation des sujets contacts, réalisation et interprétation des radiographies pulmonaires, examens biologiques et bactériologiques. Ils assurent si besoin le traitement des tuberculoses latentes ainsi dépistées, de même que la surveillance et le suivi de ces traitements. Ils sont en relation avec les médecins des différentes structures fréquentées par le patient et assurent la synthèse des enquêtes.

Depuis 2001, il existe au sein du Clat 75 une consultation dédiée aux enfants âgés de 5 à 15 ans. Elle permet de prendre en charge le dépistage et l'éventuel suivi du traitement, ce qui entraîne un renforcement de la lutte contre la tuberculose dans cette population.

Épidémiologie en 2010

Les données présentées ci-dessous correspondent à l'exploitation d'une base de données (Damoc) gérée par la Cellule tuberculose. Cette dernière centralise l'information de tous les cas de tuberculose maladie (adultes et enfants) et d'infection tuberculeuse latente (ITL) des enfants âgés de moins de 15 ans (car seule la déclaration des ITL des moins de 15 ans est obligatoire) domiciliés à Paris.

Cas déclarés en 2010

Au total, 502 cas de tuberculose maladie à Paris et 53 cas d'infection tuberculeuse latente chez des moins de 15 ans ont été déclarés à la Cellule tuberculose.

L'incidence de la tuberculose maladie à Paris est estimée à 22,7 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 2010 (figure 1 ; établi à partir du recensement de l'Insee pour l'année 2010) ; elle est de 7/100 000 pour les Parisiens nés en France et d'un peu plus de 100/100 000 pour ceux nés hors de France.

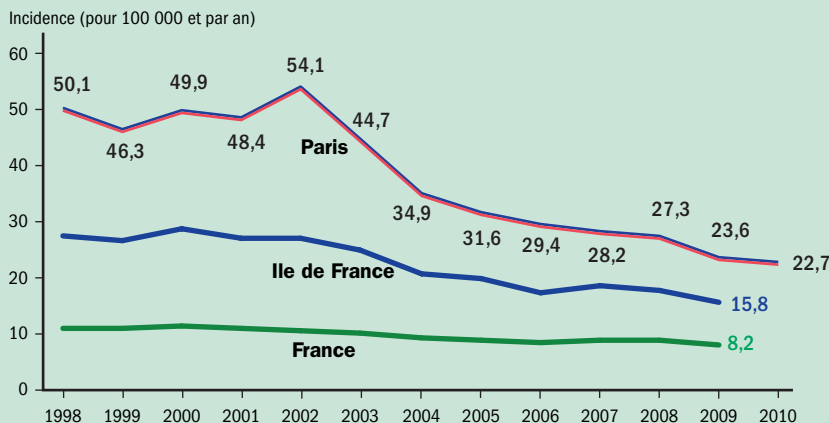
Cette incidence a diminué d'environ 70 % depuis huit ans et tend à se stabiliser depuis les deux dernières années. Au plan national, on observe sur la même période une légère tendance à la baisse, sans commune mesure avec celle observée à Paris (incidence nationale à 8,2 cas/100 000 en 2009).

Description des cas de tuberculose maladie Sexe, âge et pays de naissance

Les hommes représentent 63,3 % des cas de tuberculose maladie, soit 318 cas.

figure 1

Évolution de l'incidence des cas de tuberculose (Paris/Ile-de-France/France, 1998-2010)



La répartition par classe d'âge montre une diminution du nombre de cas chez les adultes jeunes alors que le nombre de cas chez les sujets âgés de plus de 60 ans est relativement stable. L'âge moyen de 44,2 ans est comparable à l'âge des cas français.

Concernant le pays de naissance, 73 % des cas sont nés à l'étranger, dont la moitié est originaire d'Afrique subsaharienne, et 27 % sont nés en France.

Caractéristiques cliniques et bactériologiques

Trois cent quatre-vingt-un cas, soit 76 %, ont une localisation respiratoire exclusive de la maladie. Au total, 430 cas ont une localisation respiratoire et extra-respiratoire, soit 86 % du nombre des cas.

Parmi l'ensemble des formes respiratoires (exclusive ou associée), l'examen microscopique des prélèvements respiratoires est positif dans 205 cas, soit 48 %.

Onze personnes, soit 2,2 % des cas, présentaient une résistance à l'INH et à la Rifampicine (TB MDR).

Mode d'habitat et précarité

Les sujets identifiés comme étant en situation de précarité représentent 26 % des cas, soit 130 cas en 2010 ; parmi eux, 15 % sont en grande précarité (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour, squat, rue...) et 11 % en précarité (foyers, hôtels meublés, CHRS...).

Ces proportions respectives ont peu varié depuis cinq ans, de même que le nombre de cas identifiés dans les foyers de travailleurs migrants, qui est resté stable en 2010 (32 cas en 2010, soit 6,4 %, versus 34 cas en 2009).

Répartition des cas par arrondissement de résidence et dispositif de déclaration

Les incidences calculées par arrondissement montrent toujours une plus grande concentration des cas dans l'est et le nord de la capitale, avec un maximum de 43,6/100 000 dans le 18^e arrondissement (figure 2).

La grande majorité des cas sont déclarés par les hôpitaux de l'AP-HP (80 % ; figure 3). Parmi l'ensemble des établissements déclarants, 7 hôpitaux déclarent 66 % du total des cas parisiens : Bichat, Saint-Louis, La Pitié-Salpêtrière, Tenon, Saint-Antoine, Lariboisière et Cochin. Les principaux services

figure 2

Taux d'incidence moyen en 2010

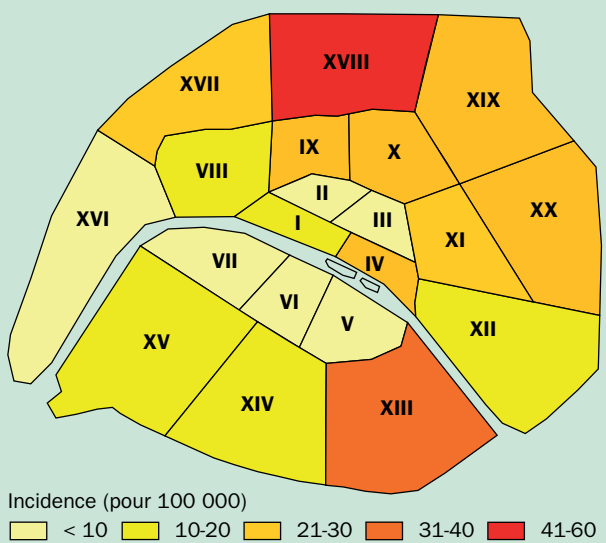
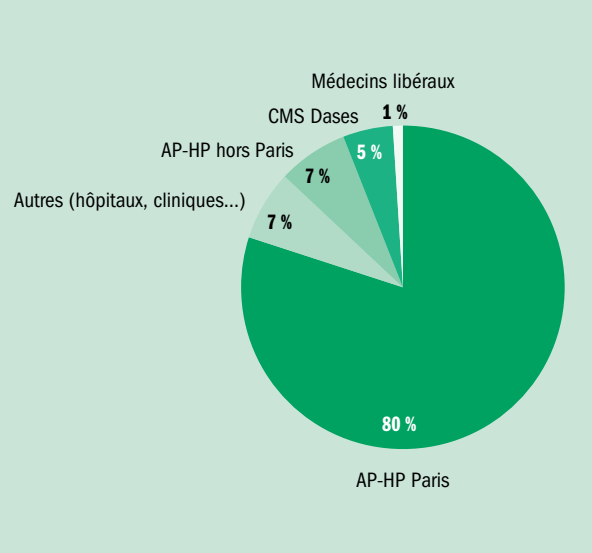


figure 3

Type de déclarants en 2010



déclarants sont les services de pneumologie (39,2 %), les services de maladies infectieuses (38 %) et les services de médecine interne (22,8 %).

Enquêtes et dépistage autour des cas

Principe

Le dépistage autour des cas bénéficie depuis 2004 de protocoles spécifiques pour la réalisation et l'évaluation des enquêtes. L'équipe de la Cellule tuberculose et les infirmières enquêtrices des quatre CMS sont chargées de s'entretenir avec le patient, si possible lors de son hospitalisation, et de déterminer la liste des sujets contacts à dépister.

Depuis le début de l'année 2008, le Clat 75 a renseigné les données inhérentes aux cas index et aux sujets contacts à l'aide d'un logiciel spécifique (Damoc®).

Prise en charge

Pour chaque cas signalé, la Cellule tuberculose a pour mission d'évaluer la contagiosité. Lorsque celle-ci est établie ou fortement suspectée, une enquête est systématiquement demandée.

Le dépistage consiste à proposer, pour chaque sujet contact identifié, un examen clinique et des examens complémentaires : radiographie pulmonaire (RP) pour éliminer une tuberculose maladie et test immunologique pour diagnostiquer une éventuelle infection tuberculeuse latente. Le Clat 75 a fait le choix depuis 2009 d'utiliser chez les sujets âgés de plus de 15 ans un test mesurant la libération de l'Interféron γ (*Quantiferon TB* ou QFT); les enfants âgés de moins de 15 ans continuent de bénéficier d'un test tuberculitique (IDR). Ce dépistage est le plus souvent assuré au sein d'un CMS.

En 2010, 451 enquêtes autour de cas parisiens de tuberculose maladie ont été effectuées par le Clat 75, dont 167 autour de cas ayant un prélèvement respiratoire positif à l'examen microscopique (EM), soit dans plus de 95 % du total de ces cas. De plus, le Clat a assuré le dépistage des sujets contacts « parisiens » de 263 cas index domiciliés hors de Paris.

Résultats

Ces 714 enquêtes (451 Parisiens + 263 non-Parisiens) ont permis l'identification de 5,9 sujets contacts par cas index. Ces sujets appartiennent aux groupes suivants : familial (28 %), amical (15 %), scolaire (23 %), professionnel (21 %) et autres collectivités (13 %; tableau 1).

Parmi les 332 infections tuberculeuses latentes diagnostiquées dans le cadre des enquêtes autour d'un cas de tuberculose maladie, 221 (66 %) bénéficient d'un traitement préventif.

Le rendement de ces enquêtes est en progression, avec respectivement 13 ITL et moins d'une TM dépistée pour 100 sujets contacts examinés.

L'augmentation régulière du nombre d'infections tuberculeuses latentes dépistées depuis 2006 a probablement de multiples explications :

- l'augmentation du nombre de sujets contacts dépistés ;
- la notification obligatoire pour les cas âgés de moins de 15 ans ;
- la précision du concept d'infection tuberculeuse latente depuis les recommandations de 2006 ;

- l'utilisation du test QFT pour le dépistage des infections tuberculeuses latentes (figure 4).

Activités de dépistage radiologique itinérant ciblé (RDI)

Des dépistages réguliers de la TM par radiographie pulmonaire sont réalisés pour les populations à risque identifiées à Paris. En pratique, des séances annuelles ou pluriannuelles de RDI sont organisées dans les foyers de travailleurs migrants et les centres d'hébergement sociaux. Des séances plurihebdomadaires sont organisées à la prison de la Santé.

La programmation des dépistages sur chaque site est fonction du nombre de cas de tuberculose maladie diagnostiqués au cours des mois précédents. Le recueil de cette information se fait grâce à un tableau

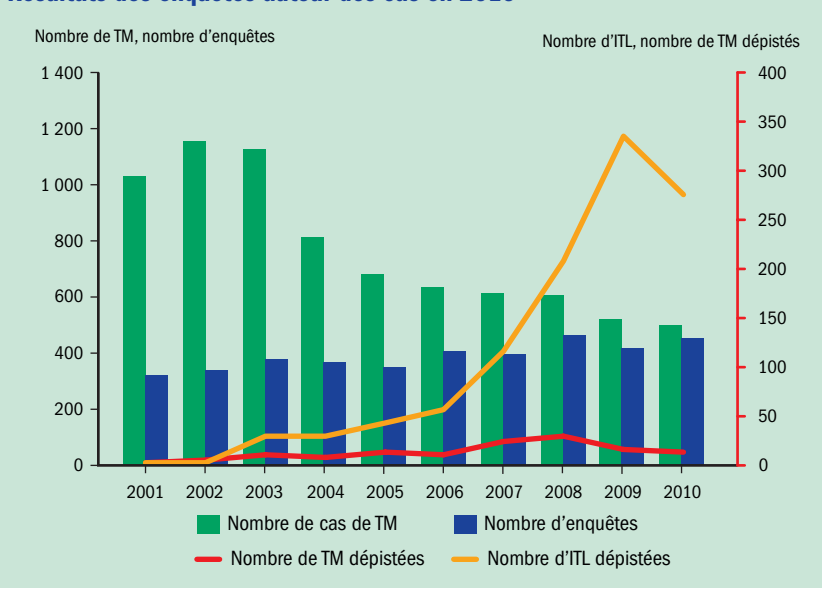
tableau 1

Résultats du dépistage des sujets examinés dans les structures du Clat 75

	Total	Moyenne par enquête et taux de détection
Sujets contacts identifiés	4 204	5,9
Sujets contacts examinés	2 637	3,7
ITL diagnostiquées	332	0,13
TM diagnostiquées	20	0,008

figure 4

Résultats des enquêtes autour des cas en 2010



d'alerte indiquant en temps réel le nombre de cas pour chaque site (tableau 2).

Après une période épidémique en 2002-2003 où le nombre de TM dépistées dans les foyers de migrants était très important (> 100 TM sur deux ans), ce nombre est revenu à des valeurs stables, à savoir 6 à 10 TM/an. Le nombre de cas de TM dépistées dans les foyers de SDF est similaire depuis douze ans, permettant le diagnostic annuel de 2 à 6 cas de TM (figure 5).

Cette action ne permet de dépister malgré tout qu'une faible proportion des cas déclarés dans l'année dans ces groupes à risque (19 % du nombre de cas déclarés

dans les foyers de migrants et 4 % dans les sites d'accueil précarité).

Le radio-dépistage effectué sur le site de la prison de la Santé a permis le diagnostic de 3 cas de TM en 2010 pour 953 radiographies pulmonaires réalisées.

Prise en charge des cas de tuberculose
Traitement et suivi des tuberculoses maladies (TM)

Les CMS assurent le traitement des personnes les plus démunies, avec un suivi spécialisé clinique et biologique et une délivrance gratuite des médicaments. Les consultations spécialisées de pneumologie des quatre CMS ont ainsi permis de

prendre en charge 22 patients atteints de TM en 2010.

Suivi des infections tuberculeuses latentes (ITL) des sujets contacts âgés de plus de 15 ans

En 2010, 74 % étaient nés à l'étranger et 11 % vivaient en collectivité et plus de 200 ITL ont bénéficié d'un traitement. Celui-ci a été suivi pendant la durée prescrite dans 83 % des cas.

Consultation spécialisée pour la tuberculose de l'enfant

Cette consultation accueille des enfants de 5 à 15 ans. En 2010, 537 enfants ont été vus en consultation spécialisée, 53 ITL ont été diagnostiquées et 2 cas de

tableau 2

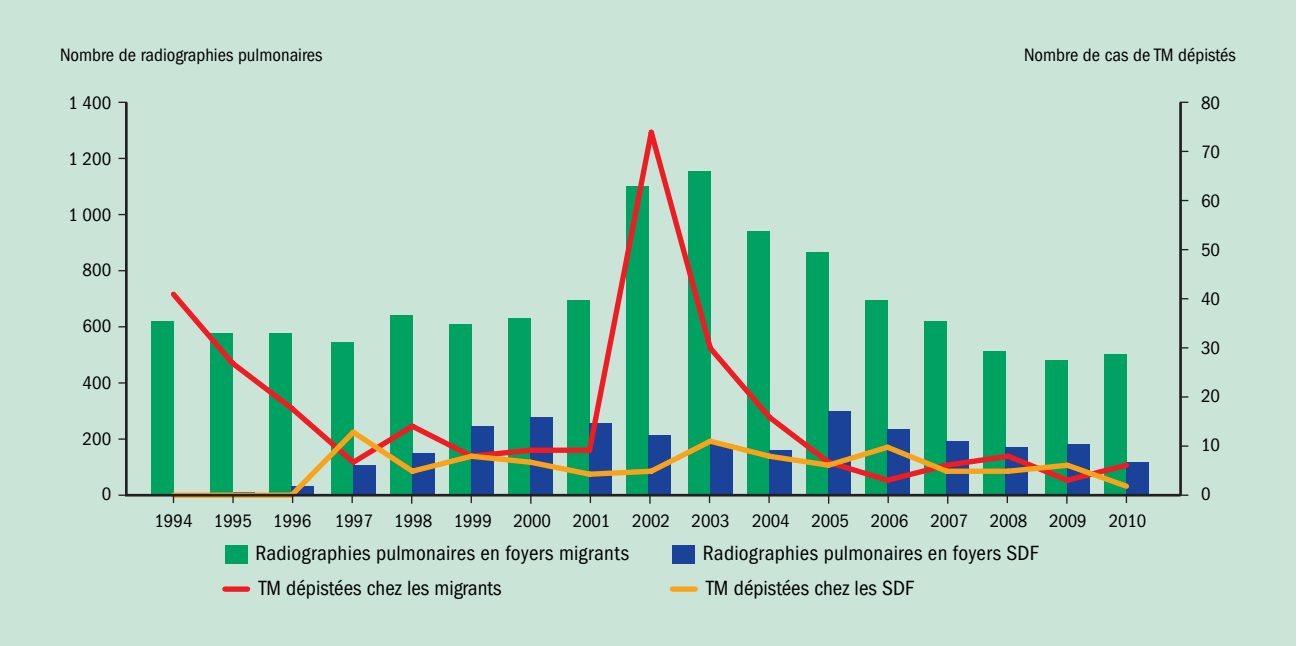
Activités et résultats du RDI – Paris 2010

	Nombre de sites dépistés	Nombre de séances de dépistage	Nombre total de radios	Nombre moyen de radios par séance	Nombre de cas de TM dépistés	Rendement*
Migrants	22	70	5 070	72	6	118
Précarité	19	44	1 129	26	2	177
Migrants et précarité	41	114	6 199	54	8	129

* Nombre moyen de cas dépistés par séance pour 100 000 radios faites.

figure 5

Radiodépistage dans les populations à risque (Paris 1994-2010)



TM. Les infections tuberculeuses latentes ont été diagnostiquées soit dans le cadre d'un dépistage de l'entourage familial ou scolaire, soit dans celui d'un dépistage de migrants récents âgés de moins de 15 ans, soit enfin dans le cadre du dépistage systématique chez les élèves de CM2.

Discussion et perspectives

Paris, comme toutes les capitales des pays développés, concentre un nombre de problèmes médicaux et sociaux responsables d'une incidence de la tuberculose en moyenne 3 à 5 fois supérieure à l'incidence nationale : migrants, populations précarisées, SDF, surdensité, personnes infectées par le VIH... L'incidence de la tuberculose en 2010 était de 22,7/100 000, soit un peu moins de 3 fois l'incidence nationale [5] qui était de 8,2/100 000 en 2009 et 30 % de plus que l'incidence en Ile-de-France. C'est le deuxième département le plus touché après celui de la Seine-Saint-Denis.

Cette incidence largement supérieure à l'incidence nationale s'explique aisément par la proportion de cas de tuberculose concernant des personnes nées à l'étranger (73 % vs 50 % à l'échelle nationale) [5] et de personnes en précarité et grande précarité (26 %), étant entendu qu'il existe une fraction de cas combinant les deux facteurs de risque. Cela se traduit par l'existence d'incidences très largement supérieures dans les arrondissements du Nord-Est parisien réputés être socialement moins favorisés.

Cependant, depuis 2002, cette incidence a diminué de plus de 70 %, passant de 55/100 000 avec plus de 1 200 cas annuels à 22,7/100 000, soit environ 500 cas/an. Il est difficile d'avoir une analyse précise sur les variations du dénominateur que constitue la population parisienne. Le nombre total d'habitants n'a pas beaucoup varié et se situe entre 2,1 et 2,2 millions d'habitants, et les caractéristiques socio-économiques globales n'ont pas fait l'objet d'études précises sur la période 2000-2010 même si l'on peut penser que les personnes les moins aisées se sont déplacées vers la banlieue. De plus, les populations migrantes et/ou illégales ainsi que les populations précaires sont difficiles à étudier en raison de leur mobilité et, pour certaines, de leur statut d'illégaux.

Références

1. Chrétien J., Voisin C. *La tuberculose, parcours imagé*. Editions Hauts de France, 1995.
2. Perdrizet S., Poisson N. « Épidémiologie de la tuberculose dans les pays développés ». *Méd. et Hyg*, 1982, 40 : 1485-1492.
3. Bouvet E., Abiteboul D., Antoun F., Bessa Z., Billy C., Dautzenberg B. et al. « Prévention et prise en charge de la tuberculose en France (synthèse du groupe de travail du CSHPF 2002-2003) ». *Médecine et maladies infectieuses*, 2004 ; vol. 34, n°8-9.
4. Paty M.C. « L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France ». *BEH* 2009, 12-13 : 117-119.
5. Figoni J., Antoine D., Che D. « Les cas tuberculose déclarés en France en 2009 ». *BEH* 2011, 22 : 258-260.
6. Antoun F., Valin N., Chouaid C., Renard M., Dautzenberg B. et al. « Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002 ». *BEH* 2003, 10-11 : 58-60.

La diminution importante du nombre total de tuberculoses à Paris depuis huit ans peut s'expliquer par l'association des différentes actions menées. Au niveau de l'organisation structurelle, la création de la « Cellule tuberculose » en 2002 a permis de centraliser les données épidémiologiques, de coordonner les actions du Clat, de mettre en place de nouveaux protocoles et d'améliorer les relations et les échanges avec les différents partenaires. Ainsi, l'exhaustivité des déclarations de tuberculose est passée de 60 à plus de 80 % des cas parisiens et les cas index ont été connus avec plus de précisions.

Les enquêtes autour d'un cas se sont améliorées : en 2002, elles ne concernaient que 20 % des cas index, alors qu'en 2010 elles représentent plus de 80 % de l'ensemble des cas et plus de 95 % de ceux qui sont très contagieux. Elles permettent de diagnostiquer plus de 300 ITL, dont plus des deux tiers bénéficient d'un traitement préventif (moins de 20 en 2002), et 15 cas de TM.

Ces changements sont liés à une meilleure organisation interne, une meilleure application des recommandations de 2003-2004 et 2006 ainsi qu'à l'utilisation d'un logiciel spécifique facilitant le déroulement des enquêtes et leur évaluation. Une meilleure collaboration entre les différents partenaires – hôpitaux, médecins du travail, Centre de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), médecins scolaires... – est également à l'origine de cette amélioration. Le remplacement de l'IDR par un test sanguin mesurant la libération de l'Interféron γ (QFT) a permis

de donner une nouvelle considération à l'ITL et à sa prise en charge.

Au niveau des foyers de migrants, la situation s'est améliorée grâce au contrôle de l'épidémie de 2002-2003 [6], au meilleur ciblage des foyers à risque, à l'utilisation d'outils permettant le repérage rapide d'un début d'épidémie et également grâce à des améliorations structurelles apportées par les organismes publics au sein des foyers en termes de rénovation et surtout de disparition des chambres collectives au profit de chambres individuelles. Le nombre global de TM est ainsi passé de plus de 100 cas/an à 32 cas en 2010, dont 6 cas dépistés par le RDI qui réalise dans ces foyers environ 5 000 RP/an.

Les personnes en situation de précarité ont bénéficié d'un renforcement de l'équipe mobile du Samu social qui a permis de développer des liens plus étroits avec les différents partenaires (Clat 75, hôpitaux...) et d'assurer ainsi une meilleure observance du traitement par des populations difficiles et peu compliantes. Le RDI poursuivi depuis dix ans réalise environ 3 000 RP/an et permet de diagnostiquer 4 à 6 TM.

Bien que les TB MDR ne constituent pas un problème majeur de santé publique (2,2 % des souches de mycobactéries à Paris), chaque cas pose un problème épineux et difficile à régler. Le Clat 75 participe aux réunions mensuelles organisées par le Centre national de recherche des mycobactéries (CNR-MyRMA) afin d'apporter des prises en charge spécifiques pour les enquêtes autour de ces cas.

Malgré ces bons résultats, le Clat 75 doit cependant poursuivre son action de

modernisation et d'adaptation à la situation épidémiologique de la tuberculose à Paris. Ainsi, il doit assurer :

- la promotion de la vaccination par le BCG des enfants telle qu'elle est recommandée en IDF [3] et la poursuite de la surveillance du nombre de cas de tuberculose chez les enfants nés depuis l'été 2007, date de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG ;
- l'amélioration du logiciel assurant l'identification des cas index et le suivi des enquêtes (Damoc®) ;
- la poursuite de la participation à la lutte antituberculeuse à une échelle régionale (sous l'égide de l'ARS Ile-de-France) afin de fluidifier les relations et l'information entre les différents Clat ;
- une meilleure identification des sujets contacts étroits dans les dépistages en collectivité et en milieu professionnel et le dépistage de 100 % des sujets contacts vivant sous le même toit ;

● le renforcement des liens avec les partenaires : hôpitaux, médecins du travail, médecins scolaires... ;

● une meilleure coopération avec l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) afin de dépister plus largement et plus précocement les TM et les ITL des migrants qui constituent les trois quarts des tuberculoses à Paris.

Conclusion

Si la tuberculose ne pose pas un problème majeur en France, elle demeure néanmoins un problème de santé publique à Paris et dans certains départements d'Ile-de-France comme c'est le cas dans toutes les mégapoles des pays développés.

La lutte antituberculeuse doit constamment s'adapter à l'épidémiologie changeante de cette maladie et apporter des idées novatrices, probablement à une échelle régionale, afin d'éviter des rebonds imprévisibles. Le principal objectif est celui

de maintenir des équipes expertes, volontaires et mobilisées qui puissent travailler dans la durée en privilégiant l'adaptation des structures aux populations les plus à risque. ■

alcoologie et addictologie

2011 ; 33 (4) : 285-372

Entretien avec...

- Alexandre Lacroix, *De l'éthylisme inspiré*

Dossier

- Addict malgré lui ? Le médecin alcoolique ou la représentation impossible, *Ariane Beauvillard*
- Les « accros » du bistouri. Chirurgie esthétique et dépendance dans *Nip/Tuck*, *Sébastien Le Pajolec*
- Diagnostic et dépendance. La figure du médecin addict

dans *Dr House*, *Marine Legagneur*

- *Dr House et Mister Toxicomane*. La clef d'un succès, *Fiona Gomet*
- Freud avec la cocaïne. Préhistoire toxicologique de la psychanalyse, *Paul-Laurent Assoun*

Revue de la littérature

- Distorsions cognitives dans le jeu récréatif et problématique. État de la question, *Céline Lucas, Lucia Romo, Cindy Legauffre, Emily Nichols, Adèle Morvannou, Jean Adès*

Étude originale

- Les pratiques médicales de sevrage du patient alcoolodépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999, *Caroline Despres, Lise Demagny, Martine Bungener*

Pratique clinique

- Thérapie narrative de groupe en alcoologie. Construire ensemble de nouvelles histoires de vie, *Rodolphe Soullignac, Gérard Calzada, Sylvie Meid, Yasser Khazaal, Riaz Khan*

Congrès

- 4^{es} assises nationales de la FFA. Les jeunes : des pratiques à risque à l'addiction, *septembre 2011, Nîmes*

Vie de la SFA

- Mésusage de substances psychoactives et milieu professionnel
- Prochaines réunions
- L'alcool, la ville, la cité, 1^{er} et 2 décembre 2011, Paris
- Adhésion
- Groupes

Informations

- Annonces
- Recherche internationale
- Livres - Actualités - Agenda
- Index 2011