

Orientations pour
les programmes de
prévention et de contrôle
de la **tuberculose**
au Canada



Also available in English under the title:
Guidance for Tuberculosis Prevention and Control Programs in Canada

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2012

En ligne Cat. : HP40-81/2013F-PDF

ISBN : 978-0-660-20522-9

Préface

Le document *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* s'inspire grandement des travaux d'experts canadiens dans le domaine de la tuberculose et apporte une contribution importante à nos efforts en vue de réduire le fardeau de la tuberculose au pays. Il présente aux intervenants une approche moderne et factuelle de prévention et de contrôle de la tuberculose qui respecte les rôles et les responsabilités des administrations tout en prenant des mesures à leur égard. À titre de compendium des pratiques exemplaires, ce document représente également une ressource importante pour les praticiens de la santé publique de première ligne qui travaillent à la réduction de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose dans les populations les plus à risque.

L'objectif principal du document d'orientation est de servir de base à l'élaboration et à la prestation de programme en donnant aux décideurs, aux fournisseurs de soins et aux planificateurs de programme de l'information sur tous les aspects relatifs à la prévention et au contrôle de la tuberculose. Ce document complète les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves*, tout en s'y conformant. À ce titre, ce document constituera une composante clé d'un prochain cadre canadien pour la lutte contre la tuberculose.

Les pratiques exemplaires décrites dans le document *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* rendent compte des connaissances et des compétences acquises au cours de décennies d'efforts pour contrer la tuberculose. Nous espérons que tous les intervenants – fournisseurs de services, responsables des politiques ou scientifiques travaillant en laboratoire – pourront appliquer ces pratiques exemplaires dans leurs activités au nom de tous les Canadiens.

Dr David Butler-Jones,

Administrateur en chef de la santé publique du Canada
Coprésident fédéral du Conseil du Réseau de santé publique

André Corriveau,

Médecin hygiéniste en chef des Territoires du Nord-Ouest
Coprésident provincial/territoire du Conseil du Réseau de santé publique

Remerciements

Nous voudrions souligner la contribution des organisations et personnes suivantes :

- Les membres de l'ancien Comité canadien de lutte anti-tuberculeuse, surtout Ruth Anne Appl, Cheryl Case, Alexander Doroshenko, Edward Ellis, Kevin Elwood, Danielle Grondin, Elaine Holmes, Frances Jamieson, Klaus Jochem, (ex-officio), Joel Kettner, Richard Long, Sylvie Martin (ex-officio), Dick Menzies, Heather Morrison, Pamela Orr, Linda Panaro, Linda Poffenroth, Elaine Randell, Elizabeth Rea, Paul Rivest, Beth Roberts, George Samuel, Derek Scholten (ex-officio), Debbie Smith, Geetika Verma, Wendy Wobeser, Joyce Wolfe et Marion Yetman.
- Le Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses, dont les co-présidents sont Horacio Arruda et Rainer Engelhardt.
- Les nombreuses personnes qui travaillent au sein de l'Agence publique du Canada et de Santé Canada et qui ont collaboré au présent document. Nous aimerions adresser des remerciements tout particuliers à Chris Archibald, Jocelyne Courtemanche, Howard Njoo, Carolyn Pim et Tom Wong.

Table des matières

Sommaire	1
Partie I	
Contexte	3
La tuberculose dans le monde	4
La tuberculose au Canada	6
Objectifs généraux du Canada	7
Partie II	
Amélioration des efforts actuels de prévention et de contrôle de la tuberculose	8
1. Le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose	9
2. Prise en charge de la tuberculose active	11
3. Recherche des contacts et enquête sur une éclosion	13
4. Dépistage	14
5. Surveillance et gestion des données	16
6. Services de laboratoire pour la tuberculose	17
7. Éducation et pratique professionnelle	19
a) Éducation des professionnels de la santé	20
b) Pratique professionnelle	20
8. Sensibilisation communautaire	21
9. Surveillance et évaluation	22
10. Populations et milieux à risque élevé	23
a) Premières nations, Inuits et Métis	23
b) Migrants provenant de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée	27
c) Les sans-abri et les mal-logés	28
d) Établissements	29
11. Approches pour s'attaquer aux problèmes émergents	30
a) Tuberculose et co-infection par le VIH	30
b) Tuberculose pharmacorésistante	32
12. Déterminants sociaux et autres déterminants de la santé liés à la tuberculose	33
13. Recherche	35

Partie III	Responsabilités, partenariats et liens	36
	Gouvernement fédéral	37
	Administrations provinciales/territoriales/municipales	38
	Secteurs universitaire et de la santé	39
	Partenariats et liens	39
Partie IV	Collaboration internationale	41
Conclusion	44
Annexes	45
	Annexe I – Définition des termes et abréviations	46
	Annexe II – Épidémiologie de la tuberculose au Canada	50
	Annexe III – Textes de loi s’appliquant à la prévention et au contrôle de la tuberculose	58
	Annexe IV – Objectifs et cibles de performance potentiels pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose	60
	Annexe V – Documents et ressources connexes	64
Références	65

Sommaire

La tuberculose demeure un important problème de santé publique à l'échelle mondiale, qui requiert des efforts concertés de prévention et de contrôle sur le plan tant national qu'international. Bien que l'incidence de la tuberculose au Canada soit faible et que la maladie ne soit plus répandue dans la population générale, elle continue de poser un grave problème dans certaines sous-populations, comme les Premières nations et les Inuits, les résidents du Canada qui proviennent de régions du monde où l'incidence de la tuberculose est élevée et les personnes qui sont aux prises avec d'autres problèmes de santé comme l'infection à VIH ou le sida. Comme les conditions de vie des Canadiens varient énormément, les risques et les répercussions de la tuberculose ne sont pas répartis de façon égale sur le territoire canadien. Il est urgent de mieux comprendre et de mieux cibler les groupes à plus haut risque et d'adapter les efforts de prévention et de contrôle à leurs besoins particuliers. En outre, la résistance à certains des médicaments utilisés pour traiter la tuberculose est de plus en plus répandue dans certains pays. En cette ère de mondialisation et d'interrelations, la pharmacorésistance de certaines souches est un enjeu dont se préoccupent tous les pays.

Pour pouvoir s'attaquer à ces questions en tenant compte du contexte canadien, il faut disposer d'une approche moderne et factuelle qui reconnaît et atténue l'effet des facteurs tant internationaux que nationaux. Le contrôle de la tuberculose est une responsabilité que partagent les particuliers, les collectivités, les gouvernements et la société civile. Comme la tuberculose est toujours présente au Canada et comme il faudra poursuivre nos efforts de prévention et de contrôle, le présent document fournit un cadre et une orientation pour contrôler le mieux possible la tuberculose, en adoptant des pratiques exemplaires qui visent à réduire cette maladie à l'échelle nationale et internationale.

Nous espérons qu'une approche pancanadienne de prévention et de contrôle de la tuberculose favorisera une action multisectorielle mieux coordonnée pour lutter contre la tuberculose, tout en tenant compte des responsabilités provinciales et territoriales au chapitre des services de santé.

Les objectifs d'ensemble fixés par le Canada viennent étayer les efforts de prévention et de contrôle déployés sur les plans fédéral, provincial/territorial et local. Les objectifs, les approches et les pratiques exemplaires décrits dans le présent document concordent avec les cibles et les éléments de programme adoptés à l'échelle internationale.

Voici les principales activités qui seront entreprises dans le but général de réduire le taux national d'incidence déclarée de la tuberculose au Canada à 3,6 pour 100 000 habitants ou moins d'ici 2015 :

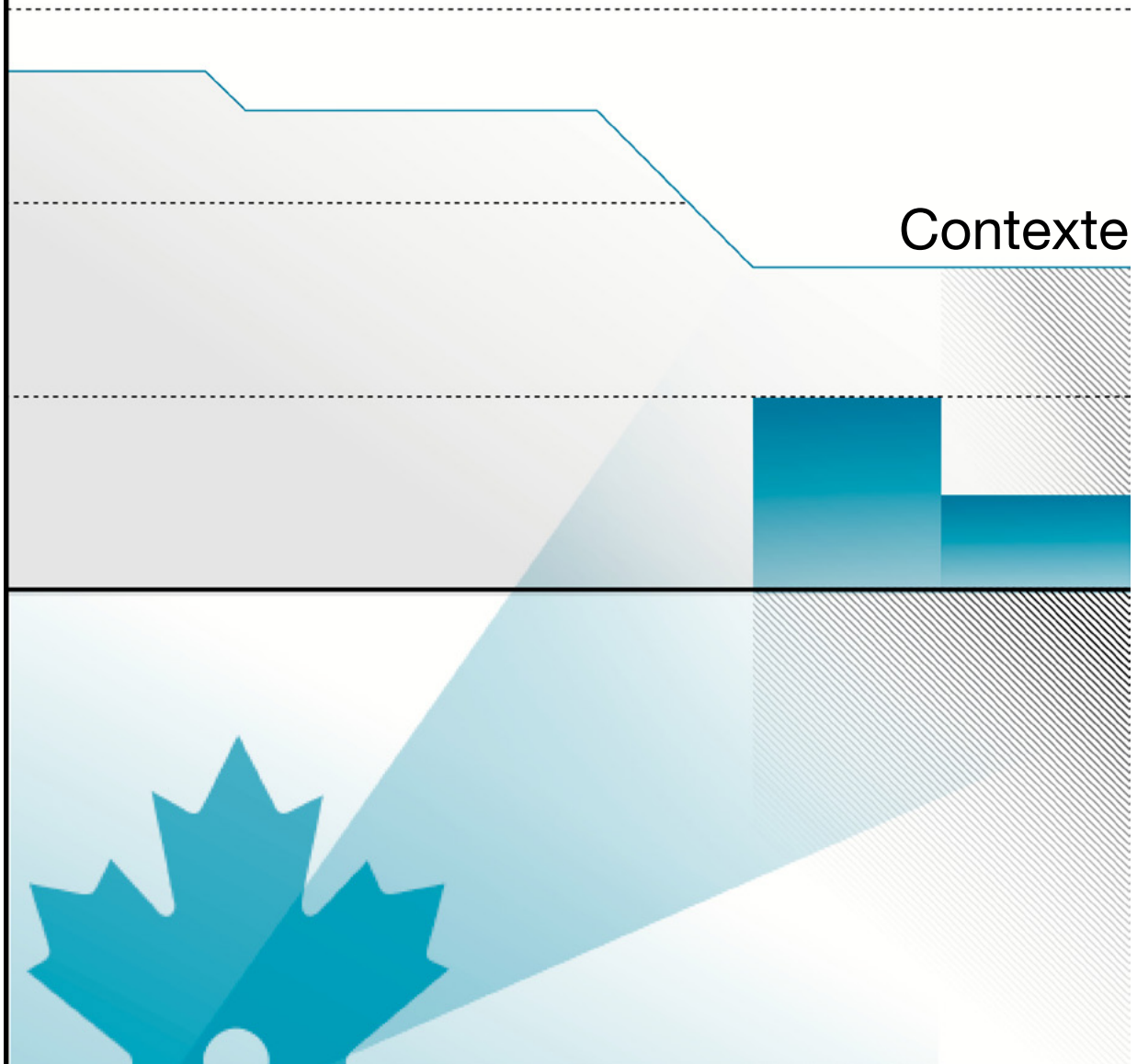
- Diagnostic et traitement rapides des cas actifs, une attention particulière étant portée aux cas de co-infection par le VIH et de pharmacorésistance;
- Recherche des contacts et prise en charge de ceux qui sont atteints d'une maladie active ou d'une infection tuberculeuse latente (ITL);
- Dépistage et traitement de l'infection tuberculeuse latente dans les populations à risque élevé;

- Prévention primaire visant à enrayer le cycle de transmission, notamment par des partenariats et des interventions efficaces qui s'attaquent aux déterminants sociaux et autres déterminants de la santé.

Ces activités doivent s'appuyer sur des textes de loi et des politiques adéquates, sur des services de laboratoire solides, sur une surveillance de la santé publique, sur un contrôle et une évaluation, sur des recherches sur la tuberculose et sur les services de professionnels de la santé dûment formés.

Bon nombre des pratiques exemplaires décrites dans le présent document ont déjà cours dans la plupart des provinces et territoires. D'autres pratiques exemplaires ne sont toutefois pas universellement appliquées; il est donc toujours nécessaire de stimuler les efforts en vue d'améliorer les services dans le domaine de la tuberculose. Pour que la prévention et le contrôle de la tuberculose soit efficace, tous les éléments clés doivent être coordonnés à l'intérieur d'un programme organisé de prévention et de contrôle de la tuberculose.

Partie I



La tuberculose dans le monde

À la fin des années 1980, il est devenu de plus en plus apparent que l'incidence de la tuberculose avait cessé de décliner dans les pays très développés. Parallèlement, la tuberculose continuait de représenter un grave problème de santé dans les pays en développement¹. Compte tenu de l'ampleur de la morbidité, du nombre de décès et de cas de maladie active ainsi que de la menace que représentait la tuberculose dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré en 1993, lors de la Journée mondiale de la tuberculose, que la tuberculose était une urgence sanitaire à l'échelle mondiale².

En 2006, le Partenariat Halte à la tuberculose, mouvement mondial visant à améliorer les efforts de prévention et de contrôle de la tuberculose, a lancé le *Plan mondial Halte à la tuberculose*. Les objectifs du *Plan* consistaient entre autres à réduire de moitié d'ici 2015 les taux de prévalence et de mortalité associés à la tuberculose, par rapport aux niveaux de 1990. Le *Plan* contenait également un objectif à plus long terme, soit d'éliminer la tuberculose comme problème de santé publique d'ici 2050 en réduisant les taux d'incidence à moins de un cas pour un million³. Le *Plan* a été mis à jour en 2011 pour tenir compte des progrès accomplis depuis 2006 ainsi que des nouveaux renseignements, politiques et priorités⁴.

Grâce aux efforts déployés et à l'approche mondiale Halte à la tuberculose, le taux d'incidence de la tuberculose dans le monde a commencé lentement à régresser après 2002. La prévalence de la tuberculose diminue également, mais il est peu probable qu'on atteigne la cible fixée dans le plan, soit une baisse de 50 % du taux de prévalence d'ici 2015. Si le rythme actuel de déclin se maintient, on pourrait obtenir une réduction des taux mondiaux et régionaux de mortalité d'au moins 50 % d'ici 2015 dans toutes les régions sauf la Région africaine.

On estime qu'en 2010, il y avait dans le monde 8,8 millions de cas incidents de tuberculose, 12 millions de cas prévalents, 1,1 million de décès dus à la tuberculose chez les personnes séronégatives pour le VIH et 0,35 million de décès dus à la tuberculose chez les personnes séropositives pour le VIH. Environ 13 % des cas incidents de tuberculose étaient positifs pour le VIH; à peu près 80 % de ces cas proviennent de la Région africaine. En 2010, seulement 34 % des patients atteints de tuberculose connaissaient cependant leur statut à l'égard du VIH.

En 2010, 65 % du nombre estimatif de cas incidents de tuberculose ont été signalés; l'objectif pour 2015 est de 70 %. En 2009, 87 % des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif ont été traités avec succès, alors que l'objectif pour 2015 est de 85 %. En 2010, on a estimé à 650 000 le nombre de cas prévalents de tuberculose multirésistante dans le monde^{5,6}.

Pour atteindre ces cibles et objectifs, il faudra adopter de nouvelles approches tout en étendant grandement les interventions existantes de façon que l'approche mondiale Halte à la tuberculose (case 1⁷) puisse devenir une réalité partout et pour tous ceux qui sont atteints de la tuberculose. Il faudra mettre davantage l'accent sur la prévention, notamment sur de meilleurs traitements préventifs, de meilleurs vaccins, et il importe également de cibler les déterminants sociaux et les autres déterminants de la santé⁸.

Case 1 : Éléments de l'approche mondiale Halte à la tuberculose⁴

1. Poursuivre l'extension et le renforcement d'une approche DOTS de qualité

- Obtenir un engagement politique accompagné d'un financement accru et durable
- Permettre la détection précoce des cas et leur diagnostic par un examen bactériologique de qualité garantie
- Offrir un traitement standardisé et supervisé, s'accompagnant d'un soutien au patient
- Mettre en place un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments
- Suivre et évaluer la performance et l'impact

2. Prendre en charge la co-infection tuberculose-VIH, la tuberculose multirésistante et répondre aux besoins des populations pauvres et vulnérables

- Accroître les activités de collaboration dans le domaine de la lutte contre la co-infection tuberculose-VIH
- Accroître la prévention et la prise en charge de la tuberculose multirésistante
- Répondre aux besoins des contacts des cas de tuberculose et des populations pauvres et vulnérables

3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé en se basant sur les soins de santé primaires

- Contribuer à améliorer les politiques de santé, le développement des ressources humaines, le financement, l'approvisionnement, la prestation de services et l'information
- Renforcer les mesures de lutte anti-infectieuse dans les services de santé, les collectivités et les ménages
- Améliorer les réseaux de laboratoires et mettre en œuvre l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR)
- Adapter les approches efficaces dans d'autres domaines et secteurs et encourager les initiatives visant les déterminants sociaux et autres déterminants de la santé

4. Mobiliser tous les soignants

- Faire participer tous les fournisseurs, publics, bénévoles, institutionnels et privés, en adoptant des approches basées sur la coopération publique-privée
- Promouvoir l'utilisation des *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose* (SITT)

5. Par des partenariats, donner les moyens d'agir aux malades atteints de tuberculose et aux collectivités

- Faire un travail de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale
- Encourager la participation de la collectivité au traitement de la tuberculose
- Promouvoir l'utilisation de la *Charte des patients pour les soins de la tuberculose*

6. Favoriser et promouvoir la recherche

- Mener des recherches opérationnelles centrées sur les programmes et intégrer de nouveaux outils dans la pratique
- Promouvoir la recherche visant à mettre au point de nouveaux outils diagnostiques, de nouveaux médicaments et vaccins et y participer

La tuberculose au Canada

Les taux de tuberculose au Canada sont parmi les plus faibles au monde (*Annexe II – Épidémiologie de la tuberculose au Canada*), mais malgré les grands progrès enregistrés dans le contrôle de la tuberculose au pays, la maladie demeure un problème de santé publique préoccupant. Bien que l'incidence de la tuberculose dans la population non autochtone née au Canada n'ait cessé de décliner au cours des 30 dernières années, certains sous-groupes, notamment les Premières nations et les Inuits de même que les personnes nées à l'extérieur du Canada, continuent d'afficher des taux qui dépassent de bien des fois celui des non-Autochtones nés au Canada. D'après les données disponibles, la co-infection tuberculose-VIH et l'antibiorésistance sont peu fréquentes au Canada. La mondialisation et la mobilité démographique font cependant en sorte que les tendances et les événements internationaux, sociaux, économiques et politiques exercent et continueront d'exercer leurs effets au Canada.

Les répercussions économiques de la maladie demeurent également importantes. En 2009, les dépenses totales liées à la tuberculose au Canada ont été estimées à 75 millions de dollars, soit 47 000 \$ pour chaque cas actif de tuberculose diagnostiqué cette année-là^{9,10}.

Le contrôle de la tuberculose est une responsabilité que partagent les particuliers, les collectivités, les gouvernements et la société civile. Comme la tuberculose est toujours présente au Canada et qu'il faudra poursuivre nos efforts de prévention et de contrôle, les intervenants ont reconnu la nécessité de déterminer les pratiques exemplaires et les cibles auxquelles tous devraient aspirer. Les conseils fournis dans le présent document suivent de près les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*¹¹, qui donnent plus de détails sur les aspects médicaux et relatifs à la santé publique de la prévention et du contrôle de la tuberculose.

Case 2 : Le document *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* vise à :

- Fournir un plan d'action
- Promouvoir les efforts de lutte antituberculeuse au Canada
- Fournir une base pour évaluer les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles
- Servir de document de référence pour l'élaboration de programmes et de normes

Le document *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* fournit un plan général d'action où sont décrits les principaux principes et interventions pour prévenir et contrôler la tuberculose au Canada. Il définit les éléments essentiels d'un programme de prévention et de contrôle de la tuberculose et les activités nécessaires pour faire face à la maladie dans les populations à risque élevé. Il identifie en outre les intervenants clés dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose. À l'échelle du pays, il fait ressortir la nécessité que les instances gouvernementales et non gouvernementales interviennent de façon coordonnée et

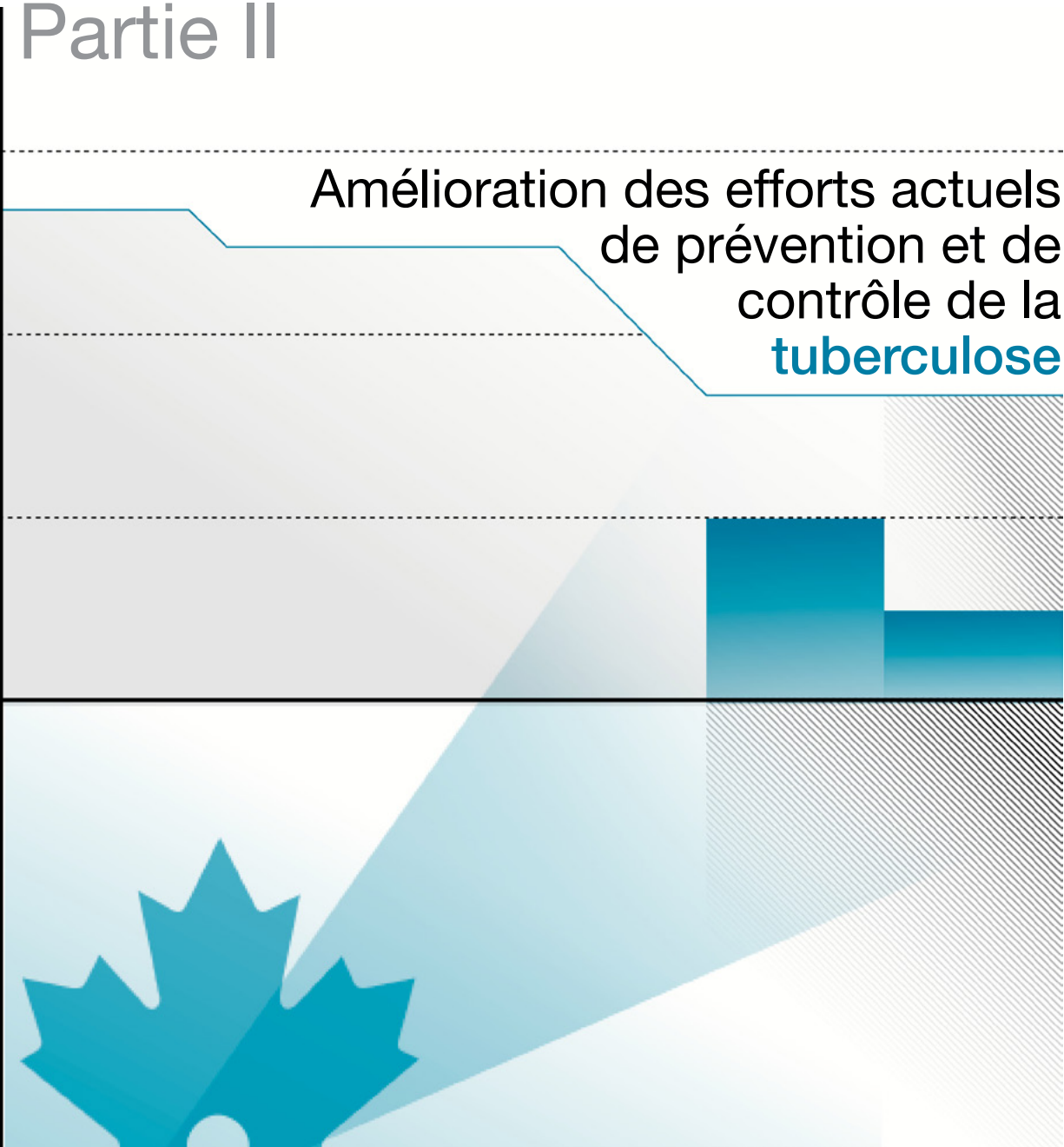
collaborent, et il fournit une approche stratégique transfrontalière cohérente pour prévenir la tuberculose. Les objectifs d'ensemble fixés par le Canada viennent étayer les efforts de prévention et de contrôle déployés sur les plans fédéral, provincial/territorial et local. Les objectifs, les approches et les pratiques exemplaires décrits concordent avec les cibles et les éléments de programme adoptés à l'échelle internationale.

Objectifs généraux du Canada

En 2006, le ministre fédéral de la Santé a annoncé l'adoption par le Canada d'une cible de réduction de la tuberculose à 3,6 cas pour 100 000 d'ici 2015, conformément au *Plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015*. Pour atteindre cette cible, il faudrait réduire le taux signalé d'incidence de la tuberculose au Canada de 4 % entre 2009 et 2015. Comme la moyenne historique annuelle de réduction (entre 1990 et 2009) a été de 2 %, c'est-à-dire de seulement la moitié de ce qui était nécessaire pour atteindre la cible, des efforts plus intenses et ciblés doivent être fournis pour accélérer le rythme de déclin et atteindre la cible fixée au Canada. En plus de la cible prévue pour 2015, le Canada appuie la cible du *Plan mondial* qui prévoit l'élimination de la tuberculose (niveau inférieur à un nouveau cas pour 1 000 000 d'habitants par année) d'ici 2050.

Partie II

Amélioration des efforts actuels
de prévention et de
contrôle de la
tuberculose



1. Le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose

La prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada relèvent pour une bonne part des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé par le biais des programmes provinciaux et territoriaux de prévention et de contrôle de la tuberculose (voir également la *Partie III* pour connaître les responsabilités de Citoyenneté et Immigration Canada, du Service correctionnel du Canada et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada). Ceux-ci doivent entre autres veiller au maintien de la communication entre les services de santé publique, les laboratoires et les cliniciens.

Les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse devraient servir de base pour la prestation de soins; elles présentent **ce qui** doit être fait. Les lignes directrices provinciales et territoriales établissent la structure des soins et décrivent **comment** une mesure doit être mise en œuvre.

Peu importe la façon dont les services de santé publique et de soins de santé sont organisés dans une province ou un territoire en particulier, la prévention et le contrôle de la tuberculose devraient être coordonnés à l'intérieur d'un programme organisé qui comprend les éléments essentiels suivants :

- Prise en charge des cas de tuberculose active
- Recherche des contacts et enquête sur une éclosion
- Dépistage de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose active
- Surveillance et gestion des données
- Capacité de diagnostic des laboratoires
- Éducation et formation des professionnels de la santé
- Sensibilisation communautaire
- Surveillance et évaluation
- Approches adaptées aux populations et aux milieux à risque élevé et approches pour composer avec des problèmes émergents comme les co-infections et la pharmacorésistance

Ces éléments doivent être appuyés par des textes de loi appropriés, un cadre stratégique, une planification régulière de programme, l'accès adéquat à des médicaments sans que la personne atteinte n'ait à déboursier de l'argent, et par des ressources suffisantes, notamment des ressources humaines, des installations et des ressources financières. La prévention et le contrôle de la tuberculose doivent également être secondés par des approches axées sur les déterminants sociaux de la santé qui ont des répercussions non seulement sur la tuberculose, mais également sur bien d'autres problèmes de santé.

Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose devraient également comporter un engagement à l'égard du financement de la recherche. Selon les ressources et les compétences qui existent à l'échelle régionale ou locale, on mènera activement des recherches ou y participera de façon moins intense.

Aspects spéciaux à considérer dans la conception de programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose

À l'intérieur d'une province ou d'un territoire, un programme centralisé de prévention et de contrôle de la tuberculose comporte de nombreux avantages, car il réunit tous les services liés à la tuberculose sous une même enseigne et veille à ce que tous les cas diagnostiqués ou suspects de tuberculose soient examinés et suivis par des professionnels de la santé spécialisés dans les soins aux tuberculeux. Dans certains territoires et provinces, des facteurs géographiques ou administratifs particuliers ont cependant mené à l'adoption d'approches plus décentralisées.

Par exemple, dans les territoires ou provinces où l'incidence de la tuberculose est très faible, les services sont intégrés à ceux d'autres programmes de lutte contre les maladies transmissibles et sont dispensés par l'intermédiaire du réseau général de la santé publique du ministère de la Santé. Ces régions peuvent avoir de la difficulté à maintenir des services adéquats de prévention et de contrôle de la tuberculose et peuvent notamment avoir à faire face à une pénurie de professionnels de la santé ou de spécialistes experts dans la tuberculose, à un manque d'installations spéciales pour les services de soins de longue durée requis par les patients atteints de la tuberculose et à un manque de ressources pour le contrôle de la tuberculose.

Les personnes vivant dans des collectivités éloignées ou isolées où l'accès à du personnel médical est limité se heurtent à d'autres difficultés. Bon nombre des réserves des Premières nations et des communautés inuites, par exemple, ne disposent pas de services médicaux à plein temps. Dans certains cas, même les services diagnostiques de base sont inaccessibles. Pour de simples examens radiologiques, des patients peuvent par exemple devoir être transportés par avion dans des centres ou des établissements plus gros.

Il est établi qu'un programme centralisé de prévention et de contrôle de la tuberculose maximise l'efficacité et la capacité. Que le programme soit centralisé ou administré autrement, toutes les provinces et tous les territoires doivent cependant être en mesure de garantir l'accessibilité aux éléments essentiels du programme.

L'objectif du programme de prévention et de contrôle de la tuberculose est de fournir les éléments essentiels pour prévenir et contrôler la tuberculose recommandés par les normes canadiennes et internationales et de réduire ainsi au minimum l'incidence et la transmission de la tuberculose.

Pratiques exemplaires :

- 1.1 Le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose inclut tous les éléments essentiels énumérés dans le présent document.
- 1.2 Dans les régions où l'incidence est faible ou dans d'autres régions qui ne disposent pas d'un programme centralisé, l'accès à des services spécialisés visant à prévenir et à contrôler la tuberculose est garanti.
- 1.3 Tous les antituberculeux, le matériel pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse latente (p. ex. test cutané à la tuberculine et tests de libération d'interféron-gamma, au besoin) et le vaccin BCG sont offerts gratuitement au patient. Il n'y a aucun obstacle financier qui limite le diagnostic, la prise en charge et le traitement de la tuberculose ou de l'infection tuberculeuse latente. On accorde une attention particulière aux répercussions financières du diagnostic et du traitement des cas dans les collectivités isolées qui peuvent devoir se déplacer à plusieurs reprises ou pour de longues périodes.
- 1.4 Le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose englobe des approches de collaboration intersectorielle pour s'attaquer aux déterminants sociaux et autres déterminants de la santé qui influent sur l'incidence de la tuberculose dans des populations en grande partie marginalisées.

2. Prise en charge de la tuberculose active

L'identification et le traitement de personnes qui souffrent d'une tuberculose active demeurent la priorité numéro un dans la lutte contre la propagation de la maladie. Le médecin traitant et les autorités de la santé publique assument conjointement la responsabilité de la prise en charge du cas durant la longue période requise pour son traitement. Les travailleurs de la santé publique s'occupent d'éduquer les patients et leur famille ou les membres de leur ménage au sujet du traitement de la tuberculose et des effets secondaires potentiels; ils surveillent la survenue d'effets secondaires; ils évaluent le risque de non-observance du régime médicamenteux prescrit en déterminant et en atténuant les obstacles qui limitent l'observance (p. ex. système de santé, facteurs sociaux, personnels), et envisagent notamment le recours à des incitatifs et à des mesures facilitatrices pour favoriser l'observance. Ils peuvent également superviser le traitement. Dans bien des provinces et territoires, la TOD (thérapie sous observation directe) est offerte systématiquement, alors que dans d'autres, elle est utilisée pour une partie du traitement ou seulement dans certains cas.

Les lois sur la santé publique dans les provinces et les territoires donnent généralement aux responsables de la santé publique les instruments législatifs nécessaires pour traiter les cas de tuberculose et enrayer la propagation de la maladie lorsque des mesures moins radicales sont sans succès. En vertu de ces lois, les patients qui ne suivent pas les régimes thérapeutiques prescrits peuvent faire l'objet de mesures plus radicales comme la mise en quarantaine (consulter l'*Annexe III* pour obtenir des liens vers les lois concernant la prévention et le contrôle de la tuberculose).

La facilité d'accès aux antituberculeux et la mise en route rapide du traitement sont des aspects critiques de la prise en charge de la tuberculose active. Une provision suffisante et continue de produits pharmaceutiques adéquats est donc essentielle. Plusieurs organisations internationales et lignes directrices connexes le confirment¹².

Grâce aux soins actuels, la plupart des personnes souffrant d'une tuberculose active n'ont pas besoin d'être hospitalisées pour être traitées ou lutter contre une infection. Il reste que dans certaines situations, des soins hospitaliers peuvent être requis, notamment dans les cas complexes ou pharmacorésistants, les cas où un traitement ou un isolement adéquats à domicile ne peuvent être assurés et les cas où la loi oblige le patient à se faire traiter pour cause de non-observance. Durant un traitement de longue durée en établissement, des services sociaux et éducatifs auxiliaires adaptés à la culture devront être également dispensés. Même si ces situations ne sont pas fréquentes, elles requièrent des installations et des services spécialisés coûteux. Comme la prévalence mondiale de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante se maintient et, dans certains cas, croît, il est nécessaire de pouvoir continuer d'offrir ce niveau de soins aux Canadiens dans un avenir prévisible. La régionalisation des services et les ententes de partage des ressources à l'intérieur d'une province ou d'un territoire ou d'un territoire ou province à l'autre, au besoin, peuvent aider à maintenir l'accès à ces services.

L'objectif de la prise en charge des cas est de s'assurer que tous les cas de tuberculose active au Canada sont diagnostiqués et traités rapidement afin qu'ils terminent leur traitement ou soient guéris et que cesse la transmission de l'infection.

Pratiques exemplaires

- 2.1 Les personnes atteintes d'une tuberculose active reçoivent un traitement médicamenteux conforme aux recommandations contenues dans les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* ou les mises à jour publiées par l'Agence de la santé publique du Canada.
- 2.2 Les cas suspects ou confirmés de tuberculose active sont gardés en isolement respiratoire ou en isolement à la maison jusqu'à ce qu'ils répondent aux critères d'arrêt de l'isolement énoncés dans les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
- 2.3 L'isolement respiratoire est effectué conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et aux *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999*¹³.
- 2.4 Toute l'attention requise est accordée au recours aux autorisations légales pour gérer efficacement les soins et le traitement donnés au patient dans les cas où le patient ne suit pas les conseils médicaux.
- 2.5 Les médecins traitants et les autorités de la santé publique assument conjointement la responsabilité de la prise en charge des cas durant le traitement, y compris l'éducation, la surveillance des effets secondaires et la détermination et l'atténuation des obstacles qui nuisent à l'observance du traitement.
- 2.6 Tous les efforts sont déployés pour que, dans le cadre d'un plan de traitement sur le patient, la thérapie sous observation directe soit considérée dans les circonstances telles que les suivantes (voir les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*) :
 - pharmacorésistance soupçonnée ou démontrée
 - échec thérapeutique

- retraitement documenté
 - personnes qui s'injectent des drogues
 - sans-abri
 - non-observance actuelle ou antérieure soupçonnée
 - trouble mental
 - frottis d'expectorations positifs pour des bactéries acido-alcool-résistantes
 - infection à VIH
 - enfants
- 2.7 Les régimes thérapeutiques sont personnalisés et modifiés au besoin, sans que leur qualité en soit compromise, afin d'encourager l'observance.
- 2.8 Des hôpitaux et d'autres établissements sont accessibles, au besoin, pour offrir un traitement complexe d'une maladie pharmacorésistante, un isolement respiratoire jusqu'à ce que le patient ne soit plus contagieux ou, dans certains cas, un traitement ordonné par un tribunal.
- 2.9 Un processus de notification est en place pour s'assurer que les intervenants qui travaillent au contrôle de la tuberculose sont avertis de toute pénurie ou rupture de stock prévue de médicaments recommandés pour le traitement antituberculeux.

3. Recherche des contacts et enquête sur une éclosion

Après la détection et le traitement rapide de la tuberculose active, la deuxième priorité du contrôle de la tuberculose consiste à rechercher les contacts des cas de tuberculose infectieuse, car ils risquent fort de contracter l'infection tuberculeuse et de progresser vers la maladie active.

Si les données d'une recherche des contacts indiquent la présence d'une éclosion potentielle, une enquête devrait être entreprise. Cette enquête comporte plusieurs recherches de contacts qui se chevauchent et met davantage l'accent sur la recherche des cas actifs, en particulier lorsque le cas source n'est pas connu. Les enquêtes sur les éclosions nécessitent souvent des ressources additionnelles en santé publique.

Les objectifs de la recherche des contacts sont les suivants :

- repérer les cas secondaires actifs et amorcer leur traitement;
- repérer les contacts infectés afin de leur offrir un traitement de l'ITL s'il y a lieu;
- déterminer le cas source qui a infecté le cas index.

Les objectifs d'une enquête sur une éclosion sont les suivants :

- repérer rapidement le ou les cas sources et amorcer un traitement adéquat;
- détecter les nouveaux cas de tuberculose active et amorcer un traitement;

- identifier les personnes qui ont contracté récemment une ITL et leur offrir un traitement s'il y a lieu;
- déterminer les circonstances qui ont précipité l'éclosion et y remédier.

Pratiques exemplaires :

- 3.1 La recherche des contacts et les enquêtes sur les éclosions sont dirigées et gérées par les autorités de la santé publique.
- 3.2 Dès qu'un cas suspect de tuberculose active a été signalé, les autorités de la santé publique s'assurent que toutes les enquêtes nécessaires sont effectuées pour confirmer le diagnostic et déterminer le degré de contagiosité.
- 3.3 Les approches de recherche des contacts et d'enquête sur une éclosion font appel à des techniques qui dépassent les méthodes épidémiologiques classiques, notamment le génotypage moléculaire, l'analyse des réseaux sociaux et les systèmes d'information géographique.
- 3.4 Le traitement de l'infection tuberculeuse latente est rapidement mis en route chez les contacts qui risquent le plus d'évoluer vers une tuberculose active, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*; un soutien est offert aux personnes traitées pour une ITL afin qu'elles terminent leur traitement.
- 3.5 Pour la réalisation des enquêtes sur les éclosions et la gestion des éclosions, on dispose d'un personnel suffisant et dûment formé et de ressources financières adéquates.
- 3.6 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose ont une capacité de pointe en personnel qui peut être mobilisée en peu de temps pour intervenir en cas d'éclosions qui sont trop importantes pour les ressources provinciales ou territoriales existantes.
- 3.7 Advenant une éclosion, des plans de communication sont en place, en particulier pour communiquer l'information appropriée à la collectivité touchée. Les personnes qui communiquent avec les médias ont reçu une formation en communication stratégique des risques¹⁴.

4. Dépistage

Le dépistage consiste à tenter de découvrir les affections qui pourraient faire l'objet d'une intervention précoce à visée préventive ou curative. Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente et de la tuberculose est une méthode bien établie de prévention et de contrôle de la maladie. Comme l'incidence générale de la tuberculose est faible au Canada, il convient d'utiliser le dépistage de façon sélective dans des groupes à risque élevé de tuberculose active ou d'ITL, et le dépistage dans les groupes à faible risque devrait être découragé. Un dépistage ciblé de l'ITL devrait être réalisé uniquement dans les situations où il y a suffisamment de ressources et un plan pour recommander et superviser directement (au besoin) le traitement des personnes qui courent un risque accru d'évoluer vers une tuberculose active.

L'objectif du dépistage de la tuberculose active est de détecter des cas de tuberculose respiratoire infectieuse non diagnostiqués afin de les traiter efficacement.

L'objectif du dépistage de l'ITL consiste à identifier les personnes infectées qui courent un risque accru d'évoluer vers une maladie active et à recommander un traitement.

Pratiques exemplaires

- 4.1 On devrait considérer le dépistage lorsqu'il s'agit des groupes à risque élevé d'ITL et/ou de progression vers une tuberculose active. Ces groupes pourraient notamment inclure :
- Les contacts étroits des cas connus ou suspects de tuberculose active conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
 - Les personnes infectées par le VIH conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et aux *Recommandations portant sur le dépistage et la prévention de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH et sur le dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose et leurs contacts*¹⁵.
 - Les personnes qui ont des antécédents de tuberculose active ou dont la radiographie pulmonaire est évocatrice d'une tuberculose antérieure et qui n'ont pas reçu un traitement adéquat.
 - Les personnes nées à l'étranger qui ont été adressées par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) à des services de surveillance médicale, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
 - Les sans-abri en milieu urbain et les personnes mal logées, notamment le personnel dans les refuges pour sans-abri.
 - Les employés et les résidents de milieux institutionnels conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
 - Les personnes à risque d'exposition professionnelle à la tuberculose, en particulier les travailleurs de la santé qui risquent d'être exposés à des cas de tuberculose respiratoire active, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
- 4.2 Selon les ressources disponibles et l'épidémiologie locale, on devrait prendre en considération un dépistage de l'ITL lorsqu'il s'agit de groupes tel que les suivants :
- Les personnes de tout âge qui présentent des facteurs de risque accru de tuberculose active conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
 - Les personnes qui ont vécu dans un pays où l'incidence de la tuberculose est élevée, qui ont immigré au cours des 2 dernières années et qui ont habité ou qui ont été en contact avec un cas de tuberculose dans le passé ou qui risquent fort de développer une tuberculose active.
 - Les personnes à risque de tuberculose active qui travaillent dans des milieux où elles pourraient infecter des nourrissons ou des personnes immunodéprimées (p. ex. garderies, centre pour personnes infectées par le VIH).
 - Les personnes qui ont des antécédents d'abus de substances.

- Certaines personnes qui voyagent ou habitent dans des régions où l'incidence de la tuberculose est élevée (voir les recommandations du Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages¹⁶).
- 4.3 Un traitement est recommandé (s'il n'est pas contre-indiqué) et est supervisé dans le cas des groupes ci-dessus qui ont reçu un diagnostic d'ITL après qu'une tuberculose active a été écartée.

5. Surveillance et gestion des données

Toutes les provinces et tous les territoires ont adopté des lois obligeant les médecins, les laboratoires et d'autres autorités sanitaires à déclarer les cas de tuberculose active au ministère provincial/territorial de la Santé. À l'intérieur de chaque programme de prévention et de contrôle de la tuberculose, des données sur les cas et les contacts doivent être recueillies pour orienter l'élaboration de normes et la prestation de services.

Le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT), tenu par l'ASPC, collige les données tirées des dossiers des registres provinciaux/territoriaux sur la tuberculose. Le SCDCT saisit de l'information (y compris les résultats du traitement) sur tous les nouveaux cas de tuberculose active et les cas de retraitement diagnostiqués au Canada qui répondent à la définition de cas nationale (voir l'*Annexe V* pour le lien aux procédures et formulaires de déclaration des cas de tuberculose au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada). L'ASPC collabore avec les provinces et les territoires pour déterminer le contenu et la forme du SCDCT. L'ASPC publie régulièrement des rapports nationaux de surveillance et transmet également certaines variables de données à l'OMS pour orienter les mesures internationales de contrôle et de surveillance de la tuberculose.

Un des défis actuels en matière de surveillance de la tuberculose au Canada est de surveiller les tendances de la tuberculose chez les enfants. Les taux d'incidence signalés de la tuberculose pédiatrique, en particulier chez les Autochtones, varient énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre. Cette variation peut être due à des différences réelles dans l'incidence ou à des différences entre les provinces et les territoires dans l'application de la définition de cas de tuberculose pédiatrique. Même si le diagnostic de la tuberculose pédiatrique continue de poser des problèmes et de susciter des controverses, il serait utile de disposer pour le diagnostic, la surveillance et l'évaluation d'une définition de cas qui est appliquée universellement au Canada.

L'objectif de la surveillance de la tuberculose est de veiller à ce qu'il y ait une collecte, une compilation, une analyse, une interprétation et une diffusion rapides, continues et systématiques de l'information afin de pouvoir :

- Surveiller les tendances de la maladie (p. ex. incidence, répartition géographique et selon les groupes à risque);
- Estimer les répercussions futures de la maladie;
- Planifier, mettre en œuvre et évaluer des interventions et des programmes de prévention en vue d'atteindre les cibles de performance;

- Orienter l'élaboration de politiques de santé et l'affectation des ressources;
 - Faciliter l'établissement de normes de soins et de lignes directrices pour la pratique;
 - Déterminer les besoins en matière de recherche.
-

Pratiques exemplaires

- 5.1 Tout en portant une attention aux questions de sécurité, de confidentialité et aux lois pertinentes concernant la protection des renseignements personnels, on s'assure que les données sur tous les cas et sur les résultats de leur traitement subséquent sont recueillies à l'échelle locale et communiquées aux programmes provinciaux/territoriaux de prévention et de contrôle de la tuberculose, qui transmettent à leur tour des détails sur les cas à l'ASPC.
- 5.2 L'ASPC, en collaboration avec les provinces et les territoires, maintient un système complet de surveillance de la tuberculose active, qui est continuellement revu et mis à jour pour tenir compte des changements dans l'épidémiologie de la maladie.
- 5.3 Les données sur les cas de tuberculose au Canada sont communiquées chaque année (ou sur demande) par l'ASPC à l'OMS pour l'aider à évaluer l'épidémie mondiale de tuberculose et les progrès accomplis dans la lutte antituberculeuse.
- 5.4 Les programmes provinciaux et territoriaux de prévention et de contrôle de la tuberculose, de concert avec d'autres intervenants, suivent l'évolution de l'épidémiologie locale de la tuberculose dans leurs zones de responsabilité.
- 5.5 Une définition de cas uniforme pour la tuberculose pédiatrique est élaborée et mise en application dans toutes les provinces et tous les territoires.

6. Services de laboratoire pour la tuberculose

Le travail en laboratoire constitue une partie essentielle du diagnostic, du traitement, de la prévention et du contrôle de la tuberculose et de la lutte contre la maladie. Les laboratoires fournissent des services d'experts-conseils pour les tests diagnostiques de la tuberculose et l'interprétation des résultats. Des délais dans la confirmation en laboratoire des cas de tuberculose et dans la communication des résultats des épreuves de sensibilité aux médicaments peuvent entraîner des inconvénients : retard dans la mise en route du traitement, prolongation de la période de contagiosité, administration d'un traitement inapproprié et chance de prévenir la transmission perdue. Il faut une norme de pratique en laboratoire rigoureuse pour détecter de façon certaine *Mycobacterium tuberculosis*, mesurer la sensibilité et la résistance aux médicaments et effectuer d'autres études visant à déterminer les chaînes de transmission. Il est donc essentiel d'avoir accès à des tests de détection de la tuberculose de qualité et de communiquer rapidement des données complètes.

Le frottis classique pour la détection des bacilles acido-alcoolo-résistants (BAAR) à partir d'un échantillon adéquat (p. ex. expectorations, lavages bronchiques, tissus et autres) fournit le premier indice de la présence possible de *M. tuberculosis*, et les résultats du frottis devraient être communiqués dans les 24 heures suivant la réception de l'échantillon au laboratoire. Tous les échantillons sont mis en culture pour la croissance de mycobactéries, peu importe le résultat du frottis pour les BAAR. Lorsqu'on a recours aux cultures, il peut s'écouler plusieurs semaines avant qu'on détecte un nombre de colonies suffisant. Le recours actuel à des systèmes de cultures en milieu liquide pour la surveillance continue a grandement amélioré les délais de détection et d'identification du micro-organisme, de même que les délais pour les épreuves de sensibilité. Il existe maintenant des méthodes diagnostiques basées sur l'amplification rapide des acides nucléiques qui peuvent déterminer de façon certaine si un échantillon ou une culture sont spécifiquement positifs pour *M. tuberculosis*.

En outre, les empreintes génétiques ou le génotypage des bactéries sont un complément précieux des méthodes épidémiologiques classiques pour suivre la propagation d'une souche identifiée et faciliter le repérage des personnes ou des groupes à risque de tuberculose. Le génotypage permet également de détecter les épisodes de maladie associée aux soins de santé, la propagation géographique des cas ou la contamination croisée des échantillons de laboratoire.

En plus des services dispensés par les laboratoires provinciaux/territoriaux, des services de coordination sont offerts par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'ASPC aux laboratoires provinciaux/territoriaux dans plusieurs domaines clés : référence, vérification de la compétence, normalisation, élaboration de lignes directrices et de modules de formation, et recherche. Le LNM coordonne le Réseau technique canadien des laboratoires de tuberculose (RTCLT), qui offre au personnel technique des laboratoires provinciaux/territoriaux et fédéraux de mycobactériologie un forum de discussion sur les questions techniques liées à la détection en laboratoire de la tuberculose.

Rôle du laboratoire de tuberculose :

1. S'assurer que les cas de tuberculose active sont confirmés et déclarés rapidement;
2. Maintenir une norme élevée de qualité pour les épreuves de laboratoire et la biosécurité;
3. Améliorer les méthodes de laboratoire pour les tests de diagnostic et de référence pour la tuberculose;
4. Fournir des services d'experts-conseils et d'éducation sur les tests diagnostiques et d'autres épreuves de laboratoire pour la tuberculose et d'autres infections mycobactériennes, ainsi que pour l'interprétation des résultats des tests;
5. Mettre au point par la recherche et l'innovation des techniques nouvelles de détection de la tuberculose et les évaluer.

Pratiques exemplaires

Chaque laboratoire

- 6.1 Des services adéquats de laboratoire sont disponibles pour appuyer le programme de prévention et de contrôle de la tuberculose, et les services de laboratoire peuvent communiquer facilement et directement avec les cliniciens et les autorités de la santé publique.
- 6.2 Tous les échantillons pour la culture de *Mycobacterium* sont gérés conformément aux recommandations contenues dans la dernière édition des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, notamment en ce qui concerne les méthodes, la déclaration des cas et le délai recommandé pour la transmission des résultats.
- 6.3 Tous les isolats du complexe *Mycobacterium tuberculosis* font l'objet d'une épreuve de sensibilité aux médicaments.
- 6.4 Les laboratoires ont la capacité d'offrir des services de génotypage ou ont accès à de tels services.
- 6.5 Les laboratoires de mycobactériologie participent au programme de vérification de la compétence administré par le LNM ou l'équivalent et offrent des niveaux de service qui correspondent à un degré de performance réalisable.
- 6.6 Les laboratoires provinciaux/territoriaux de mycobactériologie élaborent des plans d'urgence prévoyant une capacité de pointe pour intervenir en cas d'éclosion.
- 6.7 Les laboratoires de mycobactériologie ont accès à des techniques nouvelles et adéquatement validées à mesure qu'elles deviennent disponibles.
- 6.8 Les laboratoires maintiennent un système rapide et efficient de présentation de rapports et d'information sur le suivi.

Collaboration et coordination des laboratoires

- 6.9 Le Centre national de référence en mycobactériologie au LNM continue, dans la mesure du possible, d'offrir et de coordonner des services, tels que toute la gamme de tests de vérification de la compétence, des programmes d'assurance de la qualité et des services de normalisation, à la demande des provinces/territoires.
- 6.10 Des partenariats et des collaborations entre laboratoires au Canada sont créés et/ou maintenus.
- 6.11 Une surveillance de la résistance aux médicaments et un typage des souches continuent d'être effectués à l'échelle nationale et/ou provinciale/territoriale et une approche coordonnée a été adoptée pour la surveillance moléculaire de la tuberculose conformément aux normes et techniques établies au niveau international.

7. Éducation et pratique professionnelle

Par suite de la baisse de l'incidence de la tuberculose au Canada, la sensibilisation à la tuberculose et la compréhension de cette maladie risquent de diminuer au sein des gouvernements, parmi les professionnels de la santé et dans la population générale. À l'intérieur des programmes, il peut en résulter une mauvaise affectation ou une réaffectation inappropriée des ressources, alors que sur le plan clinique, un manque de sensibilisation et de connaissances peut retarder indûment le diagnostic ou entraîner des erreurs de diagnostic.

a) Éducation des professionnels de la santé

Une enquête effectuée en 2006 sur les besoins en matière de formation des dispensateurs de soins aux tuberculeux au Canada a révélé l'existence de nombreuses lacunes dans les connaissances des professionnels de la santé et de la santé publique¹⁷. Pour prévenir et contrôler la tuberculose, il est essentiel que les professionnels de la santé demeurent au courant de l'évolution de la maladie au Canada et connaissent les personnes ou les groupes qui courent le plus grand risque. Le gouvernement fédéral a la possibilité d'aider à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de formation, notamment pour compléter les activités provinciales/territoriales existantes de formation et, plus particulièrement, offrir une formation sur des sujets qu'il serait onéreux pour une province de préparer ou de dispenser par ses propres moyens.

L'objectif de l'éducation des professionnels de la santé est de s'assurer qu'un niveau adéquat de sensibilisation est maintenu et que les professionnels ont les connaissances et les compétences requises pour appuyer des activités optimales de lutte antituberculeuse.

Pratiques exemplaires

- 7.1 Une formation adéquate est offerte sur demande (sous diverses formes) par l'entremise d'un réseau canadien de formation et de consultation relatives à la tuberculose aux organisations de prévention et de contrôle de la tuberculose et aux professionnels de la santé.
- 7.2 L'information sur tous les aspects de la tuberculose continue de faire partie du programme de formation de base en sciences de la santé, notamment en médecine, en sciences infirmières, en dentisterie, en santé publique et en épidémiologie.
- 7.3 Les programmes de formation continue tiennent compte de la nécessité de maintenir les compétences des professionnels de la santé en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose.

b) Pratique professionnelle

Les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* devraient être considérées comme le manuel qui fait autorité pour le diagnostic et le traitement de l'infection tuberculeuse et de la tuberculose active.

Il est nécessaire de collaborer avec les organisations professionnelles afin de s'assurer qu'elles s'occupent de diffuser les conseils et les renseignements appropriés à leurs membres. Cette tâche est particulièrement importante dans le cas des organisations qui représentent des praticiens soignant des groupes à risque élevé de tuberculose, tels que

les dispensateurs de soins primaires qui desservent des collectivités où la proportion d'immigrants récents est élevée et des communautés des Premières nations, des communautés métisses et inuites.

De plus, une communication et un partage continu de l'information contribuent de façon importante à améliorer l'éducation et la pratique clinique. Par exemple, des listes de diffusion par courriel peuvent servir de trait d'union entre les personnes qui travaillent au contrôle et à la prévention de la tuberculose dans le domaine de la prestation de services, de l'éducation et de la recherche.

L'amélioration de la pratique professionnelle vise à faire en sorte que les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse ou d'une tuberculose active reçoivent les meilleurs soins et obtiennent les meilleurs résultats cliniques.

Pratiques exemplaires

- 7.4 Les normes et lignes directrices professionnelles pour la prestation de services adéquats de prévention et de contrôle de la tuberculose sont régulièrement passées en revue et mises à jour, et des lignes directrices et normes additionnelles sont élaborées au besoin.
- 7.5 Les normes et lignes directrices sont toujours le fruit d'une collaboration et sont élaborées en consultation avec les organisations et ordres professionnels compétents.

8. Sensibilisation communautaire

La tuberculose active entraîne habituellement des symptômes, mais dans certains cas, le début de la maladie est graduel et insidieux, et les symptômes ne sont pas assez manifestes pour que la personne s'en aperçoive. Cette dernière peut donc tarder à se faire diagnostiquer et traiter.

L'amélioration de la sensibilisation de la collectivité est un des éléments du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (<http://www.cadretravailpulmonaire.ca/accueil>), un plan d'action « fabriqué au Canada » qui a été élaboré par un vaste éventail d'intervenants, notamment l'Association pulmonaire du Canada, l'ASPC et d'autres, en vue d'améliorer la santé pulmonaire. Son approche coordonnée de la prévention et de la prise en charge des maladies respiratoires vise à exercer des effets positifs importants sur la santé pulmonaire, notamment sur la tuberculose.

Un des volets de l'approche mondiale Halte à la tuberculose consiste à développer les ressources des personnes atteintes de la tuberculose, et la sensibilisation et la mobilisation de la collectivité sont des éléments clés de ce volet. La *Charte des patients pour les soins de la tuberculose* (la Charte) en est un bon exemple; elle décrit les droits et les responsabilités des personnes atteintes de la tuberculose et sert de document de référence pour aider les personnes touchées par la maladie à participer davantage à leurs soins et à leur traitement¹⁸.

La tuberculose a causé beaucoup de pertes et de souffrances chez les Premières nations et les Inuits. Avant que les communautés n'aient accès à un traitement, les patients étaient expédiés dans des sanatoriums. Un grand nombre y sont morts, loin de leur famille et de leur communauté. Une telle situation n'était pas rare au Canada, mais la tuberculose a fait plus de victimes chez les Premières nations et les Inuits, ce qui a eu des répercussions tragiques sur les personnes, les familles et les communautés.

Les personnes qui migrent au Canada sont influencées par les attitudes générales vis-à-vis de la tuberculose qui ont cours dans leur pays d'origine de même que par leurs expériences personnelles, familiales ou communautaires antérieures en rapport avec la tuberculose. La crainte ou la méfiance des autorités peuvent empêcher certaines d'entre elles de réagir aux messages de santé publique.

Ces expériences influent sur les perspectives et attitudes à l'égard de la maladie et, parfois, à l'égard du système de santé. Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose d'aujourd'hui doivent continuer de reconnaître et de comprendre les expériences antérieures de ceux qui sont les plus touchés par la tuberculose (migrants, Premières nations et Inuits) afin de travailler avec les communautés en vue d'accroître la sensibilisation, de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes atteintes de la tuberculose et d'offrir des programmes qui sont adaptés sur le plan culturel.

L'objectif des activités de sensibilisation communautaire est de mieux faire comprendre la tuberculose et sa transmission dans les populations à risque.

Pratiques exemplaires

- 8.1 Des campagnes de sensibilisation de la population qui sont adaptées aux besoins culturels et linguistiques de la population à risque sont élaborées et mises en œuvre. Il est préférable que chaque collectivité participe activement à la préparation de la campagne et choisisse la méthode et le médium pour la mener à bien.
- 8.2 La société civile est davantage sensibilisée à l'importance du contrôle mondial de la tuberculose à l'échelle professionnelle, à l'échelle des programmes et des gouvernements.
- 8.3 Les personnes touchées par la tuberculose sont informées de l'existence de la *Charte des patients pour les soins de la tuberculose*.

9. Surveillance et évaluation

Pour s'assurer que les ressources sont utilisées de façon efficiente et efficace, il importe de mesurer les progrès et la performance. Plus particulièrement, la surveillance et l'évaluation fournissent un mécanisme de reddition de comptes que peuvent utiliser tous les paliers de gouvernement et d'autres parties intéressées; elles permettent d'orienter continuellement les objectifs et priorités des programmes en fonction des meilleures données épidémiologiques et sociales disponibles; elles répondent aux besoins des gestionnaires de programmes et des responsables des politiques, qui veulent avoir des renseignements à jour et exacts sur

la performance des programmes, en particulier pour leur planification et leur gestion; et elles fournissent de l'information pour renseigner la collectivité dans son ensemble sur les problèmes à résoudre.

Une liste des cibles de performance potentielles pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose est fournie à l'Annexe IV. Les responsables des programmes devraient examiner ces cibles dans le cadre de la planification et de l'évaluation.

L'objectif de la surveillance et de l'évaluation est de mesurer la performance des activités de lutte antituberculeuse ainsi que les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs établis.

Pratique exemplaire

9.1 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose fixent des cibles de performance appropriées et veillent à ce que les progrès réalisés en vue d'atteindre ces cibles soient suivis régulièrement.

10. Populations et milieux à risque élevé

Au Canada, les deux populations qui affichent les plus hauts taux déclarés de tuberculose sont (1) les Premières nations et les Inuits et (2) les personnes nées à l'étranger. Bien que tous les éléments de la prévention de la tuberculose continuent de revêtir une importance pour ces groupes, il existe des différences fondamentales dans les approches à utiliser auprès de chacun d'entre eux pour lutter contre la tuberculose. Presque toutes les infections tuberculeuses dans les communautés des Premières nations et chez les Inuits qui sont contractées au Canada ont été transmises par des personnes atteintes de la maladie active. Les efforts de prévention et de contrôle chez les Premières nations et les Inuits doivent donc tenter de briser ce cycle de transmission.

En revanche, un très petit nombre de cas d'infection tuberculeuse chez les personnes nées à l'étranger sont contractés au Canada. La plupart des ITL dans ces populations sont contractées à l'étranger, avant l'arrivée au Canada, et elles sont réactivées avec le temps¹⁹. Les principales activités de prévention et de contrôle de la tuberculose au pays qui ciblent les personnes nées à l'étranger visent à prévenir la réactivation de l'infection tuberculeuse.

a) Premières nations, Inuits et Métis

La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois principaux groupes d'Autochtones au Canada : les Indiens (inscrits et non inscrits), appelés le plus souvent Premières nations, ainsi que les Inuits et les Métis. C'est chez les Indiens inscrits (vivant dans des réserves et hors réserves) et les Inuits qu'on retrouve la vaste majorité des nouveaux cas de tuberculose active chez les Autochtones au Canada. Il existe une très grande diversité linguistique, culturelle et géographique à l'intérieur des groupes autochtones et d'un groupe à l'autre. Cette diversité, qui s'ajoute à des structures de gouvernance et de compétence différentes, peut compliquer

les efforts de contrôle de la tuberculose dans ces communautés. Les taux d'incidence de la tuberculose sont les plus élevés dans les provinces et les territoires qui, historiquement, vivent depuis le moins grand nombre d'années avec la tuberculose¹¹. Les taux sont très élevés dans certaines communautés des Prairies et dans certaines communautés inuites.

Les provinces et les territoires disposent du pouvoir reconnu par la loi d'agir dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose dans les zones qui relèvent de leur compétence. Dans les territoires, les gouvernements territoriaux assument la responsabilité ultime de la prévention et du contrôle de la tuberculose pour l'ensemble de la population. À l'intérieur des provinces, la prévention et le contrôle de la tuberculose auprès des Premières nations et des Inuits est une responsabilité partagée, qui varie d'une communauté à l'autre selon le niveau de participation des programmes régionaux de prévention et de contrôle de la tuberculose de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, des gouvernements provinciaux ou des communautés (responsabilité transférée ou non; voir l'*Annexe I* pour une définition des Communautés ayant conclu une entente de transfert).

Il est essentiel de définir clairement les rôles et les responsabilités pour la prévention et le contrôle de la tuberculose en général et notamment pour les communautés des Premières nations, les Inuits et les Métis. Un système interdépendant se doit d'être clair en ce qui concerne les fonctions qui se chevauchent et la continuité des soins.

La surveillance de l'épidémiologie et du fardeau de la tuberculose dans les populations autochtones présente des difficultés. Tout d'abord, les Indiens inscrits (vivant dans les réserves et hors réserves) et les Inuits sont relativement bien recensés au Canada, alors que les Indiens non inscrits et les Métis le sont moins. Il est ainsi difficile de calculer les taux d'incidence de la tuberculose.

Il existe en outre une variation marquée d'une province ou d'un territoire à l'autre dans le nombre signalé de cas de tuberculose pédiatrique chez les Premières nations et les Inuits. Cette variation peut être due à des différences réelles dans l'incidence ou à des différences dans l'application de la définition de cas de tuberculose pédiatrique, selon la province ou le territoire.

Les éléments fondamentaux du contrôle de la tuberculose doivent être appliqués de façon constante dans tous les groupes (y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis) et toutes les communautés, peu importe leur éloignement. Dans les communautés où l'incidence de la tuberculose est élevée, l'accent devrait être mis sur le premier objectif du contrôle de la tuberculose : le diagnostic précoce des cas infectieux, la mise en route rapide d'un traitement efficace et la prise en charge des cas jusqu'à l'achèvement du traitement. Ces mesures sont particulièrement importantes étant donné que la maladie continue de se transmettre dans ces communautés et qu'il est nécessaire de protéger les enfants. La deuxième priorité consiste à tester et, au besoin, à traiter les contacts des cas de tuberculose active.

Dans toute communauté des Premières nations, toute communauté inuite ou métisse où le taux de tuberculose active ou d'ITL est élevé, il importe de repérer les cas d'ITL qui risquent grandement d'évoluer vers la maladie active. S'il n'est pas contre-indiqué, un traitement devrait être recommandé et surveillé dans le cas des personnes qui ont reçu un diagnostic d'ITL après qu'une tuberculose active a été écartée.

Il continue d'être difficile de recruter et de maintenir en poste des praticiens de la santé en nombre suffisant pour répondre aux besoins des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose, en particulier dans les communautés éloignées où les taux d'incidence demeurent élevés. Le fait de disposer d'effectifs adéquats dans le domaine de la santé a des répercussions

importantes sur l'accès aux soins et la continuité des soins. L'éducation et la formation du personnel sur le terrain doivent être financées de façon adéquate et appropriée et mettre l'accent sur la compétence culturelle et l'importance de connaître la culture et la communauté.

Il importe que les Premières nations, les Inuits et les Métis participent en tant que partenaires à tous les volets de la prévention et du contrôle de la tuberculose. Les communautés à risque élevé de tuberculose ont besoin d'encouragement et de soutien pour participer pleinement au contrôle de la tuberculose et s'attaquer aux problèmes qui nuisent directement à la prise en charge de la maladie. Le perfectionnement professionnel et le renforcement des capacités de la communauté dans son ensemble doivent prendre en compte les connaissances propres à une culture et à une communauté et devraient viser à permettre aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis de diriger le processus au niveau communautaire et au niveau des politiques et de la planification.

Pour atteindre des cibles épidémiologiques à long terme dans le domaine de prévention et du contrôle de la tuberculose chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, il faudra avoir recours à d'autres interventions pour réduire la vulnérabilité à l'infection tuberculeuse et à la maladie, dont certaines peuvent déborder du cadre de la santé. Certains facteurs de risque sont importants à l'échelle de la population, notamment les caractéristiques de l'agent bactérien (p. ex. virulence et infectivité), les caractéristiques de l'hôte (p. ex. âge, sexe, caractéristiques génétiques, co-infection par le VIH, malnutrition, tabagisme, diabète et abus de substances) et les facteurs environnementaux (p. ex. cas de tuberculose active dans la communauté, logements surpeuplés, mal ventilés et pollution de l'air intérieur). Des mesures de prévention peuvent cibler ces facteurs de risque populationnels directement ou par le biais des déterminants de la santé en amont. Il peut être nécessaire de passer en revue divers niveaux de causalité (proximal, intermédiaire, distal) que ne connaissent pas bien certains travailleurs dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose. Il est important de s'attaquer aux déterminants de la santé en amont qui contribuent au maintien de taux élevés d'incidence de la tuberculose dans certaines communautés.

En 2011, Santé Canada a renouvelé sa Stratégie d'élimination de la tuberculose. Le document *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves* s'inspire des pratiques exemplaires et des leçons tirées de l'expérience, et a été élaboré en collaboration avec les organisations des Premières nations et inuites, les experts en tuberculose, les autorités provinciales, l'Agence de la santé publique du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. C'est un document technique qui sera utilisé par les professionnels de la santé et les administrateurs œuvrant dans les communautés des Premières nations ainsi que par les employés de Santé Canada chargés de la prévention et du contrôle de la tuberculose. La stratégie en question va dans le même sens que le document *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* et peut être également utilisée comme outil de référence par toute personne qui travaille dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits au Canada.

L'objectif de la prévention et du contrôle de la tuberculose auprès des Premières nations, des Inuits et des Métis est de s'assurer que les approches pour réduire l'incidence et le fardeau de la tuberculose active et de l'ITL sont coordonnées, appropriées et efficaces.

Pratiques exemplaires

- 10.1 Les rôles et les responsabilités des intervenants clés dans le domaine du contrôle de la tuberculose dans chaque province ou territoire sont bien délimités (province/territoire; DGSPNI de Santé Canada; autorités sanitaires régionales; communautés, etc.).
- 10.2 Un « responsable ou directeur » de programme est désigné parmi les intervenants clés, son mandat étant défini de concert à l'échelle locale, et tous les services de prévention et de contrôle de la tuberculose à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis sont intégrés dans un programme coordonné comportant de forts éléments centraux.
- 10.3 La prévention et le contrôle de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits sont une priorité, car la maladie continue de se transmettre dans certains territoires ou provinces, certains groupes et communautés et les enfants de moins de 5 ans qui n'ont pas reçu le BCG sont particulièrement exposés à des formes graves de tuberculose active s'ils contractent une nouvelle infection.
- 10.4 Une attention spéciale est portée à la déclaration exacte des cas de tuberculose chez les Premières nations, les Inuits et les Métis selon le groupe et le lieu de résidence (dans les réserves ou hors réserves) afin de garantir une meilleure continuité des soins et de retracer les cas au besoin.
- 10.5 L'accent est mis sur une prévention et un contrôle de la tuberculose plus efficaces dans les groupes ou communautés des Premières nations (dans les réserves et hors réserves), inuits et/ou métis dont les taux ont été mesurés avec exactitude et sont jugés élevés.
- 10.6 On s'inspire de l'orientation donnée dans la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves* en vue de régler les problèmes d'accès aux soins, notamment les problèmes de dotation en personnel, dans les communautés où l'incidence de la tuberculose continue d'être élevée.
- 10.7 La prévention et le contrôle de la tuberculose dans les communautés des Premières nations, les communautés inuites et métisses sont envisagés dans le cadre plus large des déterminants sociaux et des autres déterminants de la santé qui influent sur la vulnérabilité à l'infection tuberculeuse et à la maladie.
- 10.8 Les Premières nations, les Inuits et les Métis participent en tant que partenaires à part entière à la prévention et au contrôle de la tuberculose, cette participation étant basée sur les principes du respect, de la prise en compte des particularités culturelles, de la transparence, de la reddition de comptes et de la responsabilité.
- 10.9 Des programmes d'éducation sur la tuberculose adaptés à la culture des Premières nations, des Inuits et des Métis sont élaborés et mis en œuvre.
- 10.10 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose chez les Premières nations, les Inuits et les Métis comportent un solide élément d'évaluation.
- 10.11 La recherche sur la tuberculose dans les communautés des Premières nations, les communautés inuites et métisses est encouragée et financée, un accent spécial étant mis sur les interventions efficaces, la participation communautaire et le renforcement des capacités communautaires de recherche.
- 10.12 L'épidémiologie de la tuberculose dans les populations des Premières nations, les populations inuites et métisses est suivie chaque année et les résultats sont diffusés aux principaux intervenants, afin d'identifier les groupes et les communautés à risque élevé et d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre d'approches ciblées.

b) Migrants provenant de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée

Au cours des trois dernières décennies, la tuberculose est devenue au Canada une maladie qui frappe de plus en plus les personnes nées à l'étranger, environ 65 % de tous les cas au pays étant signalés dans cette population. Cette réalité n'est pas particulière au Canada; c'est une observation courante dans les pays qui accueillent des immigrants et où l'incidence de la tuberculose est faible²⁰.

Dans le cadre du programme de surveillance médicale aux fins de l'immigration de Citoyenneté et Immigration Canada, les migrants potentiels qui présentent une demande à l'étranger et chez lesquels on détecte une tuberculose pulmonaire active se voient refuser l'entrée au Canada jusqu'à ce qu'ils puissent prouver qu'ils ont terminé un traitement médicamenteux approprié. Ceux qui font leur demande en territoire canadien, qui sont examinés et se révèlent atteints d'une tuberculose pulmonaire active sont rapidement traités et doivent terminer leur traitement avant que leur demande d'immigration ne passe l'examen final. Les migrants chez qui on a détecté une tuberculose inactive (c.-à-d. qui ne souffrent pas d'une tuberculose active, mais ont des antécédents de tuberculose ou ont des radiographies pulmonaires anormales mais stables) sont autorisés à entrer au Canada, mais ils doivent se présenter aux programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose des services provinciaux/territoriaux de santé publique après leur arrivée au Canada pour que leur cas soit suivi. Il s'agit du programme de surveillance/notification médicale aux fins de l'immigration destiné aux nouveaux arrivants.

CIC continue de raffiner ses approches d'atténuation du risque, notamment en ce qui concerne le dépistage aux fins de l'immigration, la surveillance et la notification aux autorités provinciales/territoriales de la santé publique des cas qui courent un plus grand risque de développer une tuberculose active. Un meilleur dépistage ciblé et une surveillance et une orientation clinique plus rapides sont quelques exemples de ces approches, qui sont continuellement modifiées pour tenir compte de l'évolution démographique de l'immigration.

L'origine, la culture, le groupe linguistique et les expériences de vie des migrants au Canada sont très diversifiés. Par exemple, certains migrants peuvent être issus de pays où les soins cliniques et de santé publique sont limités et où les provisions de médicaments et la supervision du traitement sont inadéquates. En outre, l'établissement initial au Canada peut être une expérience difficile. Les immigrants et les réfugiés atteints d'une infection tuberculeuse latente (ITL) sont ceux qui courent le plus grand risque de développer une tuberculose active dans les 5 premières années suivant leur arrivée¹¹. La langue, les barrières culturelles, la pauvreté, la peur et la méfiance des autorités peuvent influencer sur la mesure dans laquelle les migrants comprennent les efforts de prévention et de contrôle de la tuberculose et y réagissent; dans certains cas, ces facteurs peuvent contribuer à la non-observance et à l'utilisation limitée des soins médicaux²¹.

Au cours de la dernière décennie, le taux signalé d'incidence de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger qui vivent au Canada a connu un lent déclin, qui résulte davantage d'une augmentation de la population née à l'étranger que d'une diminution du nombre réel de cas de tuberculose. D'autres interventions sont donc requises pour réduire le fardeau de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger, qui prendront fort probablement la forme de mesures de détection et de traitement des personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente après leur arrivée au Canada, car leur risque de progression vers la maladie active est plus élevé²².

L'objectif de la prise en charge de la tuberculose chez les migrants au Canada consiste à élaborer des programmes et des politiques ciblés qui améliorent la détection et la prise en charge de la maladie et de l'infection tuberculeuse latente chez les migrants en provenance des pays où l'incidence de la tuberculose est élevée.

Pratiques exemplaires

- 10.13 Les immigrants, les réfugiés et certaines personnes qui présentent une demande de résidence temporaire au Canada font l'objet d'un dépistage systématique conformément aux politiques de CIC afin qu'on puisse :
- détecter et traiter la tuberculose pulmonaire active avant leur arrivée au Canada et/ou traiter rapidement les cas décelés au Canada
 - identifier les migrants qui doivent faire l'objet d'une surveillance médicale de la tuberculose aux fins de l'immigration après leur arrivée au Canada.
- 10.14 Les intervenants fédéraux, provinciaux/territoriaux et locaux collaborent en vue d'améliorer le programme de surveillance médicale de la tuberculose de CIC afin de simplifier les communications et maximiser l'efficacité et l'efficacé.
- 10.15 Lorsque les ressources le permettent, les migrants au Canada sont évalués pour voir s'ils souffrent d'une infection tuberculeuse latente, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
- 10.16 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose qui desservent un grand nombre d'immigrants utilisent des méthodes épidémiologiques pour identifier les groupes de personnes nées à l'étranger qui vivent sur leur territoire et qui courent un grand risque de développer une tuberculose active et une ITL afin d'adapter les efforts de contrôle de la tuberculose aux besoins locaux.
- 10.17 On reconnaît que la prestation de services liés à la tuberculose aux personnes nées à l'étranger est souvent entravée par des barrières linguistiques, culturelles, socio-économiques et propres aux services de santé. Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose s'associent aux programmes communautaires pour s'assurer que les services sont accessibles et adaptés à la population desservie.

c) Les sans-abri et les mal-logés

Dans l'ensemble, l'incidence de la tuberculose a augmenté dans les groupes socio-économiques défavorisés, et la tuberculose est reconnue depuis longtemps comme un important problème de santé chez les sans-abri et les personnes mal logées.

Des données probantes montrent que des infections tuberculeuses ont été contractées dans des refuges pour sans-abri. Le risque de transmission est accru si la ventilation est inadéquate et les chambres surpeuplées. Au Canada, de nombreux sans-abri peuvent courir un plus grand risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose active à cause d'une mauvaise nutrition, de l'alcoolisme et d'autres abus de substances, d'une infection à VIH et de troubles médicaux et mentaux.

Le degré de non-observance du traitement peut être élevé chez les sans-abri, en particulier chez ceux qui sont atteints de troubles mentaux et les toxicomanes. Il est plus difficile de s'assurer que ces personnes continuent d'observer leur traitement, car elles changent de lieu de résidence sans préavis et il peut être difficile de les localiser pendant des jours, voire des semaines.

Il existe des lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la tuberculose dans les refuges pour sans-abri²³.

Le principal objectif de la prise en charge de la tuberculose chez les sans-abri et les mal-logés est de détecter les cas actifs.

Pratiques exemplaires

- 10.18 Les responsables des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose assurent une liaison proactive avec les établissements locaux pour les sans-abri afin de sensibiliser et d'éduquer le personnel en ce qui concerne la prévention et le contrôle de la tuberculose, notamment la façon de reconnaître sans tarder les cas possibles de tuberculose et/ou les éclosions.
- 10.19 Des politiques et procédures strictes de lutte anti-infectieuse sont mises en œuvre dans les refuges pour sans-abri afin de protéger tant les clients que les employés.
- 10.20 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose créent et tiennent à jour une base de données de surveillance leur permettant de suivre les objectifs de programme pour les sans-abri et les mal-logés atteints de tuberculose et leurs contacts (voir l'Annexe IV – Objectifs et cibles de performance potentiels pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose).
- 10.21 Des lignes directrices adaptées au contexte canadien sont élaborées pour prévenir et contrôler la tuberculose chez les sans-abri et les personnes mal logées vivant à l'extérieur des refuges.

d) Établissements

Les établissements qui logent un grand nombre de personnes, tels que les établissements correctionnels, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, ont besoin d'approches spéciales pour détecter la tuberculose et prévenir la transmission de la maladie. Le risque d'infection et de progression vers la maladie est plus élevé dans ces milieux, car les personnes qui y séjournent peuvent être issues de groupes à risque où l'incidence de l'infection est plus élevée, et le fait de partager un espace de vie et d'être en contact étroit peut favoriser la transmission de l'infection. Le personnel de ces établissements peut courir un plus grand risque d'infection que la population en général.

Établissements correctionnels

Une vigilance constante est nécessaire pour réduire le risque de transmission de la tuberculose en milieu correctionnel, en particulier dans les établissements surpeuplés. L'incarcération peut fournir l'occasion de dépister les cas de tuberculose active et d'ITL et offre un milieu de traitement supervisé. Le personnel de santé en milieu correctionnel doit

travailler avec les autorités locales de la santé publique lorsque des détenus sont libérés afin de s'assurer qu'il y a une continuité des soins et un suivi des détenus qui sont désignés comme des contacts dans les enquêtes en santé publique sur les cas actifs.

Hôpitaux et établissements de soins de longue durée

Le problème que pose la tuberculose en milieu de soins est connu depuis très longtemps. Le risque de transmission de la maladie augmente si celle-ci n'est pas reconnue et si des précautions adéquates ne sont pas prises pour prévenir sa propagation. Le risque est même amplifié si les patients ou les employés sont immunodéprimés ou courent autrement un risque à cause d'une infection prédisposante comme le diabète ou la malnutrition.

Les objectifs de la lutte antituberculeuse dans les établissements sont les suivants :

- détecter et traiter le plus rapidement possible la maladie
- s'assurer que les contacts sont pris en charge de façon adéquate dans l'établissement, en collaboration avec les autorités de la santé publique et
- lutter adéquatement contre l'infection au moyen de mesures administratives, environnementales/techniques et personnelles.

Pratiques exemplaires

- 10.22 La prise en charge de la tuberculose dans les établissements s'inspire des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
- 10.23 Les établissements correctionnels mettent en œuvre des programmes et des activités qui garantiront la continuité des soins, entre l'établissement et la collectivité, pour les détenus atteints de tuberculose active ou d'une infection tuberculeuse latente à leur entrée et lors de leur libération.
- 10.24 Tous les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les établissements correctionnels élaborent, ou mettent à jour au besoin, des procédures spécifiques de détection de la tuberculose et de contrôle de l'infection.

11. Approches pour s'attaquer aux problèmes émergents

a) Tuberculose et co-infection par le VIH

Les personnes infectées par le VIH courent un bien plus grand risque que la population générale de contracter une infection tuberculeuse après avoir été exposées et de développer par la suite une maladie active. Le VIH a grandement contribué au retour en force de la tuberculose à l'échelle internationale et, dans certaines régions du monde, la co-infection représente un défi

de taille pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose. On ne peut trop insister sur l'importance de comprendre les liens entre la tuberculose et le VIH au niveau des programmes et de la gestion des cas.

On ignore quel est le taux réel de co-infection tuberculose-VIH au Canada. En 2009, le statut à l'égard du VIH de 40 % des cas de tuberculose a été communiqué au SCDCT. Dans ce groupe, la prévalence de l'infection à VIH était de 10 %. L'OMS a estimé à 4,6 % la prévalence du VIH chez les nouveaux cas de tuberculose au Canada en 2008²⁴.

Les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* fournissent des détails sur les tests de détection de la tuberculose et du VIH chez les personnes potentiellement co-infectées. Les principaux messages qu'on tente de faire passer sont les suivants : toutes les personnes souffrant d'une tuberculose active devraient subir un test de dépistage du VIH et toutes les personnes infectées par le VIH devraient faire l'objet d'une évaluation visant à déterminer leurs antécédents de tuberculose active ou leur exposition potentielle à la tuberculose et passer un test de dépistage de la tuberculose, s'il y a lieu. Les personnes qui se révèlent séropositives pour le VIH devraient recevoir un counseling post-test conformément aux lignes directrices actuelles concernant le dépistage du VIH.

Dans une province canadienne, on a tenté récemment l'expérience des tests avec option de non-participation : 95 % des patients atteints de tuberculose ont subi un test de dépistage du VIH en 2007-2008, ce qui indique que cette approche marque un pas important vers le dépistage universel de la co-infection tuberculose-VIH. Dans le cadre de ce type de dépistage, on renseigne brièvement les patients sur le lien entre le VIH et la tuberculose et sur le dépistage systématique du VIH chez les patients atteints de tuberculose, à moins qu'ils refusent d'être testés. Cette pratique a grandement contribué à améliorer la compréhension du fardeau de la co-infection, la coopération entre les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose et du VIH et, en fin de compte, la prise en charge de ces deux problèmes de santé^{25, 26}. Pour ces raisons, les responsables des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose devraient songer sérieusement à utiliser l'approche du test avec option de non-participation, après l'obtention d'un consentement éclairé, pour le dépistage du VIH chez les personnes souffrant d'une tuberculose active.

CIC a institué un dépistage systématique du VIH le 15 janvier 2002 pour toutes les personnes qui doivent subir un examen médical réglementaire de l'immigration et sont âgées de plus de 15 ans. Le dépistage du VIH est également exigé chez les enfants qui présentent des facteurs de risque d'infection à VIH, p. ex. si l'on sait que leur mère est séropositive. Les nouveaux arrivants séropositifs pour le VIH ne sont pas tenus de se présenter aux autorités provinciales/territoriales de la santé publique après leur arrivée au Canada pour une évaluation plus approfondie de leur risque de contracter la tuberculose. Ces personnes reçoivent une brochure les incitant à téléphoner à une clinique de santé spécialisée dans le VIH après leur entrée au Canada afin de rester en bonne santé et de protéger les membres de leur famille. Depuis 2005, CIC présente des rapports mensuels aux provinces/territoires qui ont choisi d'être informés de la présence de nouveaux arrivants chez eux qui sont positifs pour le VIH. La politique relative au VIH du CIC fait actuellement l'objet d'une révision. La surveillance/ notification médicale obligatoire aux fins de l'immigration des migrants séropositifs pour le VIH est l'une des questions à l'étude.

L'objectif de la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH est d'obtenir la coordination nécessaire des soins entre les dispensateurs/organismes de soins et les patients afin de pouvoir offrir un traitement et un suivi adéquats aux personnes co-infectées par le bacille tuberculeux et le VIH.

Pratiques exemplaires

- 11.1 On encourage l'utilisation des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* en ce qui a trait au dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose et au dépistage de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH.
- 11.2 Tous les efforts sont déployés pour accroître la proportion de cas de tuberculose dont on connaît le résultat (positif ou négatif) au test de dépistage du VIH pour que le taux passe de 40 % en 2009 à 90 % d'ici 2015.
- 11.3 Le soin et le traitement des personnes séropositives pour le VIH ou positives au test cutané à la tuberculine s'inspirent des *Recommandations portant sur le dépistage et la prévention de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH et sur le dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose et leurs contacts*¹⁵.
- 11.4 Tout en préservant la confidentialité des renseignements sur chaque patient, les dispensateurs et les organismes de soins qui travaillent dans le domaine de la tuberculose et du VIH collaborent et assurent la liaison afin de gérer plus efficacement les risques et les problèmes de soins et de mieux comprendre l'épidémiologie de la co-infection.

b) Tuberculose pharmacorésistante

La pharmacorésistance est un problème grave qui compromet les normes de soins et l'affectation des ressources pour la prévention et le contrôle de la tuberculose. Les deux formes de pharmacorésistance les plus préoccupantes sont la tuberculose multirésistante, qui résiste à au moins l'isoniazide et la rifampicine (les deux meilleurs antibiotiques majeurs), et la tuberculose ultrarésistante qui résiste à toutes les fluoroquinolones et à au moins un des trois antituberculeux majeurs injectables (capréomycine, kanamycine et amikacine), en plus d'être multirésistante. Le traitement de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante peut prendre des années, entraîne plus d'effets secondaires, exige une hospitalisation plus longue pour la lutte contre l'infection et/ou les soins infirmiers et est très coûteux. Dans certains cas, une guérison peut être impossible.

La résistance de la tuberculose aux médicaments est surveillée au Canada par deux systèmes de surveillance : le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT). Le SCDCT surveille la pharmacorésistance chez les cas déclarés de tuberculose, alors que le SCSLT présente des rapports sur la résistance aux médicaments du bacille tuberculeux cultivé à partir d'échantillons de patients. Les deux systèmes fournissent des renseignements essentiels et complémentaires sur la nature et le degré de la résistance aux antituberculeux au Canada.

L'objectif en ce qui concerne la résistance aux antituberculeux est de réduire au minimum sa survenue et de mettre en place des approches pour améliorer le traitement et le soin des cas pharmacorésistants.

Pratiques exemplaires

- 11.5 Les dispensateurs de soins consultent un médecin spécialiste reconnu de la tuberculose chaque fois qu'une tuberculose pharmacorésistante est détectée. Cela inclut les patients présentant une monorésistance, car leur risque d'échec thérapeutique, de rechute et d'acquisition d'une résistance à d'autres médicaments est accru.
- 11.6 On sait que le traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante est complexe et requiert une expertise spéciale. Les patients atteints de tuberculose multirésistante ou de tuberculose ultrarésistante et leurs contacts présentant une infection tuberculeuse latente sont donc adressés à des médecins ou à des centres qui possèdent une expertise reconnue dans la prise en charge de ces cas.
- 11.7 Tous les patients atteints de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante sont soumis à une thérapie sous observation directe pendant toute la durée de leur traitement.

12. Déterminants sociaux et autres déterminants de la santé liés à la tuberculose

Il est depuis longtemps établi que le fardeau de la tuberculose est étroitement lié aux indicateurs et aux déterminants sociaux et économiques de la santé²⁷. Le risque de tuberculose est plus grand dans les populations pauvres et d'autres groupes vulnérables, tels que les détenus, les sans-abri et certains groupes minoritaires.

Voici quelques exemples de déterminants de la santé liés à la tuberculose :

1. Revenu et situation sociale (p. ex. alimentation et logement adéquats; soutien du revenu pendant les périodes d'absence du travail à cause d'une tuberculose infectieuse active);
2. Réseaux de soutien social (p. ex. soutien apporté par la famille, des amis et la communauté de cas de tuberculose diagnostiqués);
3. Niveau de scolarité et d'alphabétisation (p. ex. connaissance de la tuberculose);
4. Emploi/conditions de travail (p. ex. exposition accrue à des cas de tuberculose infectieuse dans certains milieux);
5. Milieux sociaux (p. ex. collectivité socialement stable);
6. Environnement physique (p. ex. itinérance; mauvaise ventilation, logement surpeuplé et refuges pour sans-abri; exposition à des cas de tuberculose infectieuse);

7. Hygiène de vie personnelle et capacités de faire face aux difficultés (p. ex. observance du traitement, tabagisme, obésité menant au diabète, abus de substances, pratiques sexuelles risquées menant à l'infection à VIH);
8. Développement harmonieux de l'enfant (p. ex. dépistage de l'infection tuberculeuse latente chez les enfants dans les milieux où l'incidence de la tuberculose est élevée);
9. Patrimoine biologique/génétique (p. ex. des facteurs génétiques peuvent accroître la susceptibilité de certaines personnes à la tuberculose active si elles sont infectées);
10. Services de santé (p. ex. diagnostic rapide de la tuberculose active, services de traitement de qualité, continuité des soins);
11. Sexe (p. ex. taux plus élevé de tuberculose chez les hommes);
12. Culture (p. ex. différentes croyances culturelles concernant la cause et le traitement de la tuberculose; expérience de la tuberculose dans la collectivité qui a été marquée par des séparations, la solitude, la souffrance, la stigmatisation et la mort).

Les mesures de prévention visant à réduire les taux de tuberculose devraient cibler les facteurs de risque directement ou les déterminants sociaux et autres déterminants de la santé en amont. Il faut que toutes les organisations compétentes, y compris la société civile, s'engagent à s'attaquer à ces déterminants.

L'objectif des mesures visant les déterminants sociaux de la tuberculose est de réduire les facteurs sociaux, économiques, culturels et environnementaux qui contribuent de façon importante au développement de l'infection tuberculeuse et de la tuberculose active et qui empêchent une prise en charge efficace de la maladie.

Pratiques exemplaires

- 12.1 Les responsables des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose tentent par tous les moyens de collaborer avec leurs partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux et autres déterminants de la santé qui influent sur l'issue de la tuberculose dans certaines populations à risque.
- 12.2 Les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose élaborent des approches qui établissent un lien entre les données épidémiologiques pertinentes sur la tuberculose et les indicateurs socio-économiques dans les populations à risque afin d'orienter l'élaboration et la mise en œuvre de mesures d'atténuation du risque de tuberculose.
- 12.3 Des partenariats entre divers paliers de gouvernement et des intervenants non gouvernementaux continuent d'être établis pour agir sur les déterminants sociaux de la santé qui contribuent à la tuberculose active et à l'infection tuberculeuse latente.

13. Recherche

Des activités systématiques intégrées de recherche doivent être effectuées de façon continue si l'on veut obtenir les données qui permettront de faire avancer les programmes et la pratique clinique et de mettre au point les régimes thérapeutiques et les outils nécessaires pour relever les défis liés à la tuberculose. Le Canada fait depuis longtemps preuve d'innovation en matière de recherche sur la tuberculose et il continue de financer les programmes de traitement clinique et d'autres activités de programme au pays et à l'étranger.

Le Partenariat Halte à la tuberculose et l'OMS ont lancé récemment le « Mouvement pour la recherche », initiative qui vise à mobiliser l'ensemble des chercheurs dans le domaine de la tuberculose dans le cadre d'un effort stratégique concerté misant sur la collaboration afin d'accroître la portée, l'envergure et la rapidité de la recherche sur la tuberculose (voir <http://www.stoptb.org/global/research/>).

En 2011, une feuille de route internationale²⁸ pour la recherche sur la tuberculose a été rendue publique. Elle a été élaborée après un long processus de consultation, des priorités en matière de recherche ayant été établies dans les domaines de l'épidémiologie, de la recherche fondamentale, des outils diagnostiques, des médicaments, des vaccins, de la santé publique et des activités opérationnelles. Le document énumère les principales questions à étudier qui fourniront un cadre commun pour la recherche interdisciplinaire concertée. Le Mouvement pour la recherche sur la tuberculose a également publié le document *Priorities in Operational Research to Improve Tuberculosis Care and Control*²⁹ et dressé des programmes de recherche plus spécifiques pour la tuberculose pédiatrique, la co-infection tuberculose-VIH et la tuberculose multirésistante. Tous ces documents peuvent servir d'outils de référence pour l'élaboration de priorités visant la recherche sur la tuberculose au Canada.

Un certain nombre d'organismes de financement, tels que les Instituts de recherche en santé du Canada, l'ASPC, l'Association pulmonaire du Canada, les partenaires de l'industrie et d'autres organisations peuvent aussi unir leurs efforts pour faire avancer les activités de recherche.

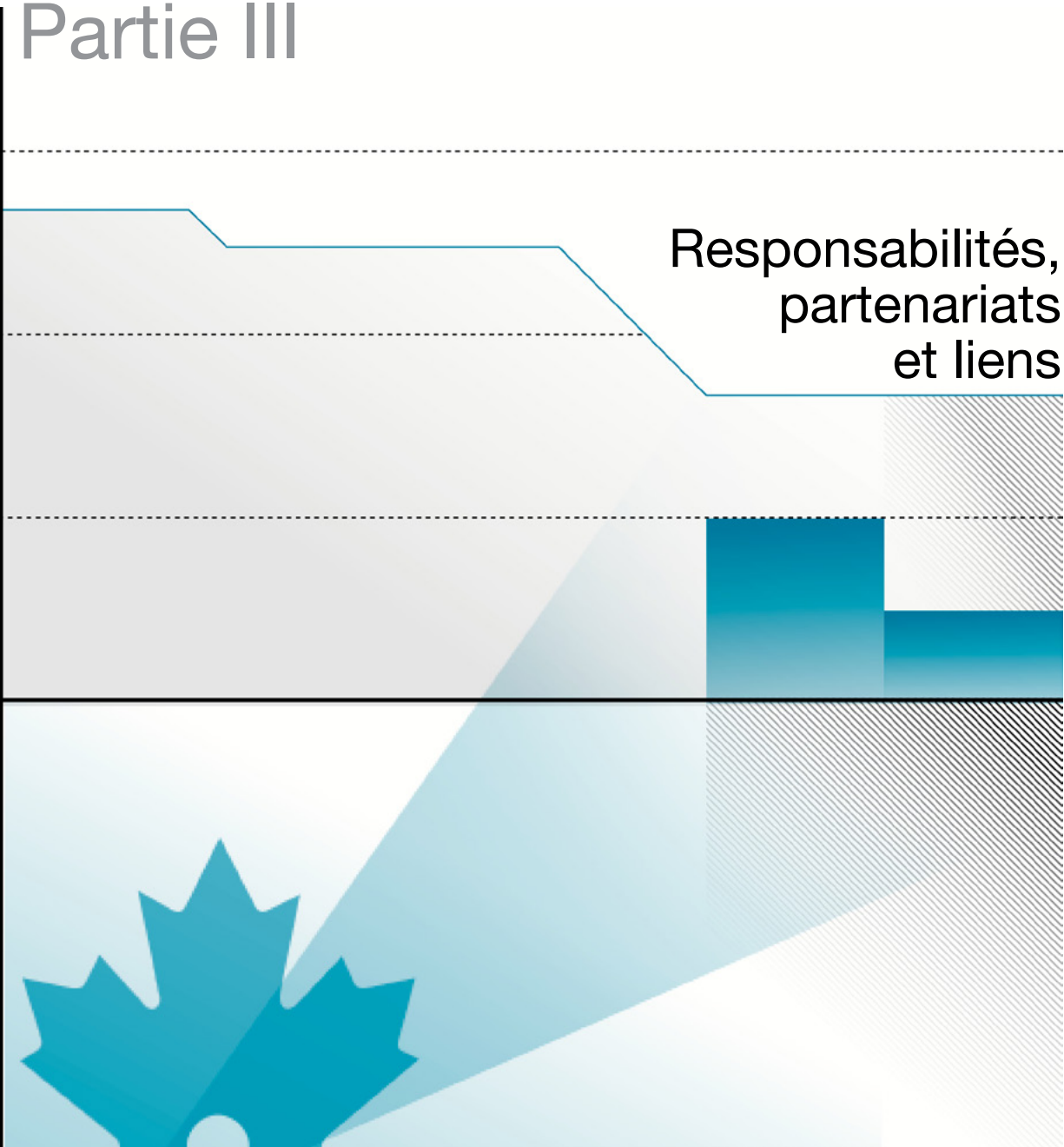
L'objectif de la recherche sur la tuberculose est de contribuer à améliorer la compréhension et la connaissance de l'infection tuberculeuse et de la tuberculose active à l'échelle mondiale.

Pratiques exemplaires

- 13.1 Les recherches sur la tuberculose sont encouragées activement et financées en conséquence par tous les paliers de gouvernement, de même que par d'autres sources potentielles de financement.
- 13.2 Un financement suffisant pour la formation, l'infrastructure et la réalisation de recherches sur la tuberculose est disponible, principalement par le biais de mécanismes d'examen par les pairs.
- 13.3 Les priorités en matière de recherche sur la tuberculose sont établies en collaboration par les principaux intervenants dans le domaine de la tuberculose en fonction des besoins après un examen des objectifs de la prévention et du contrôle de la tuberculose et des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles de performance (Annexe IV) et les priorités du « Mouvement pour la recherche » sur la tuberculose.

Partie III

Responsabilités,
partenariats
et liens



La prise en charge de la tuberculose relève de nombreuses sphères de responsabilité différentes. Au Canada, les administrations fédérale, provinciales, territoriales et municipales participent toutes à différents aspects de la prévention et du contrôle de la tuberculose. Des soins sont en outre dispensés par des hôpitaux, des cliniques et des dispensateurs à l'extérieur du système de santé publique traditionnel.

Gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral dans la prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada est large et diversifié. L'ASPC coordonne et/ou soutient plusieurs activités :

- Surveillance de la tuberculose active au Canada;
- Surveillance de la résistance aux antituberculeux au Canada;
- Application Web du Système de surveillance des maladies infectieuses de Service correctionnel Canada pour le dépistage de la tuberculose chez les employés de SCC;
- Rédaction et publication des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, en collaboration avec la Société canadienne de thoracologie et l'Association pulmonaire du Canada;
- Financement d'initiatives de collaboration fédérale/provinciale/territoriale, notamment le Réseau pancanadien de santé publique et son Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses;
- Collaboration internationale pour la continuité des soins dispensés aux personnes atteintes d'une tuberculose active et d'une ITL qui se déplacent d'un pays à l'autre;
- Aide pour la recherche des contacts à l'échelle de plusieurs provinces ou territoires et à l'échelle internationale;
- Mesures prises en vertu de la *Loi sur la mise en quarantaine* concernant les voyageurs internationaux à destination ou en provenance du Canada;
- Assistance technique et formation;
- Collaboration pour les recherches ciblées;
- Laboratoire national de microbiologie (voir la *Section 6*);
- Comité consultatif national de l'immunisation, qui publie des lignes directrices sur l'utilisation du vaccin BCG et fournira des lignes directrices futures à mesure que de nouveaux vaccins contre la tuberculose deviennent accessibles;
- Comité consultatif sur la médecine tropicale et la médecine des voyages, qui publie des déclarations sur la prévention et le contrôle de la tuberculose chez les voyageurs.

De concert avec les provinces et les communautés, Santé Canada s'assure que les services de prévention et de contrôle de la tuberculose sont dispensés ou sont accessibles aux Premières nations vivant dans les réserves. D'autres entités administratives au sein de Santé

Canada surveillent et réglementent les outils diagnostiques, les produits thérapeutiques et les matériels médicaux associés à la tuberculose.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments assume certaines responsabilités en ce qui a trait à la prévention et au contrôle de *M. tuberculosis* et de *M. bovis* chez les animaux.

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) est chargé du programme de dépistage médical aux fins de l'immigration, programme dont une composante importante est le dépistage de la tuberculose active.

Service correctionnel Canada (SCC) est responsable de la prévention et du contrôle de la tuberculose chez les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Le personnel de SCC reçoit des services dans le cadre du Programme de santé au travail et de sécurité du public de Santé Canada.

Administrations provinciales/territoriales/municipales

Les administrations provinciales/territoriales et, dans certains cas, municipales sont chargées d'assurer un leadership sur leur territoire pour lutter contre la tuberculose. Ce leadership s'exerce surtout par l'intermédiaire de programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose, qui englobent la santé publique et la prestation de services de santé dans les hôpitaux, les centres de santé communautaire et les autres établissements de soins primaires.

La tuberculose active est l'aboutissement final d'une série de facteurs biologiques, médicaux, économiques et sociaux interreliés. Les solutions définitives doivent donc toujours être multidisciplinaires. Selon la localisation et l'épidémiologie locale de la maladie, les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose peuvent ainsi avoir besoin de coordonner leurs activités et d'assurer la liaison avec d'autres secteurs gouvernementaux. Citons notamment les ministères ou services qui œuvrent dans les domaines suivants : services communautaires, services sociaux, logement, environnement, immigration/services d'établissement et établissements correctionnels. Ces activités de liaison et de coordination sont importantes si l'on veut agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Responsabilités :

- Établir des buts et objectifs en vue de mener à bien les programmes et d'obtenir les résultats escomptés; définir les rôles et responsabilités de tous les partenaires dans la prévention et le contrôle de la tuberculose;
- Rechercher régulièrement et systématiquement les cas, les prendre en charge, rechercher les contacts et enquêter sur les éclosions;
- Surveiller et analyser l'épidémiologie de la tuberculose sur leur territoire, notamment analyser régulièrement les données de surveillance et diffuser les résultats;
- Élaborer, financer, mettre en œuvre et évaluer tout un éventail de services pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose, notamment des services de promotion de la santé, de traitement et de soins ainsi que de formation, qui tiennent compte de la prévalence et des besoins changeants des populations à risque;

- Assurer un suivi médical adéquat des migrants récemment arrivés qui sont jugés à risque accru de tuberculose active;
- Offrir des services de formation et d'éducation à tous les employés du programme et exercer un leadership en matière d'éducation relative à la tuberculose pour guider les dirigeants communautaires, les dispensateurs de soins, les responsables des politiques, les organismes communautaires et la population;
- Fournir des conseils et des renseignements sur les aspects techniques des programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose;
- Établir des cadres législatifs et des politiques publiques.

Secteurs universitaire et de la santé

Les ordres professionnels et d'autres associations sont souvent bien placés pour faciliter la création de nouveaux partenariats et la coordination des partenariats existants. Ces partenariats entre les secteurs public, privé et universitaire sont nécessaires pour canaliser efficacement les ressources et l'attention vers des aspects cruciaux du contrôle de la tuberculose.

Pratiques exemplaires

- 14.1 Les associations et organisations universitaires et professionnelles favorisent l'acquisition d'une expérience dans la surveillance, la recherche, le diagnostic, l'étude de la sensibilité aux médicaments, la mise en œuvre de programmes et le traitement de la tuberculose à l'échelle provinciale/territoriale, nationale et internationale.
- 14.2 Les associations universitaires et professionnelles se servent de leurs réseaux pour sensibiliser les professionnels, les responsables des programmes et les gouvernements à l'importance du contrôle mondial de la tuberculose et pour faciliter la mobilisation des ressources et des capacités existantes en vue d'améliorer et de soutenir le contrôle de la tuberculose.

Partenariats et liens

Les activités de contrôle de la tuberculose ne sont pas l'apanage exclusif des dispensateurs de soins et des gouvernements. La tuberculose est une maladie qui comporte de nombreuses dimensions sociales, et les problèmes de pauvreté, de marginalisation, de logement, d'éducation et d'intégration sociale influent sur le développement de la maladie et l'achèvement du traitement.

En raison des aspects humains et sociaux de la tuberculose, il existe par ailleurs des synergies entre le présent document et un certain nombre d'efforts pour lutter contre d'autres maladies et facteurs de risque qui y sont associés. La meilleure façon de s'attaquer à tous ces facteurs est de faire appel à des partenariats intégrés. Dans le cadre des efforts pour atteindre des populations communes, on peut mettre en place des mécanismes pour maintenir les liens nécessaires, éviter les activités en double ou contradictoires et cerner et saisir les possibilités d'action mutuellement avantageuses.

Pratiques exemplaires

- 14.3 Toutes les organisations qui s'intéressent à la prévention et au contrôle de la tuberculose expliquent leurs rôles et responsabilités afin de clarifier les comptes qu'ils ont à rendre; cela aidera à définir l'efficacité avec laquelle des partenariats peuvent être créés pour atteindre des buts communs et des objectifs organisationnels individuels.
- 14.4 Chaque programme de prévention et de contrôle de la tuberculose coordonne ses activités à l'interne et à l'externe avec les intervenants, les groupes communautaires et les organisations pour s'assurer de la participation de partenaires compétents, en particulier ceux qui sont responsables de la santé de personnes faisant partie de populations ou vivant des situations à risque élevé (conformément à la Partie II ci-dessus), et faire en sorte que ces partenaires travaillent à l'amélioration des déterminants sociaux et autres déterminants qui contribuent au développement et à la transmission de l'infection tuberculeuse et de la tuberculose active.

Partie IV

Collaboration internationale



Les maladies infectieuses ne respectent pas les frontières internationales. À cause de l'interdépendance entre les pays et de la mobilité démographique accrue à l'échelle internationale, les maladies infectieuses se déplacent plus rapidement d'un pays à l'autre. La tuberculose ne fait pas exception. Tout comme dans le cas de la variole et de la poliomyélite, le contrôle de la tuberculose au Canada devrait s'étendre au-delà de nos frontières si l'on veut protéger de façon optimale les Canadiens. Investir de l'argent dans le contrôle de la tuberculose dans les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée non seulement sauverait des vies et préviendrait la propagation de la maladie, mais réduirait également le coût des soins de santé dans ces pays. En outre, des données indiquent que la réduction du coût des soins de santé dans les pays qui accueillent des migrants a des répercussions très importantes³⁰.

Bien des maladies et problèmes de santé existent ou persistent à cause du manque de ressources ou de la faiblesse des systèmes de santé. Au début du nouveau millénaire, en 2000, près de 200 États se sont entendus sur huit objectifs à atteindre d'ici 2015 en vue de régler les principaux problèmes de développement mondial³¹. Ces Objectifs du Millénaire pour le développement, comme ils sont appelés, sont basés sur des cibles temporelles et mesurables accompagnées d'indicateurs pour surveiller les progrès accomplis. L'amélioration du contrôle de la tuberculose est un des éléments de ce cadre mondial visant à renforcer les systèmes de santé. Tous reconnaissent que pour améliorer la santé mondiale de façon permanente, il faudra renforcer la capacité des systèmes de santé et accroître leur performance.

En 2008, UNITAID a approuvé un projet appelé EXPAND-TB, qui finance l'achat et l'utilisation de nouveaux outils diagnostiques contre la tuberculose dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur entre 2009 et 2013. Au nombre des partenaires du projet figurent l'Initiative mondiale pour les laboratoires de l'OMS, la Foundation for Innovative New Diagnostics et le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments du Partenariat Halte à la tuberculose. EXPAND-TB vise à combler les lacunes sur le plan diagnostique qui nuisent au contrôle de la tuberculose multirésistante en favorisant un accès plus rapide à de nouvelles techniques diagnostiques dans le cadre de services de laboratoire adéquats tout en effectuant le transfert nécessaire de la technologie et en veillant à ce que les nouveaux outils soient bien intégrés avec les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose. EXPAND-TB est maintenant mis en œuvre dans 27 pays.

Les *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT)*¹² décrivent le niveau de soins que, de l'avis général, tous les praticiens, tant publics que privés, devraient chercher à atteindre lorsqu'ils prennent en charge des patients atteints de tuberculose ou soupçonnés de l'être. La promotion de l'usage systématique des *Standards internationaux* est un bon complément au *Plan mondial Halte à la tuberculose*.

Le Canada est un des cosignataires du *Plan mondial*; sa participation au contrôle de la tuberculose à l'échelle internationale comporte de multiples facettes. En 2010, avec l'aide de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Partenariat Halte à la tuberculose a lancé le Fonds pour l'extension des services de lutte antituberculeuse. Le principal objectif de ce Fonds est de promouvoir la détection précoce et plus fréquente des cas de tuberculose infectieuse et leur traitement rapide tout en maintenant des taux élevés de guérison dans le cadre des programmes de DOTS. L'ASPC fournit une aide technique et collabore avec Halte à la tuberculose Canada, et participe aussi au groupe de travail sur la tuberculose du réseau de Surveillance circumpolaire internationale. CIC détecte des centaines de cas de tuberculose active chaque année par le biais de son programme de dépistage médical aux fins de l'immigration. Le traitement des immigrants avant leur arrivée

au Canada prévient la propagation subséquente de l'infection au Canada et consolide les efforts locaux du contrôle de la tuberculose dans le pays d'origine du migrant. Chaque clinicien, chaque chercheur et chaque personne qui s'intéressent au développement international apportent une contribution importante au contrôle mondial de la tuberculose.

L'objectif de la collaboration internationale est d'accroître la contribution canadienne aux activités mondiales de lutte antituberculeuse et d'aider ainsi à réduire le fardeau de la tuberculose active dans le monde.

Pratiques exemplaires

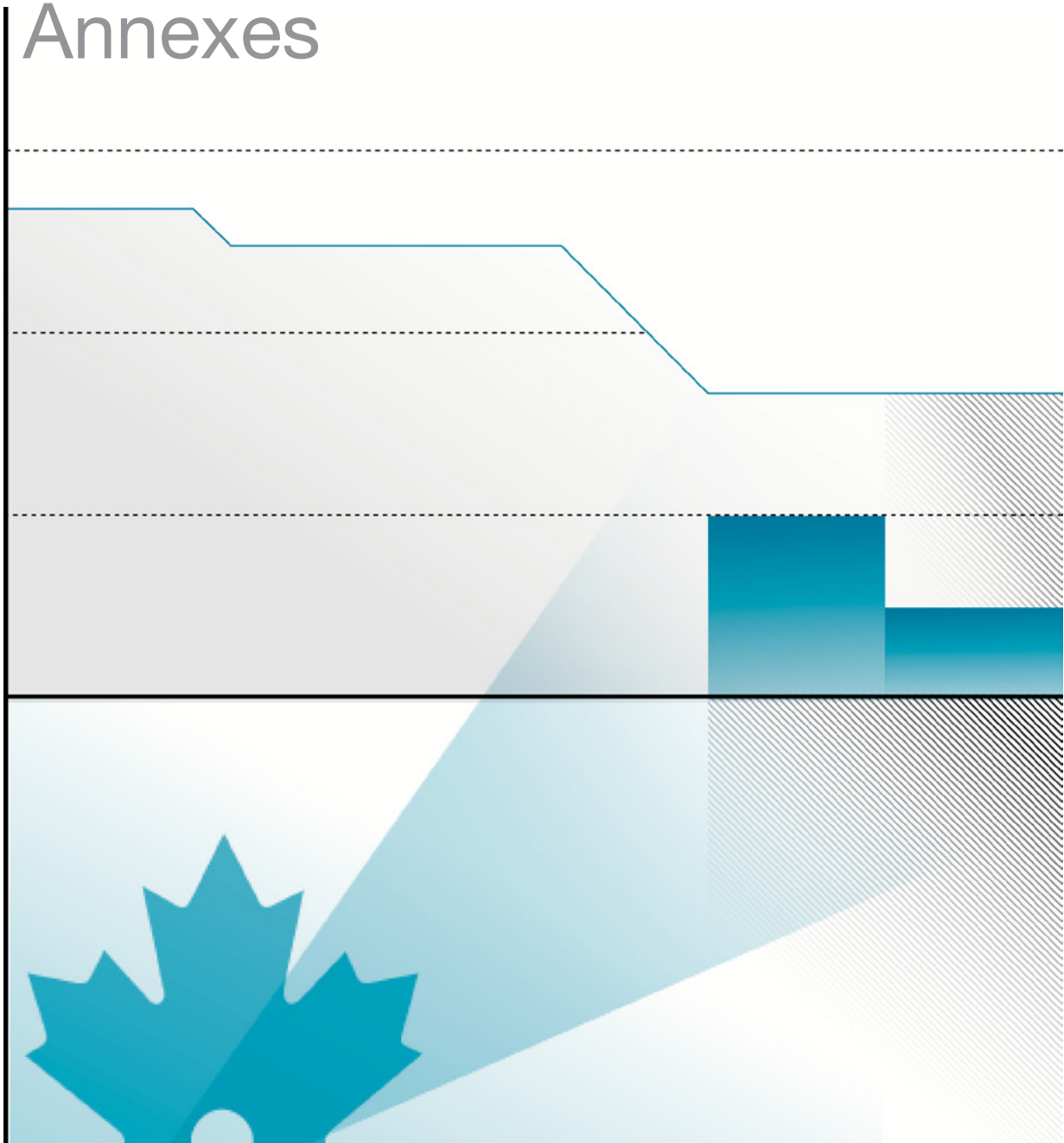
- 15.1 On reconnaît et appuie l'idée qu'il est essentiel de s'attaquer à l'épidémie mondiale de tuberculose si l'on veut réduire la proportion importante de cas au Canada qui surviennent chez des personnes nées à l'étranger.
- 15.2 Un grand nombre d'organisations et de particuliers à tous les niveaux au Canada continuent de contribuer à la lutte mondiale visant à éliminer la tuberculose, notamment en collaborant avec le Partenariat mondial Halte à la tuberculose de l'OMS.

Conclusion

Comme les taux de tuberculose sont disproportionnés dans certains sous-groupes de la population canadienne et que la résistance aux antituberculeux et la co-infection tuberculose-VIH sont devenues des problèmes mondiaux, le moment est venu de recentrer les efforts de la prévention et du contrôle de la tuberculose au Canada. Les objectifs et les pratiques exemplaires énumérés dans le présent document fournissent un cadre et un document pour orienter nos initiatives. La prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada sont une responsabilité que partagent les collectivités, les gouvernements et les organisations non gouvernementales, et une action intersectorielle concertée s'impose à tous les niveaux pour combattre cette maladie évitable et traitable. En plus de mettre en place des programmes et des interventions à l'intérieur du système officiel de santé, il est essentiel de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qui contribuent à la transmission continue de la tuberculose et amplifient les effets de cette dernière sur les personnes qui sont infectées.

Nous espérons que les intervenants examineront les pratiques exemplaires qui s'appliquent tout particulièrement à leur travail et élaboreront des plans d'action concrets pour les mettre en œuvre et améliorer leurs activités. Le renforcement des efforts de collaboration est également crucial si le Canada veut atteindre ses cibles de réduction et d'élimination de la tuberculose.

Annexes



Annexe I – Définition des termes et abréviations

ACDI – Agence canadienne de développement international

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

Autochtones – Descendants des premiers habitants d'Amérique du Nord. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois grands groupes d'Autochtones au Canada : les Premières Nations (les Indiens inscrits sont enregistrés auprès du gouvernement fédéral en tant qu'Indiens, aux termes de la *Loi sur les Indiens*; les Indiens non inscrits ne sont pas enregistrés), les Métis et les Inuits.

BAAR – Bacilles acido-alcool-résistants; micro-organismes qui se distinguent par leur rétention de colorants spécifiques même après avoir été rincés avec une solution acide. La majorité des bacilles acido-alcool-résistants dans les échantillons cliniques sont des mycobactéries, notamment des espèces n'appartenant pas au complexe *M. tuberculosis*.

Cas index – Premier cas ou cas initial à partir duquel débute la recherche des contacts.

Cas source – Personne à l'origine de l'infection du ou des cas secondaires ou des contacts. Le cas source correspond parfois mais pas toujours au cas index.

CIC – Citoyenneté et Immigration Canada

CTC – Comité canadien de lutte antituberculeuse

Communautés ayant conclu une entente de transfert – Communautés des Premières nations et communautés inuites auxquelles la responsabilité de la prestation des services de santé a été transférée par le gouvernement fédéral. Seules les communautés des Premières nations et les communautés inuites situées au sud du 60^e parallèle peuvent prendre part au transfert des services de santé gérés par la DGSPNI.

Contact – Personne identifiée comme ayant été en contact avec un cas de tuberculose **active**. Le degré de contact peut habituellement être précisé de la façon suivante : contact familial étroit, contact non familial étroit, contact occasionnel et contact communautaire. La proximité et la durée du contact sont généralement un indicateur du risque d'acquisition de l'infection.

Dépistage – Procédé visant à découvrir des problèmes de santé qui se prêtent à une intervention préventive ou curative précoce. Le tableau symptomatique qui y est associé peut ne pas être suffisamment marqué pour inciter les personnes à consulter de leur propre chef. Le problème recherché doit être assez répandu pour que l'exercice de dépistage soit rentable; il doit être assorti de critères diagnostiques établis, avoir une histoire naturelle connue et pouvoir être traité par une intervention précise.

DGSPNI – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de Santé Canada

DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course (traitement de brève durée sous surveillance directe); approche internationalement recommandée pour contrôler la tuberculose.

Éclosion – La définition de travail suivante du terme a été proposée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis aux fins de la planification des enquêtes et est utilisée avec succès par divers programmes canadiens de prévention et de contrôle de la tuberculose :

- Au cours (et par suite) d'une recherche des contacts, deux contacts ou plus sont identifiés comme étant atteints de tuberculose active, peu importe le degré de priorité (pour la recherche des contacts) qu'on leur a assigné; ou
- Deux cas ou plus survenus à 1 an ou moins d'intervalle les uns des autres sont liés, et le lien est établi en dehors d'une recherche des contacts (p. ex. deux patients qui ont reçu un diagnostic de tuberculose travaillent dans le même bureau, et seulement un ou aucun des deux figurait dans la liste de contacts de l'autre). Le lien entre les cas devrait être confirmé par le génotypage si l'on dispose d'isolats.

Inuit – Autochtone du Canada, qui vit principalement au Nunavut, dans la région des Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest, au Nunavik dans le nord du Québec et au Nunatsiavut au Labrador. Le terme signifie « peuple » en langue inuite, l'inuktitut.

IRSC – Instituts de recherche en santé du Canada

ITL – Infection tuberculeuse latente : présence d'une infection tuberculeuse latente ou quiescente par *Mycobacterium tuberculosis* sans signe clinique de tuberculose active. Chez le sujet immunocompétent, le risque à vie de progression de l'infection à la maladie active (**réactivation**) est habituellement de l'ordre de 10 %. Les sujets qu'on pense porteurs d'une ITL sont par définition non contagieux.

LNM – Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada

Métis – Personnes d'ascendance mixte, européenne et autochtone, qui s'identifient comme Métis, et non comme Autochtones, Inuits ou non-Autochtones.

OMD – Objectifs du Millénaire pour le développement : huit objectifs (dont 21 cibles quantifiables mesurées par 60 indicateurs) doivent être atteints d'ici 2015 pour contrer les principaux problèmes de développement mondiaux. Les OMD sont tirés des initiatives et des cibles énoncées dans la Déclaration du Millénaire qui a été adoptée par 189 États membres et signée par 147 chefs d'État et de gouvernement lors du Sommet du Millénaire de l'ONU en septembre 2000.

OMS – Organisation mondiale de la santé

Première nation – Terme dont l'usage s'est répandu dans les années 70 pour remplacer le mot « Indien », que certains trouvaient choquant. Même si le terme « Première nation » est utilisé de manière généralisée, il n'existe aucune définition juridique de ce terme. On emploie notamment l'expression « membres des Premières nations » pour désigner les Indiens habitant au Canada, qu'ils soient inscrits ou non. Certains Indiens ont aussi adopté le terme « Première nation » pour remplacer le mot « bande » dans le nom de leur communauté.

Prise en charge des cas – Terme qui englobe tous les aspects du diagnostic et de la mise en route du traitement d'un cas de tuberculose active, y compris l'achèvement d'un traitement adéquat.

RLSPC – Réseau des laboratoires de santé publique du Canada

RTCLT – Réseau technique canadien des laboratoires de tuberculose

SCDCT – Système canadien de déclaration des cas de tuberculose

SCI – Surveillance circumpolaire internationale

SCSLT – Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose

Sida – Syndrome d’immunodéficience humaine

SITT – Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose

Succès thérapeutique (tuberculose active) – Guérison (culture négative à la fin du traitement) ou achèvement du traitement (traitement terminé sans qu’une culture ne soit effectuée à la fin du traitement).

Surveillance – Processus continu a) de collecte systématique de données pertinentes; b) de compilation et d’évaluation rigoureuses de ces données et c) de diffusion rapide des résultats à ceux qui ont besoin de cette information, en particulier ceux qui sont en mesure d’intervenir.

TB – Tuberculose

TB-MR – Tuberculose multirésistante : Tuberculose qui est résistante à tout le moins aux deux meilleurs antituberculeux majeurs, l’isoniazide et la rifampicine, mais qui ne répond pas à la définition d’une tuberculose ultrarésistante.

TB-UR – Tuberculose ultrarésistante : Tuberculose causée par des bacilles qui sont résistants à tout le moins aux deux meilleurs antituberculeux majeurs, l’isoniazide et la rifampicine, en plus d’être résistants à toutes les fluoroquinolones et à au moins un des trois antituberculeux mineurs injectables (amikacine, capréomycine et kanamycine).

TCT – Test cutané à la tuberculine : test permettant de déterminer si une personne est atteinte ou a souffert d’une infection tuberculeuse, qui est basé sur une réaction à des antigènes tuberculiques.

TLIG – Test de libération d’interféron-gamma : tests *in vitro* basés sur les lymphocytes T qui mesurent la production d’interféron-gamma (IFN- γ) et qui ont été mis au point pour le diagnostic de l’infection tuberculeuse latente (ITL). Ces tests reposent sur le principe que les lymphocytes T déjà sensibilisés aux antigènes de la tuberculose produisent de fortes concentrations d’IFN – γ lorsqu’ils sont réexposés aux mêmes antigènes mycobactériens. Deux types différents de TLIG sont actuellement homologués au Canada et peuvent constituer des solutions de rechange au test cutané à la tuberculine (TCT). Il s’agit du test QuantiFERON®-TB Gold In-Tube (Cellestis Limited, Carnegie, Victoria, Australie) et du T-SPOT.TB® (Oxford Immunotec, Oxford, R.U.).

TOD – Thérapie sous observation directe ou traitement sous observation directe : processus suivant lequel l’ingestion de chaque dose de médicament prescrit pour le traitement d’une tuberculose active est observée directement par un travailleur de la santé ou un observateur indépendant, ce qui contribue à obtenir des taux plus élevés d’achèvement du traitement.

Traitement de courte durée – Régimes de traitement de la tuberculose faisant appel à différentes combinaisons d’antituberculeux, ce qui permet de mener à bien le traitement en 6 mois au lieu des 9 mois habituels.

Tuberculose active – Terme désignant la présence d’une maladie active en cours, le plus souvent sur la foi d’un résultat bactériologique positif, mais dans environ 15 à 25 % des cas, le diagnostic repose sur des signes cliniques et/ou radiologiques et/ou sur des signes anatomopathologiques de même que sur la réponse au traitement.

UNITAID – Mécanisme international d’achat de tests diagnostiques et de médicaments pour le diagnostic et le traitement de l’infection à VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose.

VIH – Virus de l’immunodéficience humaine

Annexe II – Épidémiologie de la tuberculose au Canada

Vue d'ensemble

Les taux signalés d'incidence de la tuberculose active ont chuté radicalement au Canada et dans la plupart des autres pays industrialisés depuis le début du XX^e siècle. Les taux déclarés de morbidité et de mortalité associés à la tuberculose ont décliné rapidement après le milieu des années 1940, surtout à cause de l'amélioration des conditions générales de vie et des mesures de santé publique visant à mettre fin à la transmission de la tuberculose, et plus tard à cause de la mise au point de traitements médicamenteux efficaces.

Le Canada affiche actuellement un des plus bas taux signalés d'incidence de la tuberculose dans le monde, principalement parce que c'est un pays industrialisé jouissant de bonnes conditions de vie en général, doté d'une infrastructure bien établie en santé publique et de services de santé accessibles. Les personnes qui immigreront au Canada peuvent cependant provenir de régions du monde où le fardeau de la tuberculose est important, et de nombreuses communautés des Premières nations et communautés inuites ont toujours besoin de meilleures conditions sociales et de logement. Ces facteurs combinés aident à expliquer les problèmes persistants que pose la tuberculose au Canada.

Pour connaître les dernières données sur l'épidémiologie de la tuberculose au Canada, prière de consulter le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/surv-fra.php>

Au cours des deux dernières décennies, le taux signalé d'incidence et le nombre de cas de tuberculose ont progressivement diminué. En 2009, le nombre provisoire de nouveaux cas actifs de tuberculose et de cas de retraitement s'élevait à 4,7 pour 100 000 habitants au Canada, soit un total de 1 599 nouveaux cas actifs et cas de retraitement.

Le nombre de nouveaux cas actifs n'est qu'une mesure de la situation à l'égard de la tuberculose. La prévalence de l'infection tuberculeuse latente est beaucoup plus élevée, et c'est dans ce groupe que les cas futurs de tuberculose réactivés émergeront (tableau 1).

Tableau 1.

Estimations relatives à l'infection tuberculeuse latente dans diverses populations et communautés au Canada	
Population	Prévalence prévue d'une réaction ≥ 10 mm
Enfants non autochtones nés au Canada	< 3 %
Adultes non autochtones nés au Canada qui n'ont pas reçu le BCG	< 10 %
Adultes non autochtones nés au Canada qui ont reçu le BCG	20 % à 25 %
Enfants canadiens d'origine autochtone	≤ 5 %; une étude sur des élèves cris au Québec a signalé un taux de 15 %
Adultes canadiens d'origine autochtone	20 % à 30 %
Enfants nés à l'étranger qui sont issus de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée	15 % à 25 %
Adultes nés à l'étranger qui ont vécu pendant 20 ans ou plus dans des pays où l'incidence de la tuberculose est élevée	40 % à 50 %; une étude sur les réfugiés tibétains a fait état d'un taux de > 90 %
Travailleurs de la santé	20 % à 40 %
Résidents ≥ 65 ans dans les établissements de soins de longue durée	20 % à 30 %
Résidents des refuges pour sans-abri	40 %
Détenus dans les établissements correctionnels	20 %
Personnes qui s'injectent des drogues	20 %

(Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6^e éd.)

Origine et âge

Pendant que les taux nationaux d'incidence diminuaient, l'épidémiologie de la tuberculose au Canada a évolué au cours des cinq dernières décennies, principalement la proportion des cas signalés selon leur origine. Alors que le nombre de cas de personnes nées à l'étranger s'est relativement stabilisé, la **proportion** de personnes nées à l'étranger qui sont atteintes de la tuberculose au Canada a beaucoup augmenté. Entre 1970 et 2009, la proportion de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger est passée de 18 % à 63 % de tous les cas déclarés au pays.

Entre 1999 et 2009, on comptait 12 046 cas nés à l'étranger au Canada. De ce nombre, 87 % étaient issus de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée (définis comme des pays où le taux moyen d'incidence de la tuberculose estimé par l'OMS au cours d'une période de trois ans est de 15 cas ou plus de tuberculose pulmonaire à frottis positif pour 100 000 habitants). Les nouveaux arrivants qui sont atteints d'une infection tuberculeuse latente courent un plus grand risque de souffrir d'une tuberculose active au cours des 5 premières années suivant leur arrivée^{32,33,34}. Parmi les cas de tuberculose au Canada nés à l'étranger qui ont été signalés en 2009, 9 % ont été diagnostiqués et ont développé la maladie dans l'année qui a suivi leur arrivée, 27 % après 2 ans et 40 % après 5 ans. Le risque de tuberculose active persiste pendant de nombreuses années après l'arrivée, diminuant à un rythme d'environ 10 % par année.

D'autres pays fortement industrialisés qui disposent de vastes programmes d'immigration ont connu des expériences similaires concernant les cas de tuberculose nés à l'étranger. Au cours des 20 à 30 dernières années, la proportion de tuberculose active chez les personnes nées à l'étranger a augmenté en Australie³⁵, en Nouvelle-Zélande³⁶, au Royaume-Uni^{37,38}, aux États-Unis³³ et en Europe de l'Ouest³⁹ (tableau 2). En général, les cas de tuberculose nés à l'étranger sont le plus souvent signalés dans le groupe des 25 à 34 ans.

Tableau 2.

Proportion de nouveaux cas déclarés de tuberculose dans des populations nées à l'étranger dans certains pays, 2007–2009

Pays	Année	Nombre de cas déclarés	Taux pour 100 000	% nés à l'étranger
Australie ⁴⁰	2007	1 135	5,4	86
Canada	2009	1 599	4,7	63
Nouvelle-Zélande ⁴¹	2009	300	7,0	73
R.-U.	2009	9 040	14,1	72
É.-U. ⁴²	2009	11 545	4,2	59

Chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, la proportion générale de cas de tuberculose active par rapport à l'ensemble des cas dans la population canadienne continue d'être importante, bien que le taux signalé d'incidence de la tuberculose ait décliné. Selon le recensement de 2006⁴³, les Autochtones nés au Canada représentaient 4 % de l'ensemble de la population. En 2009, 21 % de tous les cas de tuberculose active au Canada appartenaient à ce groupe.

Bien que le taux déclaré d'incidence de la tuberculose chez les Premières nations, les Inuits et les Métis soit beaucoup plus élevé en général que chez les non-Autochtones nés au Canada, les taux varient grandement d'une province et d'un territoire à l'autre. En 2009, le taux provincial/territorial d'incidence de tuberculose active chez les membres des Premières nations inscrits variait entre 0 et 61/100 000. Chez les Inuits, le taux national d'incidence signalé de tuberculose était extrêmement élevé, soit 155,8/100 000 en 2009.

Proportionnellement, la tuberculose est plus fréquente chez les membres très jeunes des Premières nations et des populations inuites que chez les non-Autochtones nés au Canada, ce qui montre que l'infection continue de se transmettre.

Les cas de tuberculose active chez les non-Autochtones nés au Canada ne cessent de décroître. Le nombre de nouveaux cas dans cette population est très faible. En 2009, le taux déclaré d'incidence était de 1,0 pour 100 000 (tableau 3, figure 1). Dans cette population, une grande proportion de cas signalés sont des personnes âgées.

Tableau 3.

Cas déclarés de tuberculose active au Canada selon l'origine, 2005–2009

Lieu de naissance							
Premières nations*		2005	2006	2007	2008	2009	Moyenne sur 5 ans
Dans une réserve	Cas	133	135	130	118	124	27,9
	Population	438 079	449 195	460 304	471 419	482 555	
	Taux	30,4	30,1	28,2	25,0	25,7	
Hors réserve	Cas	78	88	83	97	86	25,2
	Population	340 253	342 936	345 447	347 804	350 016	
	Taux	22,9	25,7	24,0	27,9	25,6	
Inconnu		2	0	13	6	13	
Inuits		2005	2006	2007	2008	2009	
Cas		63	61	46	89	89	127,6
Population		52 187	53 389	54 615	55 860	57 124	
Taux		120,7	114,3	84,2	159,3	155,8	
Métis		2005	2006	2007	2008	2009	
Cas		35	29	32	27	25	8,9
Population		324 343	328 955	333 569	338 178	342 791	
Taux		10,8	8,8	9,6	8,0	7,3	
Nés à l'étranger		2005	2006	2007	2008	2009	
Cas		1057	1076	1067	1068	1003	14,7
Population		6 857 745	6 935 003	7 127 778	7 350 012	7 565 386	
Taux		15,4	15,5	15,0	14,5	13,3	

Cas déclarés de tuberculose active au Canada selon l'origine, 2005–2009 (suite...)

Lieu de naissance

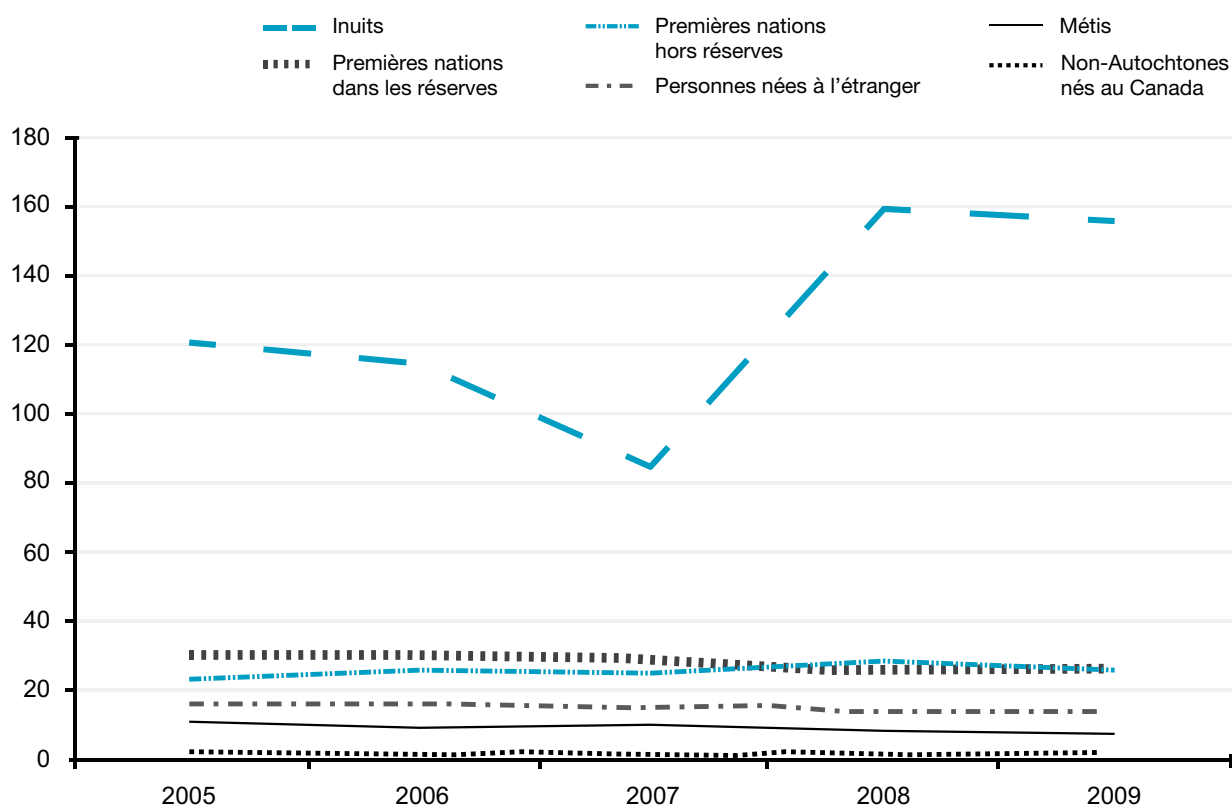
Non-Autochtones nés au Canada†	2005	2006	2007	2008	2009	Moyenne sur 5 ans
Cas	218	201	171	221	237	0,9
Population	24 240 326	24 473 438	24 615 830	24 767 997	24 943 877	
Taux	0,9	0,8	0,7	0,9	1,0	
	2005	2006	2007	2008	2009	
Lieu de naissance inconnu	49	57	30	9	17	
Indiens non inscrits	6	7	4	9	5	
Total au Canada	2005	2006	2007	2008	2009	
Cas	1641	1654	1576	1644	1656	4,9
Population	32 245 209	32 576 074	32 931 956	33 327 337	33 739 859	
Taux	5,1	5,1	4,8	4,9	4,9	
Ratios	2005	2006	2007	2008	2009	
Premières nations dans les réserves/ non-Autochtones nés au Canada	33,8	37,6	40,3	27,8	25,7	33,0
Premières nations hors réserves/ non-Autochtones nés au Canada	25,4	32,1	34,3	31,0	25,6	29,7
Inuits/ non-Autochtones nés au Canada	134,1	142,9	120,3	177,0	155,8	146,0
Métis/ non-Autochtones nés au Canada	12,0	11,0	13,7	8,9	7,3	10,6

* Source pour la population des Premières nations : *La démographie des Indiens inscrits – Projections de la population, des ménages et des familles, 2004–2009*, Affaires indiennes et du Nord Canada, 2007.

† Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, 2009, estimations intercensitaires préliminaires.

Figure 1.

Taux déclarés de tuberculose active au Canada selon l'origine :
2005–2009



Le vieillissement est associé à une augmentation du risque de progression de l'infection tuberculeuse latente vers la tuberculose active. À mesure que la population canadienne vieillit, la surveillance de la tuberculose chez les personnes âgées, en particulier celles qui sont nées dans les régions du monde où l'incidence de la tuberculose est élevée, revêtira une importance de plus en plus grande. En 2009, par exemple, le taux signalé d'incidence de la tuberculose chez les personnes de plus de 75 ans s'établissait à près du double du taux d'incidence national (8,5 c. 4,7/100 000).

Répartition géographique

Par suite de l'urbanisation des pays développés, la tuberculose au Canada est devenue une maladie de plus en plus urbaine. En 2008, 51 % de la population canadienne résidait dans des régions métropolitaines de recensement de 500 000 personnes ou plus⁴⁴. En 2009, 77 % de tous les cas de tuberculose au Canada habitaient ces régions. Les trois provinces les plus peuplées (Colombie-Britannique, Ontario et Québec), qui forment ensemble 75 % de la population canadienne, ont signalé 66 % de tous les cas en 2009⁴⁵.

Localisation de la maladie

La tuberculose se développe le plus souvent dans les poumons, donnant naissance à la tuberculose pulmonaire. Globalement, la tuberculose de l'appareil respiratoire (qui inclut la primo-infection tuberculeuse, la tuberculose pulmonaire et d'autres formes de tuberculose respiratoire) a été à l'origine de 78 % des cas signalés en 2009. La tuberculose peut cependant siéger dans des organes à l'extérieur du poumon, la tuberculose des ganglions lymphatiques périphériques est la deuxième localisation la plus fréquente (12 %).

Enquête en laboratoire

La majorité des cas au Canada sont diagnostiqués lors d'analyses en laboratoire : 1 296 des 1 599 cas déclarés en 2009 (77 %) ont été confirmés en laboratoire. Sur les 1 086 cas de tuberculose pulmonaire déclarés en 2009, 47 % (506 cas) étaient positifs au frottis, ce qui indique une tuberculose pulmonaire infectieuse probable. Au cours de la dernière décennie, la proportion de cas de tuberculose déclarés comme étant une tuberculose pulmonaire à frottis positif s'est élevée en moyenne à environ 27 % de tous les cas signalés et à 42 % des cas de tuberculose pulmonaire signalés.

Pharmacorésistance

Bien que des taux élevés de tuberculose résistante aux médicaments aient été recensés dans d'autres pays, la pharmacorésistance au Canada est demeurée faible. Chaque année, les résultats des épreuves de sensibilité aux médicaments pour toutes les cultures positives pour la tuberculose sont communiqués à l'ASPC. En 2009, 125 (9,5 %) des 1 321 isolats étaient résistants à un ou plusieurs médicaments. Sur ces 1 321 cas, 112 (8,5 %) présentaient une résistance à l'isoniazide (monorésistance, multirésistance et autres profils de résistance inclus). En tout, 96 isolats étaient monorésistants, soit 7,3 % de tous les isolats testés et 77 % de tous les isolats résistants. La majorité des isolats qui étaient monorésistants (88 %) étaient résistants à l'isoniazide, soit 6,3 % de tous les isolats testés.

En 2009, une multirésistance a été détectée dans 1,4 % des isolats. Cinq isolats de tuberculose ultrarésistante ont été découverts entre 1997 et 2009, et dans trois cas, la maladie avait probablement été contractée à l'extérieur du Canada. Depuis que la surveillance nationale systématique de la pharmacorésistance a débuté en 1998, on n'a observé aucune augmentation importante du taux déclaré de résistance aux médicaments. Les cas nés à l'étranger sont cependant trois fois plus nombreux à être pharmacorésistants que les cas non autochtones nés au Canada et sont six fois plus nombreux à développer une tuberculose multirésistante.

Co-infection tuberculose-VIH

L'infection à VIH/sida constitue un important facteur de risque de tuberculose. On estime qu'à l'échelle internationale, 1,37 million de personnes sont co-infectées par le bacille tuberculeux et le VIH. La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes infectées par le VIH.

Le pourcentage de cas déclarés de tuberculose au Canada dont le statut à l'égard du VIH est connu est passé entre 1997 et 2009 de 6 % à 39 %. En 2009, la prévalence de l'infection à VIH chez les cas de tuberculose qui avaient subi un test de détection du VIH s'élevait à 10 %.

Les données sur les tests étaient probablement biaisées, du fait que les personnes ayant des facteurs de risque connus d'infection à VIH sont plus nombreuses à subir des tests. Dans l'éventualité peu probable où ces cas soient les seuls à être co-infectés, le taux global de co-infection serait de 4 %. Les pourcentages correspondants pour les cas nés à l'étranger étaient de 10 % et de 4 %. Les cas co-infectés par le VIH étaient plus nombreux que les cas non co-infectés à être des non-Autochtones nés au Canada, à être des hommes, à être plus jeunes, à avoir comme principale localisation une tuberculose du système nerveux central et à mourir. Les cas nés à l'étranger représentaient 55 % (364) des 662 cas déclarés entre 1997 et 2009 dont on connaissait le statut à l'égard du VIH. Dans 331 de ces 364 cas, le pays d'origine était également indiqué et 40 % étaient nés dans des pays d'Afrique où la prévalence de l'infection à VIH est élevée.

Résultats du traitement

En 2008, un rapport des résultats du traitement a été soumis pour 1 565 des 1 643 cas diagnostiqués. Dans les cas où on connaissait le résultat du traitement, la majorité d'entre eux étaient classés comme guéris ou ayant terminé leur traitement (1 310 cas, 84 %). De plus, 9 % (141 cas) sont morts avant d'avoir amorcé ou terminé leur traitement. Entre 1997 et 2008, le taux moyen de guérison/d'achèvement du traitement au Canada s'établissait à 83 %.

Annexe III – Textes de loi s’appliquant à la prévention et au contrôle de la tuberculose

Gouvernement fédéral

Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés, L.C. 2001, ch. 27
<http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/I/I-2.5.pdf>

Loi sur les Indiens, L. R.C. 1985, ch. I-5
<http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/I/I-5.pdf>

Loi sur l’Agence de la santé publique du Canada, L.C. 2006, ch. 5
<http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/P/P-29.5.pdf>

Loi sur la mise en quarantaine, L.C. 2005, ch. 20. T 1.1
<http://laws.justice.gc.ca/PDF/Statute/Q/Q-1.1.pdf>

Provinces et territoires

Alberta

Public Health Act (Alberta), R.S.A. 2007, C P-37
http://www.qp.alberta.ca/574.cfm?page=P37.cfm&leg_type=Acts&isbncln=9780779739561

Communicable Diseases Regulation, Alta. Reg. 238/1985
<http://www.canlii.org/en/ab/laws/regu/alta-reg-238-1985/latest/alta-reg-238-1985.html>

Colombie-Britannique

Public Health Act, S.B.C. 2008, ch. 28
<http://www.canlii.org/en/bc/laws/stat/sbc-2008-c-28/latest/sbc-2008-c-28.html>

Manitoba

Loi sur la santé publique, C.P.L.M. c. P210
<http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/p210f.php>

Règlement sur les maladies et les dépouilles mortelles, 333/88 R
<http://www.ijcan.org/en/mb/laws/regu/man-reg-26-2009/latest/man-reg-26-2009.pdf>

Nouveau-Brunswick

Loi sur la santé publique, L.N.-B. 1998, ch. P-22.4
<http://www.gnb.ca/0062/acts/acts/p-22-4.htm>

Terre-Neuve-et-Labrador

Communicable Diseases Act, R.S.N.L. 1990, ch. C-26
<http://www.assembly.nl.ca/legislation/sr/statutes/c26.htm>

Health and Community Services Act, S.N.L. 1995, ch. P-37.1
<http://www.canlii.org/en/nl/laws/stat/snl-1995-c-p-37.1/latest/snl-1995-c-p-37.1.html>

Territoires du Nord-Ouest

Public Health Act, S.N.W.T. 2007, c. 17

<http://www.canlii.org/webdiff/diff.do?path=%2Fen%2Fnt%2Fflaws%2Fstat%2Fsnwt-2007c17%2Flatest%2Fsnwt-2007c17.html&path=%2Fen%2Fnt%2Fflaws%2Fstat%2Fsnwt-2007c17%2F77111%2Fsnwt-2007c17.html>

Disease Surveillance Regulations, N.W.T. Reg. 96-2009

<http://canlii.org/en/nt/laws/regu/nwt-reg-96-2009/latest/nwt-reg-96-2009.html>

Nouvelle-Écosse

Health Protection Act, 2004, c.4, s.1

<http://nslegislature.ca/legc/statutes/healthpr.htm>

Nunavut

Public Health Act, R.S.N.W.T. (Nu.) 1988, c. P-12

<http://www.justice.gov.nu.ca/apps/authoring/dspPage.aspx?page=STATUTES+AND+REGULATIONS+PAGE>

Ontario

Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, ch. H.7

<http://www.e-laws.gov.on.ca/index.html>

Île-du-Prince-Édouard

Public Health Act, R.S.P.E.I. 1988, ch. P-30

<http://www.gov.pe.ca/law/statutes/pdf/p-30.pdf>

Notifiable and Communicable Diseases Regulations

<http://www.canlii.org/en/pe/laws/regu/pei-reg-ec330-85/latest/pei-reg-ec330-85.pdf>

Québec

Loi sur la santé publique, L.R.Q., ch. S-2.2

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Saskatchewan

The Public Health Act, 1994, c.P-37.1

<http://www.qp.gov.sk.ca/documents/English/Statutes/Statutes/P37-1.pdf>

Yukon

Public Health and Safety Act, R.S.Y. 2002, c.176

<http://www.gov.yk.ca/legislation/acts/puhesa.pdf>

Communicable Diseases Regulations, C.O. 1961/048

<http://www.canlii.ca/en/yk/laws/regu/yco-1961-48/latest/yco-1961-48.pdf>

Annexe IV – Objectifs et cibles de performance potentiels pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose

La liste des objectifs et cibles de performance des programmes est basée sur un examen des objectifs et cibles existants à l'échelle provinciale/territoriale/locale, sur les *National TB Program Objectives and Performance Targets for 2015* des Centers for Disease Control and Prevention (des États-Unis) (voir : <http://www.cdc.gov/tb/programs/evaluation/indicators/default.htm>) et sur les normes et lignes directrices suivantes :

- *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, 2007 [document consulté le 22 nov. 2010]. Affiché à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-fra.php>
- Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique, *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose* (SITT), La Haye, Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique, 2006 [consulté le 22 nov. 2010]. Affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf (anglais seulement).
- Agence de la santé publique du Canada, *Guide de prévention des infections : Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999* [consulté le 22 nov. 2010]. Affiché à l'adresse : <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124112837/>
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s4f.pdf>.

Objectif du programme		Cible de performance/ délai d'exécution ou de rapport pour les méthodes de laboratoire
Diagnostic microbiologique de la tuberculose active	Prélèvement de l'échantillon et arrivée au laboratoire	24 heures
	Microscopie des frottis pour les BAAR	24 heures suivant la réception de l'échantillon
	Amplification des acides nucléiques pour la détection du complexe <i>M. tuberculosis</i>	24 heures suivant le résultat du frottis
	Diagnostic bactériologique – culture	Jusqu'à 6 semaines après la réception de l'échantillon pour les cultures en bouillon et 8 semaines pour les cultures en milieux solides
	Identification de l'espèce de mycobactéries	21 jours suivant la réception de l'échantillon
	Épreuve de sensibilité primaire	7 à 14 jours suivant une culture positive
	Rapport de tous les résultats de test (voie électronique)	24 heures suivant la fin du test
	Rapport de tous les résultats de test (copie papier par télécopieur ou par porteur)	48 heures suivant la fin du test
Sérologie du VIH	Statut à l'égard du VIH connu et indiqué sur le Formulaire de déclaration des cas de tuberculose active de l'ASPC	> 90 % des cas d'ici 2015

(suite...)

Objectif du programme		Cible de performance/ délai d'exécution ou de rapport pour les méthodes de laboratoire
Traitement de la tuberculose active	Début du traitement antituberculeux dans les 48 heures suivant le diagnostic	≥ 95 % des cas
	Administration de la thérapie sous observation directe standard ou améliorée	≥ 90 % des cas
	Début du traitement par 4 antituberculeux ou plus jusqu'à l'obtention des résultats de l'épreuve de sensibilité aux médicaments, à moins qu'on ne dispose de données locales récentes sur la sensibilité aux médicaments montrant que la résistance ne constitue pas un risque	≥ 90 % des cas
	Négativisation de la culture d'expectorations dans les cas de tuberculose respiratoire positifs à la culture et sensibles aux médicaments	≥ 80 % ont 3 cultures d'expectorations négatives consécutives dans les 60 jours suivant le début du traitement
	Succès thérapeutique (guérison ou achèvement du traitement) dans les 12 mois suivant le début du traitement chez les patients qui ne sont pas décédés ou qui n'ont pas été transférés durant le traitement	≥ 90 % des cas
	Taux de retraitement dans les 2 ans suivant la fin du traitement antérieur au Canada	≤ 3 %
	Taux de pharmacorésistance acquise	0 %

(suite...)

Objectif du programme		Cible de performance/ délai d'exécution ou de rapport pour les méthodes de laboratoire
Suivi des contacts	Liste initiale des contacts de chaque cas de tuberculose infectieuse dressée dans les 7 jours civils	100 %
	Évaluation des contacts étroits terminée et traitement de l'ITL amorcé, si indiqué et si non contre-indiqué ou refusé, dans les 28 jours civils	100 %
	Proportion de contacts ayant reçu un diagnostic d'ITL qui entament leur traitement	≥ 80 %
	Proportion de contacts ayant entamé un traitement pour une ITL qui terminent leur traitement	≥ 80 %
	Proportion de contacts ayant terminé le traitement qui présentent une tuberculose active dans les 2 ans suivant la fin du traitement	< 0,5 %
	Proportion de contacts atteints d'une ITL à haut risque de progresser vers une tuberculose active, mais ne pouvant pas ou ne voulant pas être traités pour une ITL qui subissent une radiographie pulmonaire et un frottis d'expectorations en plus d'une culture à 6, 12 et 24 mois	≥ 90 %
Dépistage ciblé de la tuberculose active et de l'ITL	Sujets séropositifs pour le VIH	100 %
	Insuffisance rénale terminale	100 %
	Immunodépression liée à une transplantation	100 %
	Utilisation d'un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha	100 %
	Usage prolongé (≥ 1 mois) de corticostéroïdes (prednisone ≥ 15 mg/jour ou l'équivalent)	≥ 75 %
Surveillance médicale aux fins de l'immigration	Proportion de personnes adressées pour une surveillance médicale aux fins de l'immigration qui (1) se présentent au premier rendez-vous à la clinique/avec le médecin ou qui ont été évaluées par des services de santé publique et (2) dont les résultats ont été communiqués par les autorités provinciales/territoriales compétentes à Citoyenneté et Immigration Canada	≥ 90 %

Annexe V – Documents et ressources connexes

Santé Canada, *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves*

http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/diseases-maladies/_tuberculos/tuberculos-strateg/fact-fiche-fra.php

Formulaires de déclaration des cas de tuberculose de l'Agence de la santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/reports-fra.php>

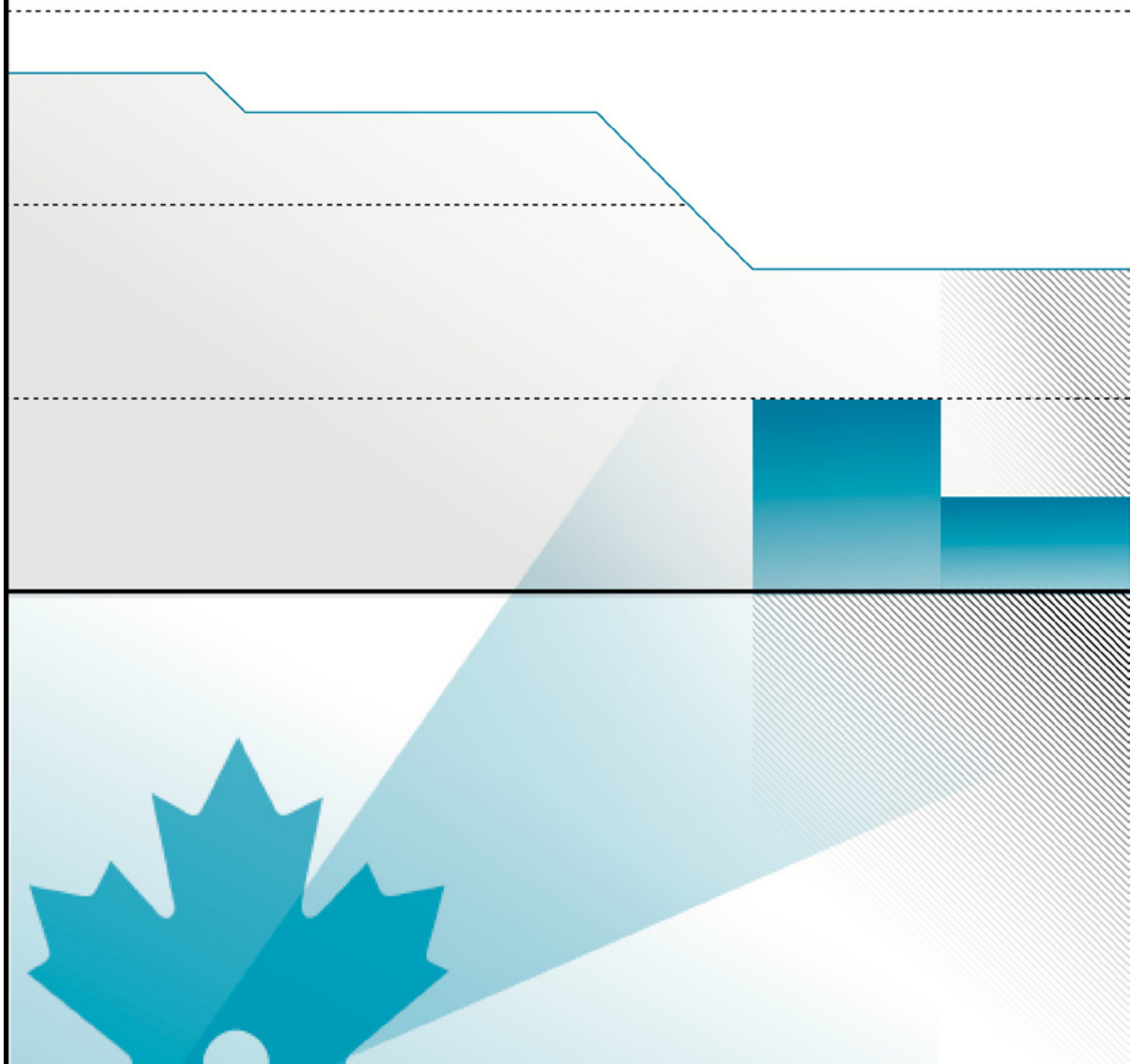
Déclarations de comités consultatifs :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs-fra.php#lignesdirectrices>

Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse :

<http://www.lignesdirectricesrespiratoires.ca/home>

Références



1. Organisation mondiale de la santé. *Tuberculosis control programme*. World Health Assembly Resolution WHA 44.8. 1991. [consulté le 27 sept. 2011] Affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/tbresolution_wha44_8_1991.pdf
2. Organisation mondiale de la santé. *WHO declares tuberculosis a global emergency*. *Soz Präventivmed* 1993; 38:251-252.
3. Organisation mondiale de la santé. *Stop TB Partnership and World Health Organization. Global Plan to Stop TB 2006–2015*. Genève, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35) [consulté le 27 sept. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanFinal.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. *Stop TB Partnership and World Health Organization. Global Plan to Stop TB 2011–2015*. Genève, [consulté le 27 sept. 2011]. Affiché à l'adresse : http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, 2011 (WHO/HTM/TB/2011.16) [consulté le 14 oct. 2011] Affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/
6. Organisation mondiale de la santé, *2010/2011 Tuberculosis Global Facts*. Genève, 2010. [consulté le 27 sept. 2011] Affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/2010/factsheet_tb_2010.pdf
7. Organisation mondiale de la santé. *The Stop TB Strategy*, document sommaire. Genève, 2009 [consulté le 22 nov. 2010] Affiché à l'adresse : http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/factsheets/stoptb_strategy_summary.pdf
8. Lönnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P, Raviglione MC. « Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development ». *Lancet* 2010;375:1814-1829.
9. Menzies D, Oxlade O, Lewis M. *Coûts des traitements de la tuberculose au Canada*, 3 oct. 2006 [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/costtb/pdf/cost_tb_f.pdf (coûts mis à jour en date de 2009 à partir des données sur le coût de la vie lié à la santé).
10. Menzies D, Lewis M, Oxlade O. « Costs for tuberculosis care in Canada ». *Can J Public Health* 2008;99:391-396.
11. Long R, Ellis E, dir. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e éd. Ottawa : ministre de la Santé, 2007.
12. Coalition antituberculeuse pour l'assistance technique. *Standards internationaux pour le traitement de la tuberculose (SITT)*. La Haye, 2006 [consulté le 7 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.who.int/tb/istcfrench.pdf>
13. Agence de la santé publique du Canada. *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé, 1999* [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124112837/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99pdf/cdr25s4f.pdf>
14. Santé Canada. *Cadre de communication stratégique des risques dans le contexte de la gestion intégrée des risques à Santé Canada et à l'Agence de santé publique du Canada*, 2006 [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_ris-comm/framework-cadre/index-fra.php

15. Comité canadien de lutte antituberculeuse. *Recommandations portant sur le dépistage et la prévention de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH et sur le dépistage du VIH chez les patients atteints de tuberculose et leurs contacts*. RMTCC 2002;28 (DCC-7) [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071212095352/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02pdf/acs-dcc-7.pdf>
16. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Évaluation du risque de tuberculose et prévention de cette maladie chez les voyageurs*. RMTCC 2009;35:1-20 [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/acs-dcc-5/index-fra.php>
17. Agence de la santé publique du Canada. *Lutte antituberculeuse. Sondage sur l'évaluation des besoins en matière de formation et de consultation clinique liée à la tuberculose, 2006*. Affiché à l'adresse : tb@phac-aspc.gc.ca
18. Organisation mondiale de la santé. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care: patients' rights and responsibilities*. World Care Council; 2006 [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf
19. Cowie RL, Sharpe JW. « Tuberculosis among immigrants: interval from arrival in Canada to diagnosis. A 5-year study in southern Alberta ». *CMAJ* 1998;158:599-602. Affiché à l'adresse : <http://www.cmaj.ca/content/158/5/599.full.pdf>
20. Health Protection Agency for Infections, Tuberculosis Section. *Tuberculosis in the UK: annual report on tuberculosis surveillance in the UK 2010*. Londres, Health Protection Agency Centre for Infections, octobre 2010 [consulté le 8 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1287143594275
21. Uiters E, Devillé W, Foets M, Spreuwenberg P, Groenewegen PP. « Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review ». *BMC Health Serv Res* 2009;9:76.
22. Phipers M, Walker H. Agence de la santé publique du Canada. *Tuberculosis among the foreign-born in Canada: a system dynamics approach*. 2007. Communication personnelle.
23. Agence de la santé publique du Canada. *Homeless and under-housed guidelines and statements, 2010* [consulté le 22 nov. 2010]. Affiché à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs-fra.php>
24. WHO. TB/HIV 2000-2008. *Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report*. [consulté le 22 nov. 2010]. Rapport intégral affiché à l'adresse : http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/en/
25. Sturtevant D, Preiksaitis J, Singh A, Houston S, Gill J, Predy G, Fisher D, Senthilselvan A, Manfreda J, Boffa J, Long R. « The feasibility of using an 'opt-out' approach to achieve universal HIV testing of tuberculosis patients in Alberta ». *Can J Public Health* 2009;100(2):116-20.
26. Long R, Boffa J. « High HIV-TB co-infection rates in marginalized populations: evidence from Alberta in support of screening TB patients for HIV ». *Can J Public Health* 2010;101(3):202-4.
27. Lonroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. « Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants ». *Soc Sci Med* 2009; 68:2240-2246.

28. Organisation mondiale de la santé. *World Health Organization and Stop TB Partnership. An International Roadmap for Tuberculosis Research: Towards a World Free of Tuberculosis*, Genève, 2011 [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/tbresearchroadmap.pdf>
29. Organisation mondiale de la santé. *Priorities in Operational Research to Improve Tuberculosis Care and Control*, Genève, 2011 [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/StopTB%20Guide.pdf>
30. Schwartzman K, Oxlade O, Barr RG, Grimard F, Acosta I, Baez J, et coll. « Domestic returns from investment in the control of tuberculosis in other countries ». *N Engl J Med* 2005;353:1008-1020.
31. United Nations Development Program. *Fast Facts – The Millenium Development Goals*, New York, Nations Unies, 2010 Nov [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>
32. Long R, Sutherland K, Kunimoto D, Cowie R, Manfreda J. « The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in Alberta, Canada, 1989-1998: identification of high risk groups ». *Int J Tuberc Lung Dis* 2002;6(7):615-621.
33. McKenna MT, McCray E, Onorato I. « The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993 ». *N Engl J Med* 1995;332(16):1071-1076.
34. Codecasa LR, Porretta AD, Gori A, Franzetti F, Degli EA, Lizioli A, et coll. « Tuberculosis among immigrants from developing countries in the province of Milan, 1993-1996 ». *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3(7):589-595.
35. Heath TC, Roberts C, Winks M, Capon AG. « The epidemiology of tuberculosis in New South Wales 1975-1995: the effects of immigration in a low prevalence population ». *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2(8):647-65.
36. Stehr-Green JK. « Tuberculosis in New Zealand, 1985-90 ». *N Z J Med* 1992;105:301-303.
37. Omerod P. « Tuberculosis and immigration ». *Br J Hosp Med* 1996;56:209-212.
38. British Thoracic and Tuberculosis Association. « Tuberculosis among immigrants related to length of residence in England and Wales ». *Br Med J* 1975;3:698-699.
39. Raviglione MC, Sudre P, Reider HL, Spinaci S, Kochi A. « Secular trends of tuberculosis in Western Europe ». *Bull World Health Organ* 1993;71:297-306.
40. Barry C, Konstantinos A, and the National Tuberculosis Advisory Committee. « Tuberculosis notifications in Australia, 2007 ». *Commun Dis Intell* 2009;33(3):304-315.
41. Lopez, L. Sexton, H, Heffernan H. *Tuberculosis in New Zealand Annual Report 2009*. Août 2009 [consulté le 30 nov. 2010]. Affiché à l'adresse : http://www.surv.esr.cri.nz/PDF_surveillance/AnnTBReports/TBAnnualReport2009.pdf
42. Centers for Disease Prevention and Control. *Reported Tuberculosis in the United States, 2009*. Atlanta, GA. U.S. Department of Health and Human Services, CDC, octobre 2010 [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2009/>
43. Statistique Canada. *Population ayant une identité autochtone, par province et territoire (Recensement de 2006)* [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo60a-fra.htm>

44. Statistique Canada. *Population des régions métropolitaines de recensement* (Recensement de 2006) [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo05a-fra.htm>
45. Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada – Prédifffusion* [consulté le 17 nov. 2011]. Affiché à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan09pre/index-fra.php>