

TUBERCULOSE (ACTIVE)

Aperçu de la maladie

La tuberculose (TB) est une infection causée par l'une des mycobactéries du complexe *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB), qui comprend *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. microti*, *M. pinnipedii* et *M. bovis* (à l'exclusion de la souche BCG de *M. bovis*).

La TB est une maladie aérogène qui se transmet généralement d'une personne à l'autre par inhalation dans les poumons de l'hôte des bacilles CMTB, où ils s'y répliquent. Elle infecte habituellement les poumons, mais ses bacilles peuvent se propager de l'infection initiale vers d'autres parties du corps, comme les reins et la colonne vertébrale, en passant par le système lymphatique ou circulatoire. Selon la localisation de l'infection, la TB est classée comme pulmonaire (touchant les poumons) ou extra pulmonaire (hors des poumons et des voies respiratoires).

La TB présente un spectre d'infection, avec une distinction entre l'infection tuberculeuse (précédemment connue sous le nom d'infection tuberculeuse latente) et la maladie de TB active. Elle se caractérise par des signes microbiologiques ou radiographiques de maladie active et est généralement symptomatique; l'infection tuberculeuse ne présente aucun signe de maladie cliniquement active. Elle peut être une manifestation de la maladie primaire, d'une réinfection tuberculeuse ou d'une réactivation d'une infection tuberculeuse. Moins de 10 % des sujets infectés (c.-à-d. ayant une ITL) développeront la maladie active au cours de leur vie; la moitié d'entre eux développeront la maladie dans les deux ans suivant l'infection.

Si elle n'est pas traitée correctement, la maladie tuberculeuse peut être mortelle.

Pour en savoir davantage, prière de consulter les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 8e édition](#).

Symptômes

Le symptôme classique de la tuberculose pulmonaire est une toux chronique qui perdure pendant au moins trois semaines. À la phase initiale, la toux est sèche mais, après plusieurs semaines, voire plusieurs mois, la toux peut devenir productive. La fièvre et les sueurs nocturnes sont courantes, mais peuvent être absentes chez les très jeunes enfants et les personnes âgées. L'hémoptysie, l'anorexie, la perte de poids, les douleurs thoraciques et les autres symptômes se manifestent généralement à un stade plus avancé.

Réservoir

Le réservoir d'infection est principalement humain; mais le bacille *M. bovis* est toutefois présent chez les espèces bovines et une variété d'autres mammifères

Mode de transmission

La transmission de la tuberculose s'effectue essentiellement par une exposition à des gouttelettes aérosolisées produites généralement lors d'une manœuvre expiratoire forcée (p. ex. toux, chant, éternuements, pratique d'un instrument à vent), mais aussi, dans une moindre mesure, pendant l'élocution.

Plus rarement, la tuberculose peut être transmise par l'ingestion (p. ex. espèce bovine infectée) ou par l'inoculation percutanée (p. ex. accident en milieu hospitalier ou en laboratoire).

Période d'incubation

Le risque de développer la maladie tuberculeuse active est le plus élevé pendant les six mois après l'infection et reste élevé pendant encore deux ans. L'infection à VIH et les autres maladies immunosuppressives augmentent le risque d'évolution vers une tuberculose active pulmonaire ou extra pulmonaire et réduisent la période de développement de la maladie tuberculeuse active suivant l'infection. L'infection tuberculeuse peut persister tout au long de la vie d'une personne.

Période de transmissibilité

Si des bacilles tuberculeux viables sont évacués dans les expectorations, la période de transmissibilité peut durer plusieurs années. En général, la chimiothérapie antimicrobienne efficace élimine la transmissibilité au bout de deux à quatre semaines. Les enfants atteints d'une tuberculose pulmonaire ne sont généralement pas contagieux; toutefois, chaque cas doit être évalué de manière isolée.

Aux fins de la recherche et de la gestion des contacts, une période de contagiosité probable peut être déterminée en fonction de l'infectiosité du cas et de l'apparition des symptômes. Voir les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 8^e édition](#), chapitre 3, section 3.2, pour en savoir davantage.

Facteurs de risque

Divers facteurs influent sur le risque de transmission lié aux patients (à la fois source et destinataire), à la souche de TB infectante et à l'environnement dans lequel l'exposition a lieu. Pour une liste complète des facteurs, voir les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#), chapitre 2, section 1.2.

Étant donné que les facteurs de risque et l'exposition ne sont pas également répartis dans la population, la prévalence de la tuberculose active au Canada est de plus en plus concentrée dans des sous-groupes de la population, notamment :

- les personnes nées à l'étranger;
- les Autochtones nés au Canada;
- les personnes présentant des risques sociaux ou comportementaux, comme les sans-abris et les personnes résidant dans des établissements correctionnels;
- les travailleurs de la santé;
- les personnes qui consomment des drogues par injection intraveineuse.

Définitions de cas aux fins de surveillance

Cas confirmé en laboratoire

Cas pour lesquels le complexe *Mycobacterium tuberculosis*, plus précisément *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. microti*, *M. pinnipedii* ou *M. bovis* (sauf la souche *M. bovis* BCG), est mis en évidence par culture. OU

Cas confirmé en clinique

Si l'on ne possède pas de preuves bactériologiques, cas présentant des signes cliniques compatibles avec une tuberculose active, par exemple cas où : les modifications de la radiographie des poumons sont compatibles avec le diagnostic de tuberculose active; un diagnostic de tuberculose non respiratoire active (mninges, os, rein, ganglions lymphatiques périphériques, etc.) a été posé; un examen anatomopathologique ou une autopsie confirme le diagnostic de tuberculose active; une réponse favorable à un essai thérapeutique d'antituberculeux a été obtenue.

Nouveaux cas :

- Aucune preuve documentée ou pas d'antécédents adéquats de TB antérieurement active.

Les **cas de retraitement** doivent répondre aux critères suivants pour que la TB soit considérée comme étant active :

- Une preuve documentée ou des antécédents adéquats de TB antérieurement active déclarée guérie, ou un traitement terminé selon les normes en vigueur;
- Un intervalle d'au moins six mois entre le dernier jour du traitement précédent et le diagnostic d'un épisode ultérieur de TB répondant à la définition de cas de tuberculose active.

OU

- Une preuve documentée ou des antécédents adéquats de TB antérieurement active que l'on ne peut déclarer comme étant guérie, ou un traitement terminé selon les normes en vigueur;
- Une TB inactive pendant six mois ou plus après le dernier jour du traitement précédent;
- Un diagnostic d'un épisode ultérieur de TB répondant à la définition de cas de tuberculose active.

Diagnostic et lignes directrices à l'intention des laboratoires

Les tests diagnostiques peuvent être classés en deux catégories en fonction du type de maladie tuberculeuse qui est ou qui peut être présent :

L'Infection tuberculeuse: Le test cutané à la tuberculine (TCT) et le test de libération d'interféron gamma (TLIG) sont les deux modalités diagnostiques qui peuvent être utilisées pour évaluer des cas soupçonnés d'infection tuberculeuse. Il est important de noter qu'aucun des deux tests de dépistage ne peut distinguer une infection tuberculeuse d'une TB active. Par conséquent, ni le test cutané à la tuberculine (TCT) ni le test de libération d'interféron gamma (TLIG) ne doivent être utilisés uniquement pour le diagnostic de la TB chez les adultes et les adolescents. Le TCT et le TLIG peuvent être utilisés pour poser un diagnostic complémentaire de la TB chez les patients pédiatriques.

À partir du moment où l'infection a été contractée, cela peut prendre de deux à huit semaines avant d'observer des lésions primaires ou avant d'observer à la fois une réaction notable au TCT et une positivité au TLIG.

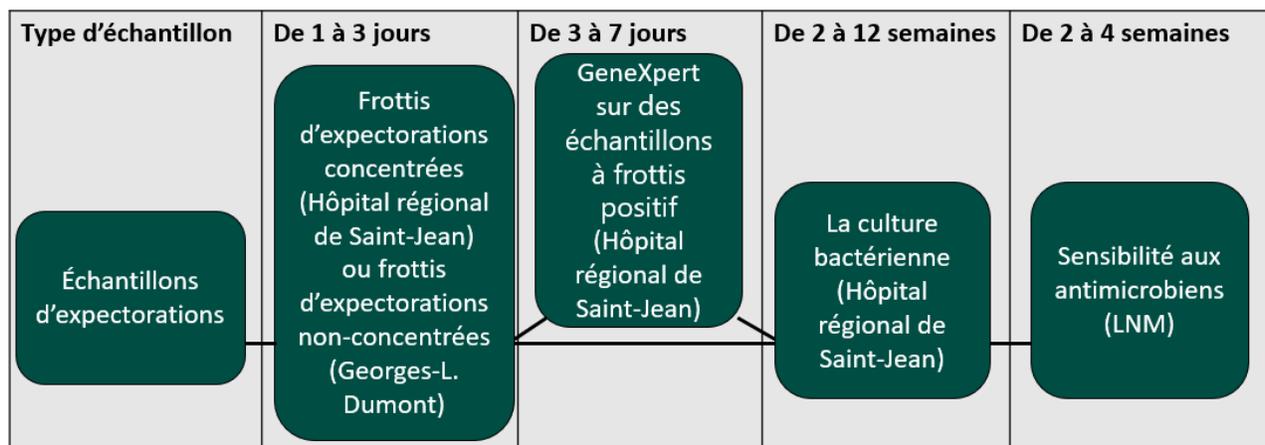
La maladie tuberculose active : La culture bactérienne est le principal test diagnostique réalisé en laboratoire pour la tuberculose. Cependant, les bactéries se développent lentement et un test peut prendre jusqu'à six à huit semaines avant la confirmation, en particulier pour les résultats négatifs. Le test est généralement réalisé sur les expectorations, mais peut être réalisé sur de nombreux autres spécimens. La sensibilité de la culture n'est pas parfaite et dépend donc de la qualité du spécimen. Un résultat négatif à la culture n'exclut pas le diagnostic en présence de symptômes cliniques.

L'examen microscopique de bacilles acido-alcool-résistants peut être réalisé plus rapidement que la culture bactérienne. Toutefois, la limite de détection est plus élevée que la culture bactérienne (c.-à-d. réduction de la sensibilité). Les résultats de l'observation de bacilles acido-alcool-résistants sont des résultats présomptifs qui doivent être confirmés par culture bactérienne, car le test ne permet pas de distinguer différents types de mycobactéries (complexe tuberculeux ou autre). Il faut utiliser des frottis d'expectorations concentrées colorés à l'auramine, car ils présentent une meilleure sensibilité.

Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), basé sur la technologie GeneXpert, est réalisé provincial sur des échantillons à frottis positif pour l'obtention de résultats plus rapides pendant que la culture bactérienne est en incubation. Les résultats doivent être confirmés par la culture. Le TAAN n'est pas systématiquement effectué sur les frottis négatifs en raison de sa faible sensibilité.

Le Canada est une région où la prévalence de la TB est faible. Il est donc recommandé de prélever trois échantillons d'expectorations pour les frottis et les cultures. Ils peuvent être recueillis le même jour, mais à au moins une heure d'intervalle. Les méthodes génotypiques ne sont pas nécessaires au diagnostic ou au traitement, mais peuvent s'avérer utiles aux fins d'épidémiologie et de surveillance (c.-à-d. relier deux ou plusieurs cas ensemble).

Figure 1 : Tests de laboratoire pour la tuberculose



Signalement

Selon la politique 2.2 : Déclaration des maladies et des événements au Bureau du médecin-hygiéniste en chef et épidémiologie (BMHCE).

- Accroître la surveillance de la tuberculose :
 - Pour tous les cas confirmés, le [Formulaire de déclaration des cas de tuberculose active- Nouveaux cas et cas de retraitement](#) de l'Agence de la santé publique du

Canada (ASPC) doit être rempli et envoyé au BMHCE dans les cinq jours suivant le diagnostic. Au Canada, la maladie tuberculeuse active est surveillée à l'échelle nationale par l'ASPC au moyen du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT). Le SCDCT est un système de surveillance fondé sur les cas qui conserve certaines données non nominatives sur les personnes porteuses d'une tuberculose active (d'après confirmation du diagnostic). Chaque année ou lorsque l'exige l'Agence, l'unité d'épidémiologie et de surveillance soumet à l'ASPC tous les cas de tuberculose signalés.

- Le formulaire *Résultat du traitement d'un nouveau cas de tuberculose active ou d'un cas de retraitement* de l'ASPC doit être rempli pour tous les cas déclarés au cours de l'année précédente et envoyé à BMHCE dès que le résultat thérapeutique est plutôt complété.
- Tous les nouveaux cas et les cas de retraitement doivent être signalés dans le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT), sauf pour les résidents temporaires et les résidents étrangers en situation irrégulière au Canada, à moins que leur traitement n'ait commencé au Canada.
- Surveillance régulière (SSMADO) de tous les cas confirmés.

Gestion de cas

Éducation

L'éducation doit inclure des informations spécifiques à la maladie, les symptômes, la période de transmissibilité, les facteurs de risque de transmission et les facteurs de risque de susceptibilité ainsi que l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces. Parmi les autres éléments d'information à inclure figurent les méthodes de prévention de la transmission, notamment le lavage des mains, l'étiquette de la toux, la prévention de l'exposition, la gestion de l'environnement et tout autre point éducatif lié au cas particulier, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et comme le précise l'introduction de la section sur les maladies respiratoires du présent document.

D'importants efforts doivent être déployés dans l'analyse des mesures de soutien et des obstacles liés à la mise en œuvre des aspects suivants :

- les mesures préventives visant à neutraliser la propagation continue, qui peuvent inclure l'absence du travail et les types de soutien et de ressources éventuellement nécessaires et disponibles pour voir à ce que les tâches ou les besoins au quotidien soient pris en main (y compris les répercussions financières qui peuvent nettement influencer sur l'observance);
- la conformité appropriée au schéma thérapeutique prescrit.

Il faut proposer un test de VIH aux personnes atteintes d'une maladie tuberculose active pulmonaire ou extra pulmonaire.

Enquête

Les patients qui présentent une TB non respiratoire peuvent également souffrir d'une atteinte respiratoire concomitante. Il est donc important de vérifier si les patients ont ce qui suit, conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et en consultation avec le médecin hygiéniste régional (MHR) :

- Radiographie pulmonaire (et analyse des expectorations en cas de symptômes respiratoires ou d'anomalies à la radiographie pulmonaire) dans le cadre de leur bilan médical.
- Effectuer le suivi des cas confirmés de tuberculose conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et en consultation avec le médecin-hygiéniste régional (MHR).
- Effectuer le suivi des cas probables ou soupçonnés, tel que l'autorise et le stipule le MHR conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*.
- Consulter le médecin traitant pour les cas soupçonnés ou confirmés afin de discuter des détails et des plans de suivis. S'informer des résultats des tests qui ont été réalisés (p. ex. radiographie, tomodensitométrie, frottis d'expectorations, cultures, amplification en chaîne par polymérase, bronchoscopie, lavage broncho-alvéolaire) ou des tests prévus
- Transmettre au médecin le formulaire de l'Agence de la santé publique du Canada afin de permettre à ce dernier de le remplir ou d'obtenir tous les renseignements nécessaires à cette fin.
- Déterminer avec le médecin les éventuels contacts.
- Poursuivre les communications avec le cas à plusieurs reprises est généralement nécessaire afin d'obtenir une image aussi précise que possible des détails des symptômes, de leur apparition, de la liste des contacts et de la liste des lieux fréquentés, etc.
- Discuter des détails recueillis avec le MHR afin d'obtenir d'autres directives.

Il est à noter que d'autres établissements dotés d'une infrastructure de recherche adéquate peuvent effectuer le suivi au sein de cet établissement (p. ex. établissements correctionnels fédéraux, régies régionales de la santé). Toutefois, il relève de la responsabilité globale de l'Agence de santé publique du Canada de s'assurer que le retraçage des contacts a été effectué.

Les médicaments destinés à la prise en charge de la TB active ou de l'infection tuberculeuse sont financés par SPNB pour tout patient (quel que soit son lieu de résidence permanente) qui présente une ordonnance sur laquelle le prescripteur a inscrit « plan de gestion de la TB » (sans frais d'ordonnance). Les médicaments couverts par le Plan TB sont indiqués dans le Formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Exclusion/éloignement social

L'isolation respiratoire est importante dans les premières phases du traitement lorsque le patient pourrait être encore contagieux. Le cas échéant, il faut que les patients adultes présentant une tuberculose pulmonaire à frottis positif qui résident dans un lieu de rassemblement soient placés dans une chambre d'isolement pour infections à transmission aérienne dotée d'une ventilation en pression négative.

Voir les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#) pour obtenir d'autres renseignements sur les critères à prendre en compte pour déclarer un patient non infectieux, y compris les critères liés au retour au domicile avant que le patient ne soit déclaré non contagieux.

Traitement

Le traitement est administré en deux phases : la phase initiale intensive et la phase de continuation.

Dans la phase initiale :

- Les patients sont généralement traités par un schéma composé d'isoniazide (INH), de rifampicine (RMP), de pyrazinamide (PZA) et d'éthambutol (EMB).
- Dans tous les cas, il faut réaliser un antibiogramme.
- Si la souche qui cause la maladie est sensible à tous les antituberculeux de première ligne, il faut arrêter l'EMB et administrer le PZA pendant les deux premiers mois (c.-à-d. fin de la phase initiale).
- De préférence, il faut administrer les antituberculeux tous les jours pendant la phase initiale intensive.

Dans la phase de continuation :

- Il ne faut généralement administrer que l'INH et la RMP sur une période supplémentaire de quatre mois (six mois au total).
- La durée de cette phase et les médicaments utilisés peuvent varier selon les indicateurs de risque de rechute, les médicaments administrés pendant la phase initiale et les résultats de l'antibiogramme (épreuve de sensibilité aux antituberculeux) réalisé avant le début du traitement.

Il faut instaurer le même schéma standard pour traiter la maladie active chez les femmes enceintes ou allaitantes.

Si les fournisseurs de soins de santé hésitent quant à la capacité des patients à prendre leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits, la thérapie sous observation directe (TOD) peut être utilisée pour surveiller la conformité (annexe A). Pour en savoir davantage à ce sujet, prière de consulter les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#), chapitre 5, section 3.2, et la norme du Nouveau-Brunswick relative à la thérapie sous observation directe.

Pour les recommandations concernant un traitement précis, comme le traitement de la tuberculose pharmaco résistante, de la tuberculose associée au VIH, de la tuberculose extra pulmonaire et de la tuberculose chez l'enfant, voir les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*

Immunisation

Le BCG est un vaccin vivant et atténué, et il est le seul vaccin actuellement utilisé contre la tuberculose. Toutefois, ce vaccin n'est pas recommandé pour une utilisation systématique chez les membres de la population canadienne.

Gestion des contacts

À quelques exceptions près, seule la tuberculose respiratoire est contagieuse; le suivi des contacts doit être réalisé tant auprès des cas dont le frottis d'expectorations était positif que de ceux dont le frottis était négatif. L'objectif du suivi des contacts est d'identifier et de traiter les cas secondaires et de cibler les contacts ayant une infection tuberculeuse afin d'offrir un traitement préventif. La recherche du cas source est recommandée pour les enfants de moins de 5 ans atteints de tuberculose active. Le *cas source* est la personne porteuse de la maladie tuberculeuse infectieuse qui transmet *M. tuberculosis* à une ou plusieurs personnes. Le patient est découvert à partir d'une recherche des contacts ou d'un cas source, et peut ou non être le patient index.

Les contacts peuvent être groupés comme suit :

Contacts à priorité élevée – les plus exposés et ceux présentant un risque plus élevé de progression vers une TB active en cas d'infection. Les contacts comprennent les contacts familiaux dans le même foyer plus de trois fois par semaine, les contacts dans des milieux de vie collectifs, les soignants ayant subi des expositions importantes, les contacts sans masque N95 lors d'interventions médicales avec aérosols et les contacts à priorité moyenne qui présentent un risque accru d'infection tuberculeuse menant à la TB (âge inférieur à cinq ans, VIH, dialyse, transplantation, silicose, etc.)

Remarque : Les contacts à priorité élevée doivent subir un premier TCT immédiatement et un second au moins huit semaines après le dernier jour d'exposition pour qu'on puisse identifier la conversion. Si le dépistage d'une infection tuberculeuse est effectué par TLIG, un seul test doit être réalisé huit semaines après l'exposition.

Contacts à priorité moyenne – ayant un contact régulier avec une personne atteinte d'une TB active et partageant un espace plusieurs fois par semaine avec elle, sans toutefois faire partie du même ménage la plupart du temps. Ces contacts comprennent les soignants moins exposés, les partenaires sexuels réguliers, les amis proches, la famille élargie, les contacts en garderie ou en classe à l'école, les collègues de travail et les contacts à faible priorité pour lesquels une infection tuberculeuse pourrait progresser vers une TB active (âge inférieur à cinq ans, VIH, dialyse, transplantation, silicose, etc.).

Contacts à faible priorité – occasionnels qui passent du temps régulièrement, mais moins fréquemment avec des personnes atteintes. L'enquête ne doit être étendue à ce groupe que s'il existe des preuves significatives de transmission parmi les contacts plus étroits. Ces contacts comprennent des élèves du secondaire ayant suivi un cours avec le cas de TB active, des camarades de classe dans un grand collège, des collègues de travail moins exposés, des membres de groupes sociaux et des membres de la famille élargie que l'on visite peu ou qui ne font eux-mêmes que de rares visites.

Étapes recommandées de la recherche et du suivi des contacts

1. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent établir un ordre de priorité pour la recherche des contacts selon la contagiosité du cas source, l'ampleur de l'exposition et le risque d'évolution d'une tuberculose active si le contact est infecté.
2. Chaque contact doit être interrogé au sujet des circonstances et de la durée de l'exposition, de la présence de symptômes, des antécédents de tuberculose, de l'exposition à la tuberculose et du test cutané à la tuberculine (TCT) passé et des antécédents de vaccination BCG dans le pays d'origine.
3. Les autorités de santé publique et le médecin traitant doivent collaborer en vue de s'assurer que les contacts qui n'ont aucun antécédent de tuberculose ou qui n'ont jamais eu de résultat positif attesté subissent un TCT et une évaluation de symptômes. Les infirmières en santé publique qui relèvent d'une régie régionale de la santé administreront le test cutané à la tuberculine (TCT) dans le cadre du suivi des maladies transmissibles du Nouveau-Brunswick en application de la Directive médicale relative à l'administration du test cutané à la tuberculine (TCT) et conformément aux politiques et aux normes énoncées dans le *Guide du programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick* (politiques 2.13 et 2.14 et annexe 4.2.3).

4. Dans le contexte de la recherche des contacts, un résultat positif au TCT initial ou répété correspond à une induration de 5 mm ou plus ou à une augmentation d'au moins 6 mm par rapport à un résultat antérieur de 5 à 9 mm. La conversion peut prendre jusqu'à huit semaines.
5. Une évaluation médicale visant à exclure une tuberculose active doit être effectuée chez tous les contacts qui présentent des symptômes compatibles avec une tuberculose ou qui obtiennent un résultat positif au TCT, que ce soit avant l'exposition ou lors du TCT initial ou du deuxième TCT, et (quel que soit le résultat du TCT initial) chez tous les enfants de moins de 5 ans ainsi que chez tous les contacts infectés par le VIH ou sévèrement immunodéprimés. L'évaluation doit comprendre une radiographie pulmonaire, en plus d'une analyse des expectorations, s'il y a lieu
6. Une fois que la TB active a été exclue, le traitement de l'infection tuberculeuse devrait être proposé conformément aux recommandations énoncées dans les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#), chapitre 6, section 3.
7. Les autorités de santé publique doivent déterminer s'il y a lieu d'étendre la recherche des contacts en se fondant sur la contagiosité du cas index, les résultats de la recherche parmi les contacts de priorité élevée et la nature de l'exposition des autres contacts.
8. Le suivi des contacts doit être réalisé tant auprès des cas dont le frottis d'expectorations était positif que de ceux dont le frottis était négatif conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et tel qu'il est souligné dans l'introduction de la section du présent guide portant sur les maladies respiratoires.

Éducation

Il faut offrir une éducation adéquate sur les symptômes, les méthodes de contrôle et l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoces conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et tel qu'il est souligné à l'introduction de la section du présent guide portant sur les maladies respiratoires.

Enquête

Il est recommandé d'effectuer une recherche des éventuels contacts au moyen du test cutané à la tuberculine (TCT) chez tous les contacts familiaux et les contacts étroits. Lorsqu'un TCT est contre-indiqué, un TLIG peut être utilisé pour tester les contacts.

Test cutané à la tuberculine (TCT) – Le ministère de la Santé, par l'entremise du Dépôt de sérum, fournit gratuitement la tuberculine à des fins de retraçage des contacts, de dépistage des cas et de prise en charge.

Il faut mener les recherches de contacts selon les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#) et tel qu'il est souligné à l'introduction de la section du présent guide portant sur les maladies respiratoires.

Exclusion/éloignement social

Immunisation

Bien qu'il ne soit pas administré au Canada, le BCG est couramment administré dans d'autres pays; ainsi, il faut l'envisager dans le cadre du retraçage des contacts, y compris chez les personnes nées dans un pays étranger.

Prophylaxie

Il faut orienter les contacts ayant obtenu un résultat positif au test cutané à la tuberculine (TCT) afin d'effectuer d'autres évaluations et d'instaurer un traitement pour l'ITL. Voir le traitement indiqué ci-dessus conformément aux [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#).

La prophylaxie pendant la « période de fenêtre » du traitement préventif de la TB est recommandée pour les enfants identifiés comme des contacts étroits qui sont âgés de moins de cinq ans avec un TCT ou un TLIG initial négatif et aucune preuve de la TB par examen ou radiologie. Il peut s'écouler jusqu'à huit semaines après l'infection avant que le résultat d'un TCT ou d'un TLIG ne s'affiche positif, et, pendant cette période, une infection non traitée peut rapidement évoluer vers une maladie grave. Voir les [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, chapitre 9, section 9](#).

Gestion des situations particulières

Tuberculose et virus de l'immunodéficience humaine

Les personnes infectées par le VIH présentent le risque le plus élevé de développer la tuberculose active.

La tuberculose est souvent la première indication clinique qu'une personne présente une infection sous-jacente par le VIH. Par conséquent, pour tous les nouveaux cas diagnostiqués de maladie tuberculeuse active, il faudra procéder au dépistage de la co-infection par le VIH.

Il faut effectuer un TCT chez toutes les personnes infectées par le VIH. Des réactions faussement négatives peuvent survenir chez les personnes immunodéprimées. Une induration de 5 mm ou plus est considérée comme révélatrice d'une infection tuberculeuse chez une personne infectée par le VIH.

Pour les personnes vivant avec le VIH, la sensibilité du TCT est nettement plus faible. Les contacts à risque élevé qui sont séropositifs pour le VIH doivent recevoir un traitement pour une infection tuberculeuse présumée, quel que soit le résultat du TCT.

Il ne faut pas exclure la maladie tuberculeuse active au moment où l'infection par VIH a d'abord été diagnostiquée. Pour les patients qui présentent une ITL, une fois que la maladie tuberculeuse active a été exclue, il est recommandé d'instaurer une prophylaxie à l'INH pendant au moins neuf mois.

Immigration

Le Canada est l'une des principales destinations des personnes migrantes, tant pour le nombre de personnes accueillies que proportionnellement à la population. La proportion d'immigrants originaires de régions où l'incidence de la TB est moyenne ou élevée, comme l'Asie, l'Afrique et l'Amérique latine, a augmenté. La plupart des groupes d'immigrants demandent l'autorisation de venir au Canada alors qu'ils vivent encore dans leur pays d'origine, bien que les demandeurs d'asile qui déposent leur demande à leur arrivée au Canada ou après celle-ci constituent une exception importante.

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada exige que toutes les personnes demandant la résidence permanente et certaines personnes demandant la résidence temporaire se soumettent à un examen médical. L'objectif du dépistage de la TB avant l'entrée est de détecter toute TB active prévalente chez les personnes migrantes avant leur arrivée, afin de s'assurer qu'elles sont traitées et ne sont plus contagieuses à leur arrivée au Canada.

Au Canada, la plupart des cas de TB dans la population née à l'étranger résultent de la réactivation d'une infection tuberculeuse contractée dans leur pays d'origine.

Gestion des éclosions

Le plan local en cas d'éclosion doit être mis en œuvre lorsqu'une éclosion est déclarée.

Appendix A

Thérapie Sous Observation Directe

Objet

La présente norme vise à énoncer l'obligation qu'ont les Services de santé publique des régions régionales de la santé (SSP-RRS) de préparer un protocole décrivant la prestation d'une thérapie sous observation directe (TOD) pour la tuberculose active dans leurs territoires respectifs.

Préambule

La gestion de la tuberculose (TB) vise à soigner les patients atteints et à réduire la propagation de la maladie à d'autres personnes du milieu. Le traitement consiste en la prise d'une combinaison de médicaments durant une période de temps prolongée (de 6 à 12 mois ou plus). Le non-respect de la thérapie prescrite pour la TB constitue la raison la plus courante de l'échec du traitement. Le non-respect de la thérapie peut entraîner des rechutes et créer un risque d'acquisition de résistance au médicament.

Avec une TOD, un patient rencontre un préposé aux TOD désigné chaque jour ou plusieurs fois par semaine. Le patient prend les médicaments pour la TB pendant que le préposé aux TOD l'observe. Le travailleur de la santé demande également aux patients s'il a des problèmes ou des effets secondaires en lien avec la médication. La TOD doit être faite à un endroit et à un moment qui conviennent au patient.

Une TOD virtuelle, effectuée au moyen d'appareils de communication vidéo, comme des téléphones intelligents et des ordinateurs, peut être considérée comme une solution de rechange acceptable à la TOD dans certaines situations. Cela devrait être combiné avec un soutien en personne et une TOD dans le contexte des politiques juridictionnel concernant l'utilisation de dispositifs numériques pour la prestation de services de soins de santé.

Selon *Les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* toutes les juridictions devraient être en mesure d'offrir une TOD. Comme la preuve à l'appui d'un recours universel à la TOD est considérée comme faible, les décisions visant une application de la TOD devraient être prises au cas par cas, en considérant les effets positifs d'une observation directe sur le respect du traitement et les incidences importantes sur les ressources nécessaires, ainsi que les répercussions sur la qualité de vie du patient (Dick Menzies et coll. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 8e édition 2022*). La décision de prescrire une TOD doit être prise par le médecin traitant ou les médecins traitants et par le médecin-hygiéniste régional (MHR). La décision doit également être réévaluée de façon périodique. Selon les normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse la TOD est recommandée à tout le moins, auprès de certains groupes présentant un risque élevé, comme :

- les patients présentant des facteurs personnels de risque de non-respect de la thérapie;
- les groupes de la population accusant des taux historiquement accrus d'échec du traitement ou de rechute, ou des taux inadéquats d'achèvement du traitement;
- les personnes pour qui la TB a des répercussions marquées sur le plan individuel ou sur la santé publique en cas d'échec du traitement

Normes du protocole de thérapie sous observation directe

Les SSP-RRS établiront un protocole guidant la mise en place et l'évaluation des services de TOD à l'intérieur de leurs territoires. Les SSP-RRS sont responsables de s'assurer que des services de TOD sont accessibles à l'intérieur de leur territoire et qu'ils sont fournis aux clients auxquels une TOD est prescrite. Ils ne sont pas nécessairement responsables de la prestation directe de la TOD à chaque client. Ils ont toutefois la responsabilité de veiller à ce que la TOD soit assurée lorsqu'elle est prescrite. Le protocole fera partie des plans d'enquête, de prévention et de contrôle des maladies et des événements à déclaration obligatoire.

Principes

Les principes qui suivent guideront l'établissement des protocoles de prestation de la TOD au Nouveau-Brunswick.

1. Le protocole des SSP-RRS prévoira un processus et des formalités claires précisant quand et comment une TOD est prescrite, par qui elle l'est, qui doit être notifié et dans quel délai les intéressés doivent être notifiés.
2. Le protocole des SSP-RRS indiquera les organismes potentiels qui pourraient participer à la prestation de la TOD, ainsi que le type de processus de sélection qui sera employé pour sélectionner un dispensateur dans chaque cas.
3. Le protocole prévoira de l'information sur la formation, le matériel et les procédures visant la sécurité des préposés aux TOD.
4. Le protocole prévoira des moyens variés de la prestation de la TOD (p.ex. : par vidéo), et de procédures précises guidant l'utilisation des options (notamment l'admissibilité du client, la confidentialité, la formation, etc.).
5. Les différentes options de rechange de prestation de la TOD incorporeront la nécessité d'une évaluation physique et d'examen de suivi.
6. Le protocole des SSP-RRS décrira clairement le rôle et les tâches liés à la prestation de la TOD par les dispensateurs, notamment les évaluations périodiques de la santé, dans le cadre d'une approche holistique et centrée sur le client.
7. Le protocole précisera clairement le processus de signalement du non-respect du traitement (les jours ouvrables ainsi qu'en dehors des heures normales de travail), notamment les moments où il faut signaler le non-respect du traitement, le délai autorisé pour faire le signalement qui doit être avisé, ainsi que les modalités d'intervention face aux problèmes de non-respect qui surgissent.
8. Le protocole prévoira des procédures de communication périodique de renseignements sur le respect du traitement. Des rapports périodiques sur le respect du traitement devront être soumis chaque semaine.
9. Les SSP-RRS devront également veiller à ce que des procédures soient mises en place pour répondre aux problèmes de non-conformité, le cas échéant.

10. Les rapports périodiques et les rapports sur le non-respect du traitement devraient au minimum être soumis au clinicien responsable, au MHR et à la personne désignée au sein du SSP-RRS, s'ils n'offrent pas directement le service.
11. Le protocole établi devrait faire appel à la contribution de tous les partenaires concernés pouvant participer à la prestation de la TOD et leur être communiqué.
12. Le protocole doit être approuvé par le MHR responsable du territoire servi.