

Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose

Préambule

Les *Normes de santé publique de l'Ontario* (normes) sont publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS)¹, afin d'énoncer les programmes et les services de santé obligatoires que doivent fournir les conseils de santé. Les protocoles sont des documents rattachés à des programmes et sujets précis et indiquent comment les conseils de santé doivent appliquer les exigences spécifiques énoncées dans les normes. Ce sont des mécanismes importants qui favorisent la normalisation du processus de mise en œuvre des programmes de santé publique à travers la province.

Les protocoles énoncent les attentes minimales que doivent satisfaire les programmes et les services de santé publique. Les conseils de santé ont le pouvoir d'établir des programmes et des services qui surpassent les attentes minimales selon les besoins locaux. Les conseils de santé sont responsables de la mise en œuvre des normes ainsi que des protocoles qui en font partie.

Objet

Le présent protocole a pour but d'indiquer aux conseils de santé la manière de s'y prendre pour alléger le fardeau que représente la tuberculose (TB) par la prévention et le contrôle de cette maladie.

De plus amples renseignements sur la mise en œuvre sont disponibles (en anglais seulement) dans le document *Tuberculosis Prevention and Control Best Practices, 2006* ou la version en vigueur (actuellement appelée *Tuberculosis Protocol 2006*)².

Normes applicables

Le tableau suivant décrit la norme et les exigences auxquelles se rapporte ce protocole.

Norme	Exigence
Prévention et contrôle de la tuberculose	Exigence n° 1 : Le conseil de santé doit communiquer des données sur la tuberculose, conformément à <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i> et au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur).
	Exigence n° 2 : Le conseil de santé doit surveiller la tuberculose active et les personnes atteintes de l'infection tuberculeuse latente, conformément au <i>Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008</i> (ou à la version en vigueur) et au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur).
	Exigence n° 5 : Le conseil de santé doit identifier rapidement les cas actifs de tuberculose et les personnes atteintes de la forme inactive de la tuberculose qui sont orientées par les services d'immigration pour une surveillance médicale*, conformément au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur).

* Les orientations effectuées par l'entremise de Citoyenneté et Immigration Canada impliquent les personnes qui sont dirigées vers un conseil de santé, suite à leur arrivée, pour un suivi médical afin de s'assurer qu'elles n'ont pas la tuberculose active et de déterminer si un traitement pour la forme latente de la tuberculose est nécessaire.

Norme	Exigence
	Exigence n° 6 : Le conseil de santé doit gérer les cas afin de réduire au minimum les risques pour la santé publique, conformément au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur).
	Exigence n° 8 : Le conseil de santé doit voir à l'identification, à l'évaluation et à la gestion sanitaire des contacts des cas actifs, conformément au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur).
	Exigence n° 9 : Le conseil de santé doit veiller à l'identification et à la gestion sanitaire efficace des cas de tuberculose latente, conformément au <i>Protocole de prévention et de contrôle de la tuberculose, 2008</i> (ou à la version en vigueur), en mettant l'accent sur les personnes chez qui le risque de progression de la forme latente à la forme active est le plus élevé [†] .

Rôles et responsabilités opérationnels

1) Cueillette de données et rapport sur les éléments de données

Le conseil de santé est tenu de :

Généralités

- Rappeler, une fois par année, aux médecins et aux fournisseurs de soins de santé, aux administrateurs d'hôpitaux et aux surintendants d'établissements de soins de santé, aux directeurs d'école, aux pharmaciens et aux exploitants de laboratoire l'obligation de signaler les cas de tuberculose active ou latente, conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*¹.
- s'assurer que l'information saisie dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) ou consignée au moyen de toute autre méthode indiquée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») est exhaustive et exacte, et précise la décision finale relative au cas (voir la version en vigueur du guide relatif au SIISP ou tout autre guide indiqué par le Ministère).

Cas confirmés et présumés

- Consigner la personne comme étant un cas présumé ou confirmé dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère dans les 24 heures suivant la réception du signalement initial.

Renseignements additionnels relatifs aux cas

- Saisir dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère tous les rapports de laboratoire, de sensibilité et de radiologie préliminaires, dans les 24 heures suivant leur réception.
- Saisir dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère les données additionnelles précisées dans le Règl. de l'Ont. 569 (rapports)³, dès que possible et au plus tard dans les 30 jours civils suivant leur réception.

Renseignements sur les contacts

- Saisir dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère les données démographiques, les données relatives aux épisodes de tuberculose et le lien avec le cas source dans les 30 jours civils suivant l'identification du contact.
- Saisir dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère toute donnée additionnelle dès que possible et au plus tard dans les 30 jours civils suivant leur réception.

[†] Les personnes ayant le risque le plus élevé de progresser à la forme active peuvent inclure les contacts récents, les personnes immunocompromises et les nouveaux arrivants au Canada.

Surveillance médicale aux fins de l'immigration

- h) Saisir dans le SIISP ou toute autre méthode indiquée par le Ministère les données démographiques et les données relatives aux épisodes de tuberculose chez les personnes qui les déclarent volontairement lors de surveillance médicale aux fins d'immigration dans les 30 jours civils suivant la date à laquelle la personne s'est déclarée.
- i) Saisir dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère les autres données relatives aux personnes faisant l'objet d'une surveillance médicale, dès que possible et au plus tard dans les 30 jours civils suivant leur réception.

Infection tuberculeuse latente (ITL)

- j) Saisir toutes les données conformément à la version en vigueur du *iPHIS Tuberculosis (TB) User Guide*⁴ dans le SIISP ou au moyen de toute autre méthode indiquée par le Ministère, dès que possible et au plus tard dans les 30 jours civils suivant leur réception.

2) Surveillance

Sur une base annuelle, le conseil de santé est tenu de :

- a) procéder à l'analyse épidémiologique des données suivantes se rapportant à la tuberculose :

- i) Cas :

- Âge
- Sexe
- Facteurs de risque
- Environnements à risque
- Caractéristiques de la maladie
- Pharmacorésistance
- Pays d'origine
- Date de la fin du traitement
- Mortalité

- ii) ITL :

- Âge
- Sexe
- Facteurs de risque
- Environnements à risque
- Pays d'origine
- Date du début du traitement
- Date de la fin du traitement

- b) transmettre cette information aux intervenants pertinents dans la collectivité et dans les établissements de soins de santé.
- c) utiliser cette information pour planifier les programmes.

3) Identification précoce des cas de TB, notamment l'orientation des personnes atteintes de TB non active identifiées lors de la surveillance médicale à des fins d'immigration

Le conseil de santé est tenu de :

Identification précoce des cas de tuberculose

- a) mettre en œuvre des stratégies pour promouvoir l'identification et le traitement précoces des personnes atteintes de la TB.
- b) offrir aux fournisseurs de soins de santé et (ou) aux intervenants communautaires une formation annuelle sur ce qui suit :
 - i) Envisager la TB chez les personnes présentant des symptômes évocateurs de tuberculose;
 - ii) Signaler les cas présumés et confirmés de TB, conformément à la LPPS¹;
 - iii) Dépistage des groupes à risque élevé.

Orientations pour surveillance médicale

- c) mettre en place un mécanisme pour recevoir les orientations d'urgence provenant de surveillance médicale aux fins d'immigration (voir glossaire) qui permet de :
 - i) localiser les personnes orientées;
 - ii) orienter ces personnes et faciliter le processus d'évaluation médicale dans les 7 jours civils suivant la réception de l'avis d'urgence ou immédiatement en présence de signes ou de symptômes de TB active.
 - iii) suivre ces personnes conformément aux principes de la surveillance médicale aux fins d'immigration (voir d) iii et iv) une fois la tuberculose active exclue.
- d) mettre en place un mécanisme pour les orientations ordinaires pour surveillance médicale aux fins d'immigration afin de :
 - i) localiser les personnes visées dans les 30 jours civils;
 - ii) réaliser une évaluation préliminaire des symptômes de TB active;
 - iii) sensibiliser ces personnes à la tuberculose dès le premier contact, notamment sur :
 - la reconnaissance des symptômes et la nécessité d'aviser le conseil de santé en cas de symptômes;
 - la disponibilité du Programme de diagnostic et de traitement de la tuberculose pour les personnes non assurées, le cas échéant;
 - les exigences en matière de surveillance médicale;
 - les directives pour obtenir la couverture du régime d'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP).
 - iv) assurer l'évaluation médicale pour détecter la tuberculose active et/ou latente, notamment la collecte d'expectorations si l'individu présente les signes ou les symptômes d'une tuberculose active, le test cutané à la tuberculine (TCT) s'il y a lieu et la radiographie pulmonaire. L'évaluation doit avoir lieu dans les trois mois suivant l'obtention de la couverture de l'OHIP ou plus tôt, si nécessaire;
 - v) mettre en place des stratégies pour faciliter l'identification précoce des cas de tuberculose active chez les personnes orientées pour une surveillance médicale (p. ex., suivre pendant deux ans les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse latente qui ne suivent pas de prophylaxie et/ou les sensibiliser aux signes et aux symptômes de la tuberculose, et à la nécessité de consulter un médecin en présence de ces symptômes).

4) Gestion des cas de tuberculose

Le conseil de santé est tenu de :

- a) Se mettre en contact avec les personnes qui ont une tuberculose respiratoire soupçonnée/confirmée et leurs fournisseurs de soins de santé dans les 24 heures suivant la réception de l'avis.
- b) demander que la personne soit placée en isolement respiratoire en cas de tuberculose respiratoire présumée/confirmée.
- c) mener une enquête de santé publique portant sur tous les cas présumés/confirmés et recueillir des données détaillées se rapportant à ce qui suit :
 - i) Caractéristiques démographiques;
 - ii) Symptômes;
 - iii) Date d'apparition des symptômes;
 - iv) Niveau d'infectiosité;
 - v) Résultats des évaluations radiologiques et des analyses de laboratoire;
 - vi) Évaluation des facteurs de risque d'acquisition et de transmission;
 - vii) Identification des contacts.
- d) s'assurer que le traitement prescrit est conforme aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* en vigueur⁵.
- e) recommander qu'un spécialiste de la tuberculose fournisse le traitement ou soit consulté sur tous les cas résistants à au moins deux médicaments et sur tous les cas jugés des échecs thérapeutiques.

- f) mettre en place un mécanisme pour fournir la thérapie sous observation directe (TOD)^{††} pour :
 - i) Tous les cas de TB respiratoire doivent faire l'objet de la TOD pendant un minimum de huit semaines ou pendant que la personne est contagieuse, selon la plus longue de ces deux éventualités;
 - ii) Tous les cas (de tuberculose respiratoire ou non) résistants à au moins deux médicaments de première intention doivent faire l'objet de la TOD pendant toute la durée de leur traitement;
 - iii) Les cas (de tuberculose respiratoire ou non) assimilés à des échecs thérapeutiques ou à une réactivation de la tuberculose doivent faire l'objet d'une TOD pendant toute la durée de leur traitement;
 - iv) Les cas (de tuberculose respiratoire ou non) doivent faire l'objet d'une TOD pendant qu'ils reçoivent une thérapie intermittente.
- g) utiliser un outil d'évaluation de TOD et le jugement clinique pour identifier les cas de TB qui risquent de ne pas respecter leur traitement et qui pourraient nécessiter une observation directe pendant la durée du traitement.
- h) prendre contact avec les personnes atteintes de tuberculose respiratoire qui ne sont plus sous TOD au moins une fois par mois pour surveiller la réponse au traitement, l'observance thérapeutique et la toxicité du médicament jusqu'à la fin du traitement. Le jugement clinique doit déterminer la fréquence de la surveillance de tous les cas de tuberculose non respiratoire.
 - i) s'assurer que l'isolement respiratoire est interrompu seulement lorsque le cas n'est plus jugé contagieux.
 - j) mettre en place un mécanisme pour assurer l'accès et la gratuité des médicaments antituberculeux financés par la province au malade ou au fournisseur de soins de santé.
- k) examiner les traitements pharmacologiques et les résultats des épreuves de sensibilité pour s'assurer de l'adéquation du traitement.
- l) surveiller l'observance des traitements pharmacologiques prescrits par les patients, notamment la fin et le résultat du traitement.
- m) surveiller la conversion des expectorations mises en culture pour déceler la tuberculose pulmonaire (ou les améliorations à la radiographie pulmonaire si aucune culture d'expectorations n'est disponible).
- n) signaler au Ministère tous les cas qui :
 - i) quittent la province de l'Ontario;
 - ii) sont visés par une ordonnance de la Cour de justice de l'Ontario en application de l'article 35 de la LPPS¹.
- o) de donner des ordres aux cas présumés/confirmés de tuberculose, conformément aux critères précisés à l'article 22 de la LPPS¹.

5) Identification, évaluation et gestion des contacts de cas de tuberculose respiratoire

Le conseil de santé est tenu de :

- a) identifier les contacts ayant une haute priorité (tels que définis dans le glossaire) dans les 48 heures suivant le signalement du cas source ou le plus rapidement possible passé ce délai.
- b) recommander et assurer l'évaluation des contacts ayant une haute priorité de manière à exclure la tuberculose active le plus rapidement possible.
- c) recommander et assurer le traitement prophylactique des cas ayant une haute priorité décrits ci-dessous, qui ne sont pas atteints d'une forme active de la TB, même s'ils ont obtenu des résultats négatifs au test cutané à la tuberculine (TCT) :
 - i) Enfants de moins de 5 ans – le traitement prophylactique doit se poursuivre pendant au moins huit semaines après la fin du contact et une réévaluation doit être effectuée avant la fin du traitement prophylactique;
 - ii) Les contacts infectés par le VIH ou présentant une autre immunodéficience grave doivent recevoir un cycle de traitement complet contre l'ITL, quels que soient les résultats du TCT.

^{††} La thérapie sous observation directe consiste à observer la personne directement pendant qu'elle ingeste son médicament antituberculeux. L'observation est assurée par un observateur qualifié, tous les jours ouvrables que dure le traitement.

- d) orienter les contacts étroits qui ne sont pas considérés haute priorité vers des services complets d'évaluation de suivi dans les quatre mois suivant la fin du contact ou dans le mois suivant leur identification, selon la plus tardive de ces deux éventualités.
- e) identifier les autres contacts éventuels (autre ceux assimilés à des contacts étroits) dans le mois suivant le signalement du cas source. Orienter les autres contacts qu'il convient de suivre vers des services complets de suivi dans les quatre mois suivant la fin du contact ou dans le mois suivant leur identification, selon la plus tardive de ces éventualités.
- f) assurer le suivi de tous les contacts présentant des symptômes de tuberculose ou ayant obtenu des résultats positifs au TCT, de manière à exclure la tuberculose active et à envisager le traitement prophylactique.

6) Identification et gestion des cas d'ITL

Le conseil de santé est tenu de :

- a) mettre en œuvre des stratégies pour promouvoir l'identification et le traitement précoces des personnes atteintes d'ITL. Ces stratégies doivent comprendre une formation offerte chaque année aux fournisseurs de soins de santé et/ou aux intervenants communautaires afin de les inciter à :
 - i) envisager l'ITL chez les personnes exposées à des facteurs de risque;
 - ii) signaler les cas d'ITL conformément à la LPPS¹;
 - iii) faire le dépistage des groupes à risque élevé;
 - iv) comprendre la nécessité d'offrir le traitement qui convient aux personnes présentant une ITL et de s'assurer de l'observance complète du traitement.
- b) mettre en place un mécanisme pour assurer l'accès et la gratuité des médicaments antituberculeux financés par la province aux personnes qui reçoivent un traitement contre l'ITL ou aux fournisseurs de soins de santé.

Glossaire

Cas requérant une orientation d'urgence pour une surveillance médicale à des fins d'immigration : Tout demandeur qui requiert une surveillance médicale pour la tuberculose (par exemple en cas d'infection tuberculeuse pulmonaire) définie selon les critères standard de la Direction des services médicaux ou d'une autre forme de tuberculose non contagieuse répondant à au moins un des critères suivants :

- a) Affection ou condition médicale exposant le demandeur à un risque élevé d'évolution d'une infection tuberculeuse latente vers une forme active avec observations radiographiques 4.1 à 4.7. Ces affections et interventions sont les suivantes :
 - i) VIH/SIDA
 - ii) Transplantation avec thérapie immunosuppressive
 - iii) Insuffisance rénale de stade terminal (insuffisance rénale chronique/hémodialyse)
- b) Tuberculose extra-pulmonaire en cours de traitement.
- c) Tout autre facteur important susceptible de compliquer la prise en charge des contacts au Canada si la tuberculose latente évolue vers une forme active (p. ex., cas présumé de TB multi-résistante aux médicaments (TB-MR) en raison d'un contact antérieure avec un cas de TB-MR ou avec un cas de tuberculose ultrarésistante TB-UR).
- d) Radiographie pulmonaire donnant les résultats suivants :
 - i) Fibrose pleurale non calcifiée et/ou épanchement pleural lié à la tuberculose
 - ii) Maladie du parenchyme pulmonaire probablement liée à la tuberculose
 - iii) Maladie pulmonaire aiguë probablement liée à la tuberculose
- e) Constatations radiographiques en 4.7 (toute lésion cavitaire ou lésions « duveteuses » ou « molles » pouvant représenter une tuberculose active) ou présence d'anomalies importantes et étendues qui compliquent la détermination de la stabilité radiologique et/ou la mettent en doute.
- f) Cas connu de TB-MR ou TB-UR.

- g) Toute personne ayant déjà reçu un traitement pour au moins deux épisodes indépendants de tuberculose (respiratoire ou non).
- h) Toute personne présentant des antécédents de TB ayant reçu un traitement inhabituel/non conventionnel, tel que déterminé par un médecin de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) après consultation avec un spécialiste canadien de la tuberculose.

Contact: Personne identifiée comme ayant été en contact avec un cas de tuberculose active contagieux. Les contacts peuvent être classés comme suit : contact à haute priorité, contact familial étroit, contact non familial étroit, contact occasionnel et contact communautaire.

Contacts familiaux étroits: Personnes qui vivent sous le même toit qu'un cas de tuberculose contagieux. Par définition, les contacts familiaux sont censés partager quotidiennement leur espace respiratoire avec le cas source. D'autres personnes, dans des circonstances précises (cellule de prison, abris, dortoir universitaire ou baraquement militaire), peuvent être considérées des contacts familiaux étroits.

Contacts non familiaux étroits: Personnes ayant des contacts réguliers et prolongés avec le cas index et qui partagent quotidiennement leur espace respiratoire avec lui, sans pour autant vivre sous le même toit. Il s'agit des partenaires sexuels, des personnes directement et régulièrement en contact face à face avec le cas index, dans le cadre de relations professionnelles ou sociales.

Contacts occasionnels: Personnes qui passent moins de temps avec le cas contagieux ou qui ont moins de contacts directs avec lui. Il s'agit des compagnons de classe, des collègues de travail ou des membres d'un club ou d'une équipe.

Contacts communautaires: Personnes qui vivent dans la même collectivité ou qui fréquentent la même école ou le même milieu de travail.

Contacts ayant une haute priorité: Il s'agit des contacts familiaux étroits, des enfants de moins de cinq ans, des personnes présentant des facteurs de risque d'évolution de l'ITLI à la TB active, et des contacts exposés pendant une bronchoscopie, l'induction d'expectorations, une autopsie ou d'autres interventions médicales à risque élevé.

Références

1. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, ch. H.7.
Disponible à : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h07_f.htm.
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Tuberculosis prevention and control best practices. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2006. Disponible (en anglais seulement) à : https://www.publichealthontario.ca/imageserver/content/publichealth/TBPCConsolidated_Sept06.pdf.
3. Règl. de l'Ont. 569/90. Disponible à : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/regs/french/elaws_regs_900569_f.htm.
4. Ministry of Health and Long-Term Care. iPHIS tuberculosis (TB) user guide. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2008.
5. Site web de l'Agence de la santé publique du Canada. Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse. 6^e éd. Ottawa, Ontario : Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2007.
Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/pdf/tbstand07_f.pdf.