



**TUBERCULOSE ET
IMMIGRATION :
DES PARCOURS MULTIPLES**

D^{re} Christine Lacroix

**Colloque MI
9 avril 2014**



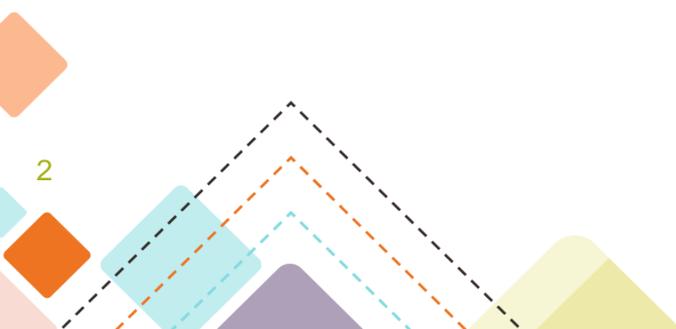
*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

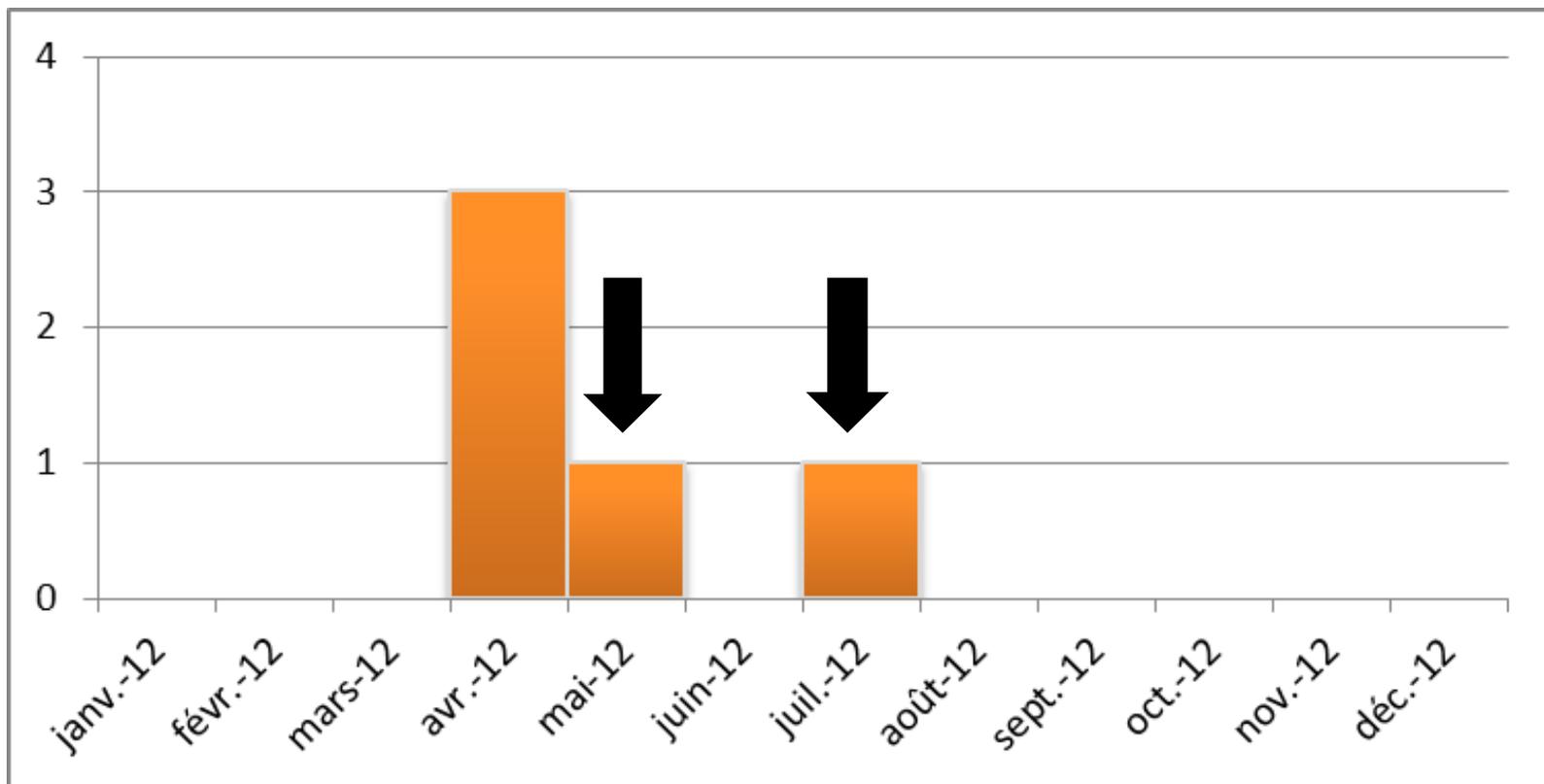
Direction de santé publique



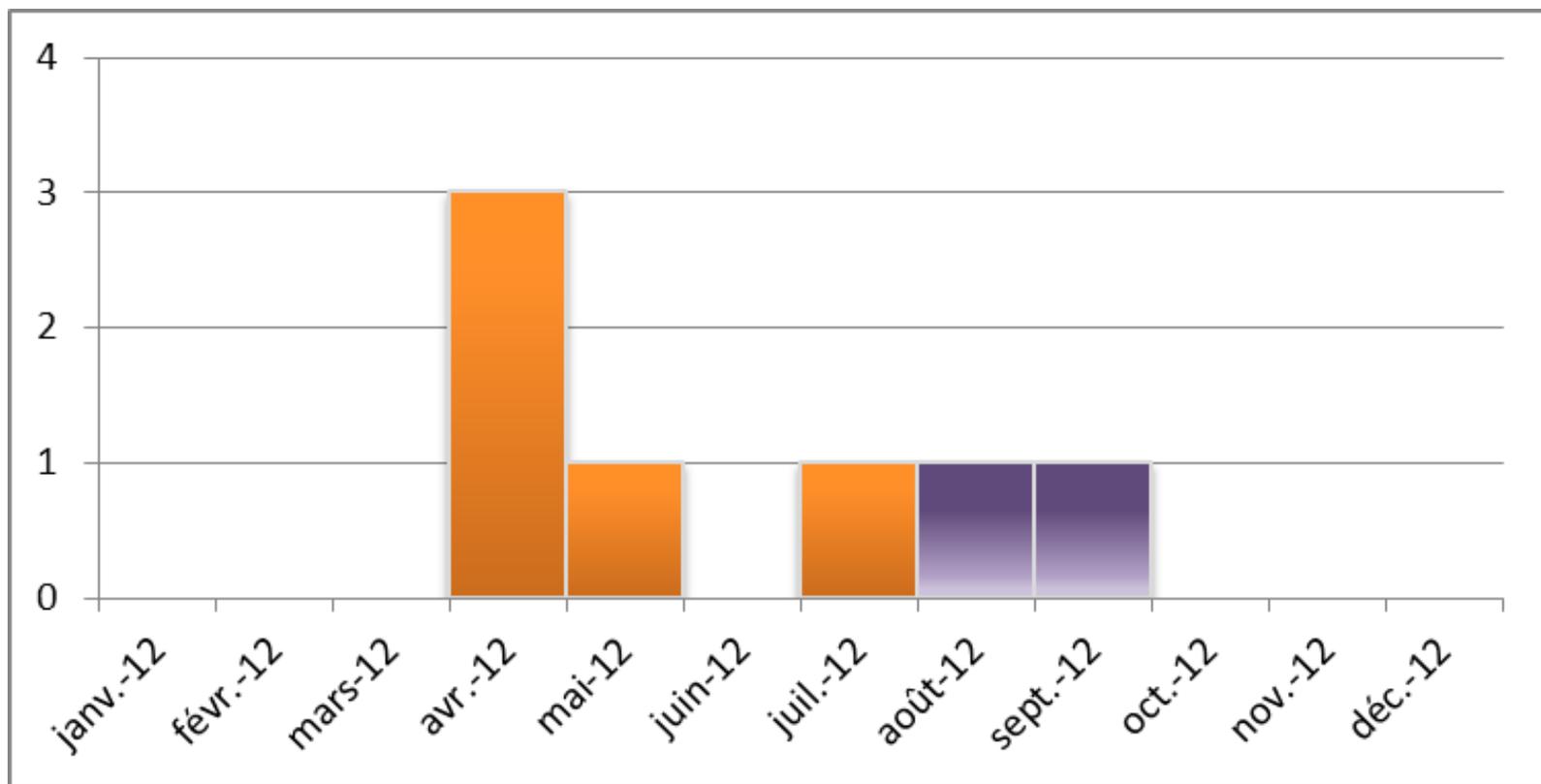
Objectifs

- Comprendre les défis posés par une éclosion en milieu d'immigration.
 - Identifier les dernières recommandations de dépistage chez les immigrants non visés par le programme de surveillance post-établissement.
 - Décrire les différents examens en lien avec la tuberculose aux différentes phases de l'immigration.
- 
- 

2012

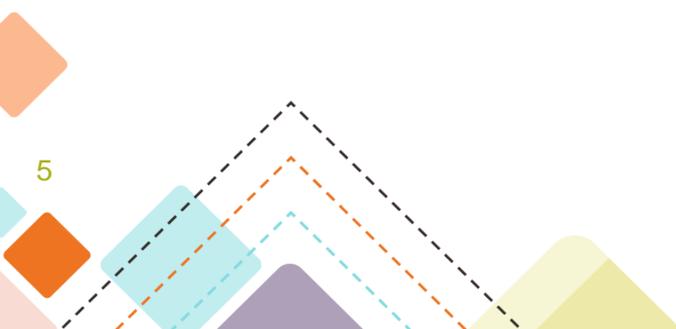


2012





Constat du dépistage

- Contacts nés au Canada : 1 seul positif (4 %)
 - Contacts nés à l'extérieur : 85 % positifs
 - Les 2 cas chez les enfants sont infirmés.
- 

Constats génotypage

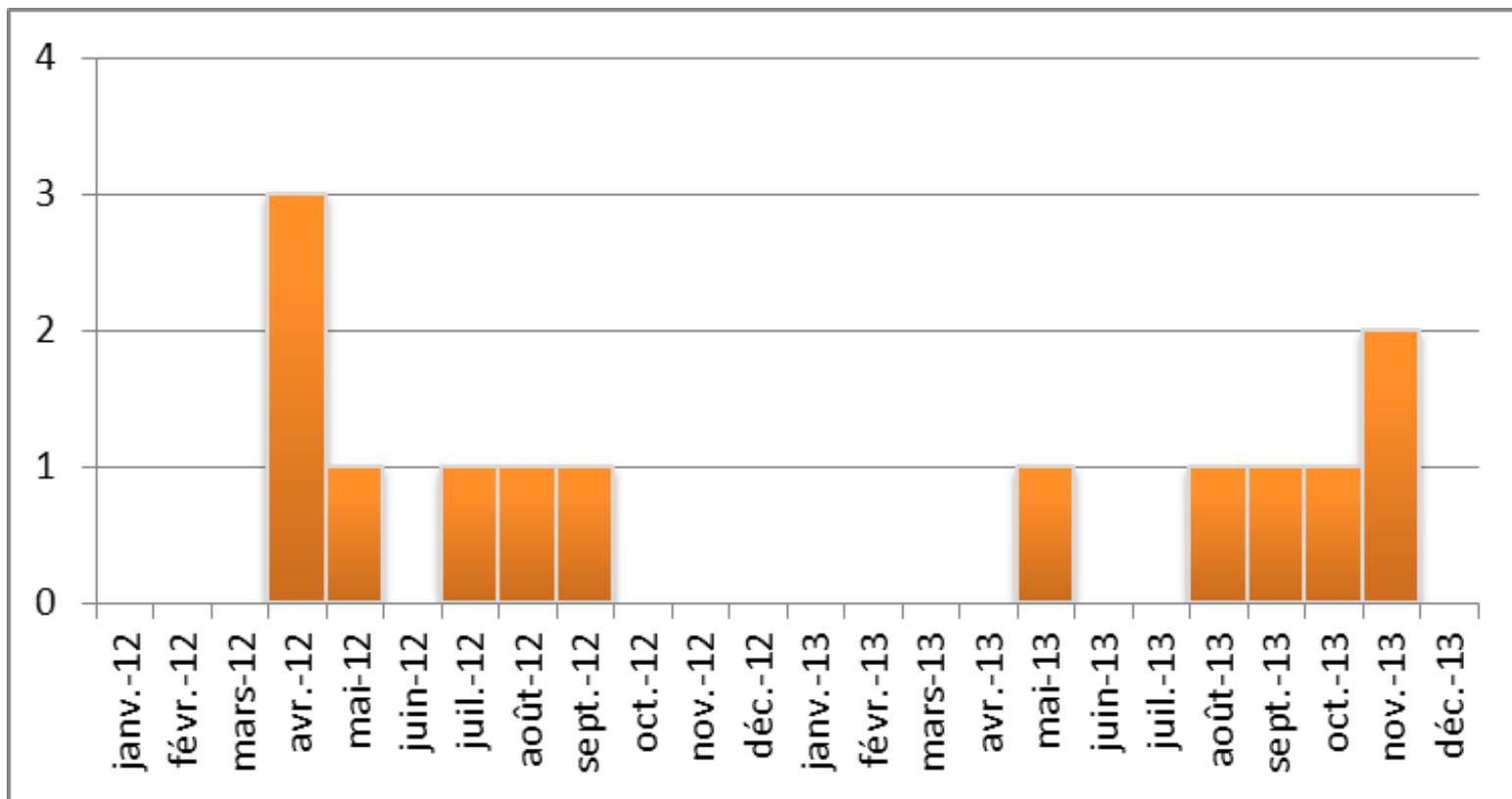
Groupe		Année épisode	Type TB	MIRU
1	Adultes	2008	Pulmonaire et pleurale	
	50 - 70 ans	2010	Extra-pulmonaire	
		2012	Pulmonaire	
		2008	Pulmonaire	
		2011	Pulmonaire	
2	Jeunes adultes	2009	Pulmonaire	
	(contacts étroits)	2012	Pulmonaire	
		2012	Pleurale	



Est-ce une éclosion ?

- Plutôt le reflet d'une population très à risque.
- Transmission locale ?
 - ✓ chez certains contacts étroits

2013



Automne 2013

- 5 des nouveaux cas ont un MIRU unique

Groupe	Année épisode	Type TB	MIRU
1 Adultes 50 - 70 ans	2008	Pulmonaire et pleurale	
	2010	Extra-pulmonaire	
	2012	Pulmonaire	
	2008	Pulmonaire	
	2011	Pulmonaire	
	2013	Pulmonaire	
2 Jeunes adultes (contacts étroits)	2009	Pulmonaire	
	2012	Pulmonaire	
	2012	Pleurale	



Priorité n° 1 :

Identifier les cas actifs, isoler et traiter

- Enjeux de la compliance et de la TOD
 - ✓ Liens avec le CLSC
 - ✓ Importance des interprètes
 - ✓ TOD en pharmacie dans certains cas
- Reconnaître les symptômes et consulter
 - ✓ Information dans la communauté : dépliants, rencontres.
- Délais de diagnostic
 - ✓ Information pour les cliniciens



Priorité n° 2 :

Dépister les contacts et traiter l'ITL

- Difficultés à convaincre de la pertinence du dépistage et du traitement de l'ITL
 - ✓ Visites à domicile pour rencontrer la famille.
- Compliance des contacts étroits infectés souvent faible
 - ✓ Accompagnement téléphonique par les infirmières de santé publique (exceptionnel)



Priorité n° 2 :

Dépister les contacts et traiter l'ITL (suite)

- multiples liens familiaux et communautaires ...
 difficile d'établir cercles de dépistage
 - ✓ Se recentrer sur les contacts domiciliaires et autres contacts étroits.



Dépister les groupes à risque ?

- Dépistage systématique des immigrants n'est pas recommandé.
- Mais le dépistage est recommandé pour certains groupes plus à risque.

Recommandations

Normes canadiennes 2013

Tous les enfants et adolescents dès que possible après l'arrivée.	Jusqu'à 20 ans
Réfugiés	20-50 ans
Immigrant avec maladie chronique :	
✓ Risque élevé (ex. : VIH, greffe, hémodialyse)	Tout âge
✓ Risque modéré (ex. : cortico, diabète)	Jusqu'à 65 ans
✓ Risque légèrement accru (ex. : alcool, insuffisance pondérale)	Jusqu'à 50 ans



Dépister les groupes à risque ?

- Des pré-requis :
 - ✓ accès aux services pour l'évaluation suite au dépistage et pour le suivi du traitement;
 - ✓ convaincre la population visée de la pertinence.
- Nécessite un bon lien entre le réseau de la santé et la communauté.



Le dépistage des immigrants et réfugiés

« Mais comment ça se fait qu'ils n'ont pas été dépistés et traités lors de l'immigration? »



Les composantes du dépistage des immigrants et réfugiés

- Examen médical réglementaire de l'immigration - « pré-établissement ».
 - ✓ Surveillance médicale « post-établissement »
- Signalement des immigrants porteurs du VIH en provenance des pays endémique pour la TB.



Examen médical réglementaire de l'immigration (EMRI)

- En général, fait dans le pays d'origine par un médecin désigné.
- Peut être fait au Canada par md désignés si demande d'immigration faite ici.

« pré-établissement »

EMRI

- ATCD, examen physique et santé mentale
- Analyse d'urine (5 ans et +)
- Radiographie pulmonaire (11 ans et +)
- Sérologie pour la syphilis (15 ans et +)
- Dépistage sérologique du VIH (15 ans et +, et chez certains enfants)
- Tout autre test jugé nécessaire

EMRI

TB active

TB inactive

ATCD de TB active
Anomalie compatible à la RX ET :
2 RX q 3 mois stables
+ 3 expecto nég
ou
2 RX q 6 mois stables

Entrée refusée
ad TX complété

Entrée autorisée
surveillance médicale à l'arrivée

Évaluation médicale
régulière (30 jrs)

Évaluation médicale
urgente (7 jrs)

RV médical

Avis de conformité





Avis de conformité

- L'immigrant doit obtenir un avis de conformité pour faire lever la condition d'entrée (la surveillance médicale).
 - ✓ Faire signer le formulaire par le md et le renvoyer à CIC (annexe 16 guide provincial).
- Pour CIC, la conformité = se présenter au premier RV médical.



Limite du programme de surveillance

- De tous les immigrants dépistés avant l'immigration :
 - ✓ 0,09 % des EMRI = TB active (en 2011);
 - ✓ 2 % sont identifiés comme « TB inactive ».
- 67 % des immigrants mis sur surveillance complètent le dépistage.
- La majorité des cas de TB sont diagnostiqués chez des immigrants non identifiés lors de l'EMRI.



Référence des patients VIH aux fins de dépistage de la TB

Depuis août 2011 :

Demande faite à CIC de signaler, aux autorités médicales de santé publique du Québec, les immigrants VIH + en provenance de pays endémique pour la TB.

- Le but premier du signalement est de prévenir le développement d'une tuberculose active chez ces personnes.

Référence des patients VIH aux fins de dépistage de la TB

QUI ?

- Les immigrants reçus VIH + en provenance de pays TB ≥ 30 cas /100 000
- Qui ne sont pas sous surveillance médicale (RX normale)

Comment ?

- CIC → DSP Montréal → région

Nombreux défis du dépistage....

Accès aux services

Dépistage offert

Dépistage fait

Traitement de l'ITL débuté

Traitement complété



Des pistes de solutions...

- TS ou clinique liée à un groupe culturel
 - ✓ Adaptation linguistique et culturelle, lien de confiance
- Formation des cliniciens
- Lien avec les organismes communautaires
- Amélioration de nos tests et traitement de l'ITL
- Lutte antituberculeuse mondiale



En conclusion

- La majorité des cas de TB sont diagnostiqués chez des immigrants non identifiés lors de l'EMRI.
- En santé publique, nos priorités sont :
 - ✓ Traitement des cas actifs
 - ✓ Dépistages des contacts
- Dépistage et traitement de l'ITL demeure un défi



QUESTIONS