

ANNEXE 1 DÉPISTAGE DE CERTAINS GROUPES

A1.1. Programmes de dépistage pour des populations particulières

Cette annexe (anciennement le chapitre 8 du Guide d'intervention pour la tuberculose v.2017) n'a été que minimalement modifiée depuis la dernière mise à jour.

Aucune revue de la littérature n'a été effectuée pour s'assurer que les informations présentées correspondent à l'évolution des connaissances scientifiques. La révision de ces recommandations était en dehors du mandat du Groupe de travail.

| | |
|--------------------|--|
| Généralités | <p>Cette section n'a pas été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017.</p> <p>La pertinence d'instaurer un programme de dépistage de l'ITB pour certaines populations particulières et pour les travailleurs en contact avec elles découle de plusieurs considérations : ces populations présentent une prévalence plus élevée d'ITB et de facteurs de risque de progression vers une tuberculose active. De plus, ces milieux constituent des environnements à risque de transmission.</p> <p>L'analyse de risque ainsi que la pertinence d'implanter un programme de dépistage doivent tenir compte des données propres à l'établissement et à la population desservie, soit :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le nombre de cas de tuberculose pulmonaire contagieuse dans une période de temps donnée et le degré de contagiosité de ceux-ci;• La durée d'exposition des contacts potentiels;• Les facteurs environnementaux tels que la ventilation, le surpeuplement, l'absence d'ensoleillement, la présence d'appareils d'irradiation germicide aux rayons UV, etc. <p>Dans un établissement, de santé ou autre, un programme de dépistage doit généralement s'inscrire à l'intérieur d'un programme global de lutte contre la tuberculose comprenant des mesures administratives, techniques et personnelles. La clientèle et les travailleurs doivent être traités séparément en ce qui a trait à l'analyse de risque et aux recommandations qui en découlent, puisque le type d'exposition potentielle, leurs facteurs de risque et leur relation avec l'établissement sont différents. Il faut également tenir compte des cadres administratifs et juridiques propres au contexte du travail (la Loi sur la santé et la sécurité du travail et la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles).</p> <p>Les personnes responsables d'élaborer des programmes de lutte contre la tuberculose pour les établissements au Québec peuvent se référer au chapitre 15 des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (édition de 2014)¹ tout en adaptant l'analyse à la réalité épidémiologique locale. Selon les ressources disponibles et lorsque nécessaire, les directions de santé publique peuvent offrir un soutien aux établissements ou à leurs travailleurs.</p> <p>¹ Il est à noter que la version 2022 des Normes canadiennes ne contient plus d'informations sur les mesures de prévention et de contrôle de la transmission spécifiques à certains établissements, à l'exception des milieux de soins (chapitre 14).</p> |
|--------------------|--|

Travailleurs de la santé

Cette section n'a pas été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017 à l'exception du Tableau 16.

La version 2022 des Normes canadiennes comporte un chapitre sur les mesures de prévention et de contrôle des infections en milieu de soins (chapitre 14).

Chaque établissement de santé doit se doter d'un programme de lutte contre la tuberculose basé sur une analyse de risque qui tient compte des caractéristiques locales.

Classification du risque

Les critères servant à l'analyse de risque pour les travailleurs des établissements de santé sont résumés dans les trois tableaux qui suivent. Cette analyse sert entre autres à identifier les travailleurs devant faire l'objet d'un dépistage de base et d'un dépistage périodique.

Tableau 15 Facteurs associés à la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé*

| Facteurs liés aux patients | Facteurs liés aux procédures de diagnostic | Facteurs liés au traitement | Facteurs environnementaux |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients atteints de TB contagieuse • Sécrétions respiratoires qui sont positives pour les BAAR • TB pulmonaire ou laryngée • Présence de toux | <ul style="list-style-type: none"> • Intervention provoquant la toux, p. ex. : induction de l'expectoration ou bronchoscopie • Autopsie, préparation de pièces anatomo-pathologiques, cultures de mycobactéries | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans le diagnostic • Traitement inadéquat ou incorrect • Administration d'aérosols thérapeutiques qui provoquent la toux • Irrigation des plaies | <ul style="list-style-type: none"> • Ventilation inadéquate • Recirculation d'air contaminé • Surpeuplement • Durée d'exposition à un patient contagieux et proximité d'un patient • Absence de lumière du soleil |

* Adapté de la 7^e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (ASPC, 2014).

Tableau 16 Niveau de risque de transmission selon le type d'établissements de santé*

| Type d'établissement | Faible risque | Risque modéré |
|--|--|---|
| Hôpital de 200 lits ou plus | < 6 patients atteints de TB admis chaque année | ≥ 6 patients atteints de tuberculose admis chaque année |
| Hôpital de moins de 200 lits et autres établissements (p. ex. les CHSLD) | < 3 patients atteints de TB admis chaque année | ≥ 3 patients atteints de tuberculose admis chaque année |

* Adapté de la 7^e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (ASPC, 2014).

Tableau 17 Niveau de risque de transmission selon le type d'activités des travailleurs de la santé*

| Activités à risque élevé | Activités à risque intermédiaire | Activités à risque faible |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Interventions médicales pouvant générer des aérosols (ex. : l'induction d'expectorations, l'intubation, la bronchoscopie) • Irrigation à haute pression de plaies infectées par <i>M. tuberculosis</i> • Autopsie • Anatomie morbide ou pathologique • Interventions mycobactériologiques en laboratoire, en particulier la manipulation de cultures de <i>M. tuberculosis</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Travail nécessitant un contact régulier et direct avec les patients (tâches effectuées par tous les TS des unités concernées) sur les unités de soins (y compris les services d'urgence, les unités de pneumologie, de médecine et de chirurgie thoracique pour enfants, nouveau-nés ou adultes) où des patients atteints de TB respiratoire peuvent être présents • Entretien ménager des chambres des patients dans les mêmes unités | <ul style="list-style-type: none"> • Travail nécessitant un contact minime avec les patients (comme les tâches administratives et à la réception) • Travail sur des unités où des patients atteints de TB respiratoire active risquent peu d'être présents • <i>La classification de telles unités comme étant à faible risque peut être inexacte si l'incidence de la TB est élevée dans la population qu'elles desservent (p. ex. patients nés ou ayant déjà habité dans un pays où l'incidence de la TB est élevée ou autres populations à risque). C'est dans de tels milieux que le diagnostic peut être le plus tardif.</i> |

* Adapté de la [section 1.3.2 du ch.14 des Normes canadiennes](#) (ASPC, 2022).

TCT au moment de l'embauche ou du stage

Pour les informations sur les indications de dépistage en dehors du contexte d'exposition à un cas de TB contagieuse, se référer à la [page web du PIQ sur le TCT](#).

**Détenus et
travailleurs des
milieux carcéraux**

Cette section n'a pas été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017.

Des informations sur les interventions en milieu carcéral se trouvent à la sous-section [Milieu carcéral \(p.95\)](#).

La version 2022 des Normes canadiennes n'aborde pas de manière spécifique les programmes de dépistage en milieu carcéral.

Au Canada, selon les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, le risque de tuberculose est plus élevé dans les établissements correctionnels que dans la population générale à cause de plusieurs facteurs (ASPC, 2014) :

- La prévalence de l'ITB chez les détenus est plus élevée que dans la population, en raison d'une surreprésentation des individus autochtones, des utilisateurs de drogues par injection et des personnes vivant en situation d'itinérance;
- Le risque de progression d'une ITB vers une tuberculose active est aussi plus élevé à cause de la prévalence de l'infection à VIH et de la consommation d'alcool et de drogues par injection;
- Le diagnostic peut être retardé parce que les services médicaux sont peu disponibles ou peu utilisés;
- La ventilation est souvent inadéquate à cause de la recirculation de l'air et de l'absence de fenêtres ouvertes;
- La densité de la population carcérale peut être élevée;
- Les détenus peuvent être transférés fréquemment à l'intérieur d'un établissement et d'un établissement à l'autre.

Les programmes de lutte antituberculeuse dans les établissements correctionnels doivent prévoir des mesures administratives, des mesures environnementales et des mesures personnelles (protection respiratoire si contact avec un cas suspect de tuberculose pulmonaire) en plus du dépistage tuberculinique et de la prise en charge des personnes qui présentent une ITB

Dépistage tuberculinique chez les détenus

La 7^e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse recommande que les détenus susceptibles de demeurer emprisonnés pendant 1 an ou plus fassent l'objet d'une évaluation initiale pour éliminer une tuberculose active et d'un dépistage de l'ITB à l'aide du TCT en 2 étapes (ASPC, 2014).

Pour les détenus des centres correctionnels provinciaux où la durée d'incarcération est souvent inférieure à 1 an, il est recommandé qu'au moment de l'entrevue d'admission, 1 ou 2 questions de dépistage (toux de plus de 3 semaines, expectorations inhabituelles) soient intégrées au questionnaire. La présence de symptômes évocateurs d'une infection respiratoire devrait déclencher l'orientation de la personne vers un service de santé qui fera une évaluation pour éliminer la possibilité d'une tuberculose active. Une fois la tuberculose active exclue, le dépistage de l'ITB par un TCT pourrait être envisagé chez les détenus qui seront probablement incarcérés pendant plus de 1 an, s'ils présentent des indications de dépistage et que les conditions permettant le traitement de l'ITB sont réunies.

| | |
|--|--|
| | <p>Dépistage tuberculinique chez les travailleurs des milieux carcéraux</p> <p>Actuellement, une évaluation pour détecter tout symptôme de tuberculose active et un TCT en deux étapes (s’il y a lieu) au moment de l’embauche est obligatoire pour les agents de services correctionnels engagés par Service correctionnel du Canada. Les dépistages annuels subséquents chez les agents fédéraux sont volontaires, mais vivement encouragés.</p> <p>Par contre, le TCT en deux étapes ne fait pas partie, présentement, du protocole d’examen de pré-emploi des agents correctionnels ou des constables spéciaux à l’emploi du ministère de la Sécurité publique du Québec. Une analyse des données provenant d’un programme de dépistage annuel de l’ITB par TCT chez les employés de quatre prisons provinciales à Montréal entre 1996 et 2003 a montré un taux de conversion de 1,6/100 personnes-années parmi les travailleurs participants. Ce taux de conversion suggérait un niveau de risque global légèrement accru par rapport à la population générale. Ces données pourraient refléter la présence occasionnelle de cas non diagnostiqués, mais ne justifient pas un programme de dépistage annuel chez ces travailleurs.</p> <p>Même si une sous-déclaration est possible et que la surveillance n’est pas optimale, les cas de tuberculose active sont probablement très rares chez les détenus des prisons provinciales du Québec et encore plus rares chez les employés. De plus, il n’y a pas de preuve d’éclosions récentes ou passées ou de transmission continue à l’intérieur des établissements correctionnels provinciaux. Le TCT en deux étapes est une procédure onéreuse pour l’employeur (quatre visites) et il n’y a pas, présentement, d’arguments en faveur de la mise en place d’une telle mesure.</p> |
| <p>Population marginalisée et personnes travaillant dans les établissements offrant des services à cette population</p> | <p>Cette section n’a pas été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d’intervention pour la tuberculose en 2017. Une section comprenant des statistiques a été retirée, car elle était désuète et non pertinente dans le contexte actuel.</p> <p>Des informations sur les interventions dans les refuges pour personnes en situation d’itinérance se trouvent à la section Refuges pour personnes en situation d’itinérance (p.96) de ce document.</p> <p>La version 2022 des Normes canadiennes n’aborde pas de manière spécifique les programmes de dépistage dans ces milieux.</p> <p>Pour ce qui est de la prévention de la transmission au sein des refuges et autres lieux de rassemblement intérieurs, la prévention primaire par l’amélioration de la ventilation et l’usage de l’irradiation UV germicide constitue probablement la meilleure stratégie de prévention, d’autant plus qu’il est difficile de retrouver les cas actifs et de remonter à leurs contacts.</p> <p>Pour la clientèle de ces milieux, le principal objectif de l’intervention est d’interrompre la transmission en recherchant les cas de tuberculose contagieuse. Le dépistage de l’ITB n’est généralement pas recommandé, à moins que les conditions permettant d’assurer l’achèvement du traitement soient réunies.</p> <p>À cause d’une exposition potentielle à des cas non diagnostiqués, dans un milieu où la ventilation est souvent inadéquate, les employés et les bénévoles</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>réguliers des refuges pour sans-abri courent un risque d'être infectés par la tuberculose. Entre 1998 et 2005, un TCT annuel a été offert aux employés de certains refuges, à Montréal, dans le cadre d'un programme de dépistage périodique. Chez les travailleurs sans contact connu, on a observé une incidence de conversion de 2,6/100 personnes-années. Sans démontrer un niveau de risque élevé, ces résultats suggèrent néanmoins la présence de transmission occulte dans ces milieux. Cependant, ces résultats ont été obtenus à Montréal et rien ne permet de les extrapoler à d'autres villes du Québec.</p> <p>La septième édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse recommande que les travailleurs et bénévoles réguliers des refuges pour sans-abri subissent un TCT en deux étapes à l'embauche, à moins qu'ils possèdent des résultats documentés d'un test antérieur en deux étapes et qu'ils passent un TCT annuel (pour ceux qui avaient un résultat négatif au TCT à l'embauche) (ASPC, 2014).</p> <p>Au Québec, pour les travailleurs des refuges et des services qui s'y rattachent, en tenant compte des ressources disponibles et du risque, les mesures minimales suivantes sont recommandées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer, à l'embauche, tout symptôme ou signe de tuberculose et faire un TCT de base en deux étapes, sauf s'il y a documentation écrite d'un tel test; • Consigner les résultats du TCT en deux étapes au dossier du travailleur (ou retranscrire les résultats indiqués dans un document antérieur); • Sensibiliser le travailleur à conserver ses résultats de TCT en vue de référence ultérieure. |
| <p>Programme de surveillance médicale d'immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada</p> | <p>Cette section a été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017 et révisée par la DVS du MSSS et l'ASPC.</p> <p>Le Québec accueille annuellement environ 45 000 immigrants (MIFI, 2023). La majorité (plus de 80 %) se font accorder la résidence permanente à partir de leur pays d'origine et environ 15 % sont acceptés comme réfugiés. La plupart des autres immigrants revendiquent et obtiennent le statut de réfugié. De 2017-2021, plus du deux tiers étaient originaires d'Asie (37,6 %) et d'Afrique (31,8 %) et seulement une faible proportion était d'origine d'Europe (16,1 %) et d'Océanie (0,3 %) (MIFI, 2023).</p> <p>Évaluation médicale avant l'établissement au Canada (pre-landing)</p> <p>Toute personne qui applique pour la résidence permanente au Canada (incluant les revendicateurs du statut de réfugié) et certaines personnes qui appliquent à la résidence temporaire (ex : certaines des personnes qui demandent des visas d'étudiant, travailleur ou visiteur) sont tenues de se soumettre à un Examen médical aux fins de l'immigration au Canada (EMI).</p> <p>L'EMI est effectué par un médecin désigné pour ce rôle par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Généralement, l'EMI est réalisé dans le pays d'origine avant l'immigration. Dans certains cas, l'EMI sera fait après l'arrivée au Canada (p.ex. : revendicateurs de statut de réfugiés ou résidents</p> |

temporaires qui font une demande de résidence permanente à partir du Canada).

L'EMI comprend les éléments suivants :

- Examen des antécédents médicaux;
- Examen physique;
- Examen de l'état de santé mentale;
- Analyse d'urine (demandeurs de cinq ans et plus);
- Radiographie pulmonaire (demandeurs de 11 ans et plus);
- Dépistage sérologique de la syphilis (demandeurs de 15 ans et plus);
- Dépistage sérologique du VIH (demandeurs de 15 ans et plus et chez certains enfants);
- Dépistage de la créatinine sérique (demandeurs de 15 ans et plus);
- Tout autre test jugé nécessaire.

Examen et dépistage de la TB dans le cadre de l'EMI:

Une radiographie pulmonaire est réalisée chez toutes les personnes de 11 ans et plus.

Depuis 2019, un dépistage de la TB active et de l'ITB est requis pour les personnes (incluant les enfants de moins de 11 ans) qui appartiennent à des groupes à risque élevé. Ces examens comprennent une radiographie pulmonaire et un dépistage de l'ITB (TLIG ou TCT).

Pour plus d'informations, consulter la [section 2.1 et le tableau 2 du chapitre 13](#) des Normes canadiennes (13).

Évaluation radiologique

Les radiographies pulmonaires sont classées selon une échelle ascendante de 18 observations généralement associées à une ITB pour les moins importantes jusqu'à une tuberculose pulmonaire active pour les plus importantes.

Tableau 18 Scores associés à la radiographie pulmonaire demandée dans le cadre de l'EMI et justifiant une surveillance médicale*

| Score | Signes radiologiques |
|-------|---|
| 4.1 | Lésions apicales fibronodulaires/fibrocalcifiées ou microcalcifications apicales |
| 4.2 | Nodules/Micronodules pulmonaires multiples/individuels (non définis ou non calcifiés) |
| 4.3 | Masse/Lymphadénopathie hilare ou médiastinale isolée (non calcifiée) |
| 4.4 | Nodules/Masses pulmonaires uniques/multiples ≥ 1 cm |
| 4.5 | Fibrose pleurale non calcifiée et/ou épanchement pleural |
| 4.6 | Maladie du parenchyme pulmonaire/Maladie pulmonaire aiguë probablement associée à la tuberculose |
| 4.7 | Toute lésions cavitaires ou lésions « duveteuses » ou « molles » pouvant représenter une tuberculose active |

* Adapté de la 7^e édition des Normes canadiennes (2014) et validé par l'ASPC en date de décembre 2023.

Suivi selon les résultats de l'évaluation médicale :

Personnes présentant une tuberculose active :

- Les demandeurs chez qui l'on a détecté une tuberculose pulmonaire active se voient refuser l'entrée au Canada aussi longtemps qu'ils n'ont pas prouvé qu'ils ont reçu un traitement complet conforme aux directives établies (ex. : Normes canadiennes).

Pour plus d'informations, consulter la [section 2.1 du chapitre 13](#) des Normes canadiennes (13).

Personnes considérées à haut risque de développer une TB active

- Les personnes considérées à haut risque de développer une TB active sont autorisées à entrer au Canada, mais doivent se soumettre à un programme de surveillance médicale après leur arrivée au pays.

Selon les Normes canadiennes (13), ces conditions sont :

- Traitement antituberculeux antérieur;
- TB pulmonaire inactive à la radiographie pulmonaire (après des examens en vue d'exclure la TB pulmonaire active);
- TB extrapulmonaire;
- Contact familial/étroit avec des personnes atteintes de TB active au cours des cinq dernières années;
- Personnes ayant obtenu un test TLIG ou TCT réactif avant l'arrivée qui sont à risque très élevé ou élevé de réactivation de la TB (p. ex. insuffisance rénale chronique (IRC), VIH, antécédents de certains cancers de la tête et du cou dans les cinq dernières années, receveur de greffe d'organe solide ou de moelle osseuse sous traitement immunosuppresseur).

Une fois arrivés au Canada, certains demandeurs sont tenus par IRCC de se soumettre à une surveillance médicale urgente ou régulière. Les cas d'orientation médicale urgente doivent être évalués dans les sept jours suivant leur arrivée au Canada par un médecin familial avec les différents aspects de la tuberculose, alors que les cas d'orientation médicale régulière doivent être évalués dans les 30 jours suivant leur arrivée au Canada.

Les critères pour déterminer s'il s'agit d'un cas d'orientation médicale **urgente** sont les suivants :

- Un demandeur avec un score pour la radiographie pulmonaire allant de 4.1 à 4.7 et qui présente un des problèmes de santé suivants :
 - Infection à VIH/sida;
 - Transplantation s'accompagnant d'un traitement immunosuppresseur;
 - Insuffisance rénale terminale.
- Tout cas de tuberculose non respiratoire qui reçoit un traitement;
- Tout autre facteur important qui peut compliquer la prise en charge des contacts au Canada si l'infection tuberculeuse progresse vers la maladie active (ex. : contact antérieur avec une tuberculose multirésistante ou ultrarésistante);

- Certains cas présentant une radiographie pulmonaire ayant reçu le score de 4.5, 4.6 ou 4.7 (voir le [Tableau 18](#));
- Un cas connu de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante traitée;
- Toute personne qui a reçu un traitement pour deux épisodes indépendants ou plus de tuberculose dans le passé (respiratoire ou non respiratoire);
- Toute personne ayant des antécédents de tuberculose qui a reçu un traitement non classique ou particulièrement inhabituel, selon un médecin de IRCC, après consultation d'un spécialiste canadien de la tuberculose.

Les critères pour déterminer s'il s'agit d'un cas d'orientation médicale **régulière** sont les suivants :

- Une radiographie pulmonaire avec un score de 4.1 à 4.7 à moins qu'il y ait des données en bonne et due forme indiquant que l'anomalie observée n'est pas liée à la tuberculose (p. ex. une tumeur pulmonaire) ou qu'on sache déjà que la personne fait l'objet d'une orientation urgente;
- Un traitement adéquat et complet de la tuberculose respiratoire active, diagnostiquée durant l'EMI, une stabilité radiologique et des frottis et des cultures d'expectorations négatives après le traitement;
- Des antécédents de tuberculose respiratoire ou non respiratoire.

Pour plus d'informations, se référer aux [procédures IRCC pour la surveillance médicale](#) et au [document d'information sur la surveillance médicale : tuberculose non évolutive ou tuberculose complexe non infectieuse](#).

Évaluation médicale après l'établissement au Canada (post-landing) (surveillance médicale)

Une fois arrivés au Canada, les immigrants qui doivent se soumettre à une surveillance médicale se voient remettre, au point d'entrée, un formulaire IMM 0535B ([annexe A4.4](#)) où figurent leurs données sociodémographiques et leur adresse. Ils doivent également signer l'engagement suivant :

« Je sais qu'au Canada les autorités provinciales/territoriales de la santé voudront peut-être vérifier mon état de santé, ce à quoi je consens. Je sais que le droit d'établissement au Canada me sera accordé sous réserve que je me présente à une clinique provinciale/territoriale dans les [30] jours suivants mon admission comme résident permanent. Je signalerai sans délai tout changement d'adresse à Immigration Canada et aux autorités provinciales/territoriales compétentes. »

Au Québec, la gestion de l'orientation médicale de l'immigrant, une fois le formulaire IMM 0535B remis, est sous la responsabilité de la Direction de la vigie sanitaire (DVS) du MSSS. Selon le lieu de résidence au Québec, la DVS informe la DSPublique de la région concernée qu'un nouveau client doit se soumettre à une surveillance médicale. La DSPublique concernée se chargera alors de consulter le portail d'IRCC en y prenant connaissance des documents déposés (ex. : IMM0535B) et d'entrer en communication avec le nouvel arrivant afin de l'orienter pour qu'il subisse une évaluation médicale.

Lorsque le client a été évalué par le médecin, la Direction de la santé publique du lieu de résidence est responsable d'aviser l'unité de liaison de la santé publique d'IRCC en inscrivant la conformité du client à son dossier, dans le

portail d'IRCC. Pour IRCC, la conformité consiste à se présenter au premier rendez-vous avec un spécialiste, un clinicien ou autre professionnel de la santé désigné par l'autorité de santé publique dans les six mois qui suivent le premier avis d'IRCC afin que celui-ci puisse évaluer l'immigrant. Le résident permanent doit obtenir un avis de conformité afin de faire lever la condition d'entrée au Canada. Cette condition d'entrée (le fait d'être mis sous surveillance médicale pour une tuberculose inactive) doit être remplie lorsque le résident permanent fait ultérieurement une demande de citoyenneté canadienne. À défaut de se conformer, la demande de citoyenneté pourrait être retardée et même refusée.

Nature de l'évaluation médicale au Canada

Toute personne orientée vers la surveillance médicale doit subir au moins une évaluation médicale complète, effectuée par un médecin qui a de l'expérience dans le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose, ou en collaboration avec ce dernier. Les documents et clichés radiographiques liés à l'EMI, qui peuvent être obtenus de IRCC, peuvent faciliter l'évaluation et justifier l'orientation.

Les éléments importants de cette évaluation médicale initiale sont indiqués ci-après :

- Un interrogatoire complet :
 - Raison de l'orientation vers la surveillance médicale;
 - Données démographiques (p. ex. date de naissance, sexe, pays de naissance, pays de dernière résidence);
 - Antécédents de tuberculose et traitement d'une tuberculose active ou d'une ITB antérieure;
 - Antécédents familiaux de tuberculose ou contact récent avec un cas de tuberculose respiratoire;
 - Antécédents médicaux personnels et questions spécifiques sur les symptômes de tuberculose (p. ex. toux, perte de poids, fatigue, fièvre, sueurs nocturnes, hémoptysie), relevé des maladies concomitantes, notamment déficits immunitaires, médicaments actuellement prescrits et antécédents de vaccination avec le BCG.
- Un examen physique ciblé, orienté par les résultats de l'interrogatoire et les données de laboratoire disponibles;
- D'autres investigations jugées pertinentes :
 - Radiographie pulmonaire, autres études radiologiques indiquées d'après les résultats de l'interrogatoire et de l'examen physique;
 - Prise d'échantillons d'expectorations (spontanées ou provoquées) pour l'analyse microbiologique (frottis, culture et TAAN);
 - TCT s'il n'existe aucun résultat documenté;
 - Test de libération d'interféron gamma.

Si un diagnostic de tuberculose active est posé, le cas sera déclaré à la DSPublique de la région et les mesures usuelles seront prises (se référer au [chapitre 5 Tuberculose active \(p.18\)](#) et au [chapitre 7 Interventions auprès d'un cas de tuberculose active \(p.58\)](#)). Si l'on diagnostique une ITB ou une

tuberculose guérie qui n'a jamais été traitée ou qui a été traitée inadéquatement, la prise en charge devra également se faire de façon usuelle (se référer au [chapitre 6 Infection tuberculeuse \(ITB\) \(p.35\)](#)).

Suivi ultérieur

Chez les personnes pour qui le traitement de l'ITB n'est pas prescrit, le suivi peut durer en général jusqu'à 2 ans (p. ex. être effectué après 6, 12 et 24 mois). Le médecin qui examine le patient peut toutefois juger prudent de suivre ce dernier plus fréquemment ou plus longtemps.

Les examens de suivi devraient comprendre, minimalement :

- Un bilan des symptômes;
- Une radiographie pulmonaire;
- Et, si le patient présente des symptômes, le prélèvement d'échantillons pour l'analyse microbiologique (frottis, culture et TAAN)-

Le suivi peut varier selon le risque de rechute ou de réactivation, en particulier s'il s'agit d'une souche pharmacorésistante de tuberculose. Il n'est pas rare que des personnes faisant l'objet d'une surveillance médicale présentent des symptômes de tuberculose active à un autre moment que lors du rendez-vous prévu. Il est donc important d'assurer l'accès aux soins médicaux, advenant que des symptômes apparaissent.

Le risque de tuberculose active chez les immigrants infectés par le bacille tuberculeux est plus important dans les premières années suivant l'installation au Canada, mais il persiste à vie. On doit conseiller aux personnes dont le suivi est terminé de consulter immédiatement un médecin si elles présentent des symptômes évocateurs d'une maladie active et d'aviser le personnel médical qu'elles ont fait l'objet d'une surveillance médicale de la tuberculose par les services d'immigration.

Pour plus d'informations, se référer au [chapitre 13](#) des Normes canadiennes (13).

| | |
|--|---|
| Infection par le VIH dépistée lors de l'EMI | <p>Cette section a été modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017 et révisée par la DVS du MSSS.</p> <p>Contrairement aux autres provinces canadiennes, l'Infection par le VIH n'est pas à déclaration obligatoire au Québec sauf si la personne a reçu ou donné du sang ou autres produits sanguins. Par conséquent, IRCC ne déclare pas les personnes immigrantes au Québec qui ont un statut VIH positif. Toutefois, à la demande de la Direction générale de la santé publique du MSSS et selon le chapitre X de la Loi de la santé publique sur le signalement de menace à la santé, depuis septembre 2011, le Directeur national de la santé publique a demandé que le médecin d'IRCC lui signale les immigrants infectés par le VIH en provenance de pays avec des taux d'incidence élevés de TB. Ce signalement permet aux DSPublique de référer l'immigrant pour prise en charge médicale rapide de leur infection au VIH et pour un dépistage de l'infection tuberculeuse (ITB) considérant leur risque plus élevé de développer une tuberculose active. Se servant du modèle conçu pour la prise en charge et l'évaluation des résidents permanents avec TB inactive, la DVS transmet le signalement à la DSPublique concernée afin que le suivi approprié soit effectué.</p> <p>Par ailleurs, le dépistage de l'infection tuberculeuse pour certains groupes à haut risque de réactivation, notamment les personnes avec une sérologie positive pour le VIH, a été ajouté à l'EMI depuis mai 2019.</p> <p>Pour plus d'informations sur le dépistage de l'ITB chez la population née à l'étranger, se référer aux sections 2.3 et 2.4 du ch.13 des Normes canadiennes (13).</p> |
| Voyageurs | <p>Cette section a été retirée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention pour la tuberculose en 2017.</p> <p>Pour plus d'informations, consulter les sections traitant la tuberculose dans le Guide d'intervention santé-voyage: Tuberculose.</p> |

A1.2. Dépistage de l'ITB chez les personnes infectées par le VIH

Cette annexe n'a été que minimalement modifiée depuis la dernière mise à jour du Guide d'intervention en 2017 et n'est présentée qu'à titre informatif. Les principaux changements des Normes canadiennes (2022) ont été intégrés.

Aucune revue de la littérature n'a été effectuée.

La révision de ces recommandations était en dehors du mandat du Groupe de travail.

| | |
|---|--|
| <p>Généralités</p> | <p>Des revues systématiques ont montré que les personnes présentant une infection par le VIH présentaient un risque très élevé de développement de tuberculose active dans les deux à trois ans suivant un résultat de dépistage positif de l'ITB, en l'absence de traitement de l'ITB.</p> <p>Se référer au tableau 2 du chapitre 4 des Normes canadiennes (4).</p> <p>Les Normes canadiennes (4) considèrent que les personnes infectées par le VIH constituent un groupe prioritaire pour le dépistage et le traitement de l'ITB. (section 3.4 du chapitre 4 des Normes canadiennes (4)).</p> <p>La thérapie antirétrovirale réduit le risque de progression vers la tuberculose active; le traitement de l'ITB le réduit encore davantage (section 3.4.3 du chapitre 4 des Normes canadiennes (4)).</p> <p>Le problème de la co-infection se complique par la prévalence élevée d'anergie au moment de l'évaluation médicale initiale, ce qui rend difficile la détection de l'ITB et l'application de son traitement. Bien que plusieurs patients séropositifs pour le VIH et infectés par la tuberculose aient un TCT positif, la plupart de ceux dont la maladie causée par le VIH est avancée seront anergiques. Des études ont clairement démontré qu'une personne infectée par le VIH, qui n'a aucune réaction cutanée au TCT, a une probabilité nettement accrue de développer une tuberculose active si d'autres facteurs de risque associés à la tuberculose sont présents (p. ex. être originaire d'un pays avec des taux d'incidence de tuberculose élevés, consommation de drogues par injection, etc.).</p> |
| <p>Antécédents d'exposition à la TB ou d'ITB</p> | <p>Chaque personne nouvellement infectée par le VIH doit avoir une évaluation permettant de déterminer les antécédents de tuberculose active ou toute exposition connue ou probable à la tuberculose, notamment un contact étroit avec un cas contagieux ou le fait d'être originaire d'une collectivité présentant un taux d'incidence élevé de tuberculose, ainsi que d'obtenir les résultats de tout TCT/TLIG antérieur.</p> |
| <p>Dépistage ITB</p> | <p>Sauf dans les cas où il y a des antécédents de tuberculose active ou de TCT (ou TLIG) antérieur significatif bien documenté, ou encore si le résultat du test n'influencera aucunement la conduite ultérieure (p. ex. la décision de donner un traitement de l'ITB est déjà prise à partir d'autres facteurs de risque), il est recommandé d'effectuer un test de dépistage de l'ITB chez toute personne infectée par le VIH. Le TLIG et le TCT ont une efficacité comparable pour faire la distinction entre les personnes infectées par le VIH qui sont à haut risque</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>d'évolution vers la TB active et celles qui sont à faible risque d'évolution vers la TB active (section 3.4.3 du chapitre 4 des Normes canadiennes (4)).</p> <p>Le TCT doit être répété chaque année chez les patients dont le TCT est négatif s'ils courent un risque accru d'exposition continue à la tuberculose.</p> <p>Pour le TCT :</p> <p>Une induration ≥ 5 mm au TCT est considérée comme révélatrice d'une ITB chez les personnes infectées par le VIH.</p> <p>Si l'induration est < 5 mm, comme le TCT peut donner des résultats faussement négatifs chez les immunodéprimés, le clinicien peut adopter l'une des deux approches suivantes :</p> <p>Faire subir aux patients dont le TCT est négatif un nouveau test une fois qu'un traitement antirétroviral a été institué et qu'une reconstitution du système immunitaire est signalée par une augmentation du nombre de lymphocytes CD4;</p> <p>Effectuer un TLIG s'il soupçonne toujours une ITB. Si le résultat au TLIG est positif, la personne est considérée comme un cas d'ITB. Si le résultat au TLIG est indéterminé, le test doit être répété pour exclure toute erreur de laboratoire. Si le résultat au test répété est également indéterminé, le clinicien doit soupçonner une anergie et s'appuyer sur les antécédents de la personne, les caractéristiques cliniques et tout autre résultat de laboratoire pour prendre une décision quant à la probabilité d'une ITB. Si le résultat au TLIG est négatif, l'ITB est peu probable.</p> <p>Pour plus d'informations sur le dépistage de l'ITB chez les personnes infectées par le VIH, se référer à la section 3.4.3 du chapitre 4 et à la section 7 du chapitre 9 des Normes canadiennes (4,9).</p> |
| <p>Investigation si ITB</p> | <p>Les patients infectés par le VIH qui obtiennent un résultat positif au TCT ou qui ont des antécédents bien documentés d'un tel résultat doivent subir un examen clinique, une radiographie pulmonaire et d'autres investigations jugées utiles d'après les résultats cliniques afin d'exclure la présence d'une tuberculose active. Ces patients semblent plus nombreux à souffrir d'une tuberculose active sans présenter les caractéristiques cliniques ou radiologiques typiques telles que la toux ou des anomalies à la radiographie pulmonaire. D'où la nécessité, avant d'amorcer un traitement de l'ITB, d'effectuer une évaluation médicale particulièrement rigoureuse en vue d'exclure la maladie active, notamment en effectuant une culture des expectorations même en l'absence d'anomalies radiologiques.</p> |
| <p>Traitement ITB</p> | <p>Le traitement de l'ITB doit être envisagé pour toute personne séropositive pour le VIH qui présente une réaction cutanée au TCT ≥ 5 mm ou un TLIG positif. La prévention de la tuberculose chez les patients séropositifs pour le VIH est très importante, tant pour des raisons de santé individuelle que pour des raisons de santé publique. Si un de ces patients pour qui le risque de progresser vers la tuberculose active est élevé ne suit pas en entier ou refuse le traitement de l'ITB, un suivi très serré est recommandé afin de s'assurer qu'une tuberculose active est détectée rapidement.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Le traitement à l'INH des personnes séropositives au VIH dont le TCT est entre 0 et 4 mm ou qui présentent une anergie ne présente aucun avantage selon plusieurs essais cliniques randomisés. En général, le traitement de l'ITB n'est pas indiqué chez les personnes immunodéprimées dont le TCT est négatif. Certains experts jugent que le traitement peut être envisagé lorsqu'une personne est infectée par le VIH et a un risque très élevé d'ITB (p. ex. contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse, naissance dans un pays où l'incidence de la tuberculose est élevée ou anomalies radiologiques compatibles avec une infection tuberculeuse passée). La décision de traiter ou non devrait être prise individuellement après consultation avec un expert en tuberculose.</p> <p>Pour plus d'information sur le traitement de l'ITB chez les personnes infectées par le VIH, se référer à la section 4.2 du chapitre 6 pour les personnes sous antirétroviraux (6) et sections 5.9 et 8 du chapitre 9 pour les enfants (9).</p> |
|--|---|