

ANNEXE 3 OUTILS DE SOUTIEN À L'ÉVALUATION DES RISQUES

A3.1. Gradation des mesures pour assurer la fidélité au traitement d'un cas de tuberculose

Cet outil se veut un aide-mémoire pour la gradation des mesures légales ou autres à considérer lors de l'intervention auprès d'un cas qui refuse, néglige de suivre ou interrompt son traitement médical. Les mesures mentionnées sont des exemples et la prise en compte des circonstances spécifiques est essentielle pour assurer l'acceptabilité et le succès des mesures. Le jugement de l'intervenant de santé publique et du médecin traitant a préséance.

L'émission d'un ordre d'isolement ou d'une ordonnance brime les droits de la personne et leur application entraîne des coûts très importants (comme l'hospitalisation prolongée avec gardien de sécurité devant la porte de la chambre d'hôpital). Ainsi, la DSPublique doit consulter les intervenants engagés dans le suivi du patient non fidèle à son traitement pour s'assurer que ce dernier présente un risque réel pour la santé publique et vérifier si toutes les interventions possibles ont été tentées avant d'en arriver aux mesures légales (gradation des interventions coercitives).

Tableau 19 Liste non exhaustive des interventions possibles pour favoriser la complétion d'un traitement de tuberculose.

Interventions (l'ordre peut varier selon la situation)	Référence	<input checked="" type="checkbox"/>
MESURES FACILITANTES (NON COERCITIVES)		
• Information au patient sur la tuberculose en tant que MATO		<input type="checkbox"/>
• Utilisation d'un pilulier hebdomadaire pour l'auto-administration du traitement		<input type="checkbox"/>
• Mise en place d'une thérapie sous observation directe (TOD régulier, par vidéo, etc.)	Outil de la DSPu06	<input type="checkbox"/>
• Évaluations médicales plus fréquentes en présence d'un professionnel de santé publique		<input type="checkbox"/>
• Rappels téléphoniques et textos avant les rendez-vous médicaux		<input type="checkbox"/>
• Suivi immédiat des rendez-vous manqués (appels ou textos)		<input type="checkbox"/>
• Rappels téléphoniques et textos pour s'assurer que le patient se rende à la pharmacie pour récupérer ses médicaments et pour s'enquérir à la fois des effets indésirables ou autres obstacles à la fidélité au traitement		<input type="checkbox"/>
• Visite domiciliaire par un intervenant de santé publique ou autre		<input type="checkbox"/>
• Intégration dans les autres soins que le patient reçoit (ex. : soins VIH, etc.)		<input type="checkbox"/>
• Aides financières et alimentaires (ex. : allocations, produits personnels, cartes-cadeaux, etc.)		<input type="checkbox"/>
• Aide au transport pour les rendez-vous médicaux		<input type="checkbox"/>
• Modification du schéma thérapeutique pour un régime intermittent avec TOD		<input type="checkbox"/>
• Enjoindre le patient à signer un contrat d'engagement face au traitement	Annexe A5.2. Exemple de contrat d'engagement p.146	<input type="checkbox"/>
• Information au patient concernant les mesures légales possibles s'il ne suit pas adéquatement son traitement		<input type="checkbox"/>
• Autre (précisez) :		<input type="checkbox"/>

Tableau 19 Liste non exhaustive des interventions possibles pour favoriser la complétion d'un traitement de tuberculose (suite)

Interventions (l'ordre peut varier selon la situation)	Référence	<input checked="" type="checkbox"/>
MESURES LÉGALES		
<ul style="list-style-type: none"> Exiger un examen médical ou un prélèvement d'échantillon dans la situation où il y a un motif sérieux de croire qu'une personne est infectée par la tuberculose, et ce, même si elle n'est pas connue contagieuse, mais pourrait l'être ou le devenir. 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 100, 9°	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordre de cessation d'une activité ou de prendre des mesures de sécurité particulières. 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 106 7°	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordre d'isolement d'au plus 72 heures pour forcer un patient à se présenter à l'hôpital pour une évaluation médicale. 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 103 et a.106 7°	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordre d'isolement d'au plus 72 heures pour forcer un patient à rester à l'hôpital s'il est contagieux. 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 103 et a.106 7°	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordre de respect des directives précises pour éviter toute contagion 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 106 8°	<input type="checkbox"/>
MESURES LÉGALES EXTRAORDINAIRES		
<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance judiciaire pour enjoindre un patient à subir une évaluation médicale 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 87	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance judiciaire pour enjoindre un patient à s'isoler, conformément à l'ordre du directeur de santé publique, pour une période d'au plus 30 jours ou jusqu'à ce que les risques de contagion n'existent plus selon le médecin traitant 	L.R.Q., c. S-2.2, a.109	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance judiciaire pour enjoindre un patient à se soumettre au traitement approprié 	L.R.Q., c. S-2.2, a. 87	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance judiciaire pour contraindre un patient à une hospitalisation pour une période prolongée afin de s'assurer de la prise du traitement 	L.R.Q., c. S-2.2, a.88	<input type="checkbox"/>

A3.2. Analyse du risque de transmission

Cet outil se veut un aide-mémoire pour l'évaluation du risque qu'un cas de tuberculose représente un risque de contagion suite au refus ou à l'interruption de traitement. Les éléments mentionnés sont des exemples et doivent être évalués dans leur contexte spécifique. La liste n'est également pas exhaustive. Le jugement de l'intervenant de santé publique et du médecin traitant a préséance.

Tableau 20 Éléments à considérer dans l'analyse du risque de transmission suite au refus ou à l'interruption de traitement d'un cas de tuberculose

Éléments à considérer	Niveau de risque de contagion ou de conséquences négatives sur la population exposée	
	Risque plus élevé	Risque plus faible
Forme clinique de la tuberculose et étendue de l'atteinte	<input type="checkbox"/> TB pulmonaire <input type="checkbox"/> TB laryngée <input type="checkbox"/> TB pleurale avec atteinte pulmonaire <input type="checkbox"/> TB miliaire/disséminée	<input type="checkbox"/> Atteintes du système respiratoire non contagieuses (adénite des ganglions médiastinaux) <input type="checkbox"/> TB extrapulmonaire sans atteinte pulmonaire
Tuberculose résistante à un antituberculeux	<input type="checkbox"/> Monorésistance <input type="checkbox"/> Multirésistance <input type="checkbox"/> Ultrarésistance	<input type="checkbox"/> TB sensible
Résultats récents de tests de laboratoire	<input type="checkbox"/> Frottis positif <input type="checkbox"/> Culture positive <input type="checkbox"/> PCR positif	<input type="checkbox"/> Frottis négatif <input type="checkbox"/> Culture négative <input type="checkbox"/> PCR négatif
Résultat de la radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/> RX anormale <input type="checkbox"/> Présence de cavités	<input type="checkbox"/> RX normale
Présence de symptômes respiratoires	<input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Autre symptôme respiratoire	<input type="checkbox"/> Aucun symptôme respiratoire
Âge du cas	<input type="checkbox"/> ≥ 10 ans	<input type="checkbox"/> < 10 ans
Interruption du traitement Durée totale : _____ % de doses reçues : _____	<input type="checkbox"/> < 80% des doses prises <input type="checkbox"/> ≥ 14 jours dans la phase initiale <input type="checkbox"/> ≥ 2 mois dans la phase de continuation	<input type="checkbox"/> ≥ 80% des doses prises <input type="checkbox"/> < 14 jours dans la phase initiale <input type="checkbox"/> < 2 mois dans la phase de continuation
État immunitaire du cas ou présences de conditions médicales le mettant à risque très élevé ou élevé de progresser vers une maladie plus sévère (voir Tableau 6, p.38)	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique (stade 4-5) <input type="checkbox"/> Receveurs de greffes <input type="checkbox"/> Maladie fibronodulaire <input type="checkbox"/> Immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Aucune condition médicale à risque très élevé et élevé
Facteurs de vulnérabilité des personnes exposées	<input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Immunosuppression <input type="checkbox"/> Enfants (< 5 ans)	<input type="checkbox"/> Aucun facteur de vulnérabilité
Facteurs environnementaux liés à la transmission	<input type="checkbox"/> Milieu intérieur <input type="checkbox"/> Faible aération du lieu <input type="checkbox"/> Petit espace <input type="checkbox"/> Milieu densément peuplé	<input type="checkbox"/> Milieu extérieur <input type="checkbox"/> Aération adéquate du lieu <input type="checkbox"/> Grand espace

A3.3. Outil synthèse pour la gestion des contacts dans la communauté

Cet outil est adapté de l'[outil de Toronto Public Health](#) (70) et fournit les lignes directrices minimales pour le suivi initial des contacts de cas de TB active. Les seuils d'exposition qui justifient un dépistage tuberculinique ne doivent pas être vus comme des valeurs absolues, mais peuvent également être modulés par des informations contextuelles et cliniques obtenues lors de l'enquête notamment la proximité et les caractéristiques des lieux (endroit restreint et ventilation) en plus de la durée d'exposition. Le suivi des contacts est un processus itératif qui doit tenir compte des circonstances spécifiques et doit être ajusté en fonction des résultats de l'enquête au fur et à mesure qu'ils deviennent disponibles.

Définitions et facteurs à considérer pour l'utilisation de l'outil	
Exposition cumulative	Nombre total d'heures pendant lesquelles les contacts ont partagé le même espace avec le cas durant sa période de contagiosité et que le contact n'a pas utilisé l'ÉPI approprié (ex : masque N95).
Investigation de la source	L'investigation de la source est recommandée pour les cas de TB active âgés de < 5 ans.
Facteurs de vulnérabilité	Se référer au Tableau 6 (p.38) pour les conditions médicales associées à un risque très élevé ou élevé de progression de ITB à maladie active.
TB laryngée	Généralement les cas de TB laryngée sont associés à une atteinte pulmonaire extensive et plus contagieuse que les cas de TB pulmonaire à frottis positif. Le diagnostic de TB laryngée peut moduler à la baisse le seuil d'exposition justifiant un dépistage tuberculinique.
TB extrapulmonaire	Aucune recherche de contact n'est requise tant que l'atteinte pulmonaire a été exclue et qu'il n'y a pas eu de soin de plaie infectée par le bacille tuberculeux. Se référer au ch. 7 des Normes canadiennes de lutte antituberculeuse .

1. PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ		
<p>Si frottis positif ou cavité(s) à la RX pulmonaire ou TB laryngée, prendre la date la plus antérieure entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de début de la toux (ou d'autres symptômes en absence de toux); OU • 3 mois avant la date du prélèvement du 1er frottis positif ou du 1er examen radiologique ayant révélé la présence de cavités, le premier des deux. <p>Si frottis négatif et RX pulmonaire non-cavitaire, prendre la date la plus antérieure entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de début de la toux (ou d'autres symptômes en absence de toux); OU • 4 semaines avant le premier test indiquant une TB. <p>S'il y a évidence de transmission chez les contacts, la période de contagiosité peut être devancée jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes.</p> <p>La période de contagiosité se termine lorsque les critères de levée d'isolement sont rencontrés.</p>		
Début de la période de contagiosité :	Début de l'isolement :	Début du traitement :
AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ

2. PRIORISATION DES CONTACTS ET DÉTERMINATION DU PREMIER CERCLE À DÉPISTER
<p>Les contacts doivent être caractérisés en priorité élevée, moyenne ou faible selon leur relation avec le cas. Se référer à la section 8.4 (p.76-77).</p> <p>Pour déterminer l'étendue de la recherche initiale de contacts à investiguer, les groupes suivants sont à prioriser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si frottis positif ou présence de cavité(s) à la radiographie pulmonaire ou TB laryngée : Contacts à priorité élevée et moyenne • Si frottis négatif et sans cavité à la radiographie pulmonaire : Contacts à priorité élevée <p>S'il y a des évidences de transmission chez les contacts ou en présence de TB laryngée, l'élargissement du dépistage à un groupe de contacts inférieur pourrait être indiqué.</p> <p>En général, aucune intervention initiale en dehors du domicile n'est justifiée en présence d'un cas index avec un niveau très faible de contagiosité (score de 0).</p>

3A. ÉVALUATION DU SCORE DE CONTAGIOSITÉ DU CAS			
Frottis	Négatif	0	Catégorisation du niveau de contagiosité selon le score 0 : Très faible 1 : Faible 2 : Faible 3 : Élevé 4 : Élevé
	Rare / modéré (1+ ou 2+)	1	
	Élevé (3+ ou 4+)	2	
+			
RX pulmonaire	Normale / Granulome calcifié; OU	0	
	Infiltrats / Opacités / Densités fibronodulaires; OU	1	
	Cavitaire	2	
Score de contagiosité =			

3B. ÉVALUATION DU RISQUE INDIVIDUEL D'EXPOSITION		
	Niveau de contagiosité faible (score 1-2)	Niveau de contagiosité élevé (score 3-4 ou TB laryngée)
Contacts de priorité élevée : les contacts à la fois les plus exposés et les contacts à priorité moyenne, mais plus vulnérables		
Domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts étroits familiaux qui dorment régulièrement sous le même toit que le cas (≥3 nuits/semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts étroits familiaux qui dorment régulièrement sous le même toit que le cas (≥3 nuits/semaine)
Milieu de vie collectif (refuges, foyers de groupe, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans ayant dormi ≥5 nuits dans la même chambre que le cas-index • Personnel de l'établissement et autres contacts avec ≥120h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans ayant dormi ≥3 nuits dans la même chambre que le cas-index • Personnel de l'établissement et autres contacts avec ≥96h d'exposition cumulative
	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou contacts immunosupprimés avec ≥60h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou contacts immunosupprimés avec ≥36h d'exposition cumulative
Milieu carcéral	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans ayant dormi ≥5 nuits dans la même chambre/cellule que le cas-index 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans ayant dormi ≥3 nuits dans la même chambre/cellule que le cas-index
	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel de l'établissement et autres contacts avec ≥120h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel de l'établissement et autres contacts avec ≥96h d'exposition cumulative
Contacts à priorité moyenne qui sont plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou immunosupprimés (e.g. VIH, dialysés, greffés) ou atteints de silicose avec ≥60h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou immunosupprimés (e.g. VIH, dialysés, greffés) ou atteints de silicose avec ≥36h d'exposition cumulative

Contacts de priorité moyenne : les contacts réguliers (>1 fois par semaine), mais qui ne dorment régulièrement pas sous le même toit		
Contacts étroits non domiciliaires (partenaires, amis, famille élargie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans avec ≥120h d'exposition cumulative • Contacts <5 ans ou contacts immunosupprimés avec ≥60h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts ≥5 ans avec ≥96h d'exposition cumulative • Contacts <5 ans ou contacts immunosupprimés (e.g. VIH, dialysés, greffés) ou atteints de silicose avec ≥36h d'exposition cumulative
Milieu de travail / Établissement post-secondaire	<p>Si cas-index avec frottis négatif : <i>Pas de dépistage</i></p> <p>Si cas-index avec frottis positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec ≥120h d'exposition cumulative dans un lieu restreint (p. ex. ≈150 pi²) et mal ventilé 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec ≥96h d'exposition cumulative dans un lieu de taille moyenne (e.g. classe) ou dans un rayon de 2,5 mètres du cas-index dans un lieu plus grand (p. ex. auditorium, bureau à aire ouverte, entrepôt). <p>NB. Le seuil peut être modulé en fonction de la superficie des lieux ainsi que de la qualité de la ventilation.</p>
Milieu scolaire primaire et secondaire (≥5 ans)	<p>Si cas-index avec frottis négatif : <i>Pas de dépistage</i></p> <p>Si cas-index avec frottis positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec ≥120h d'exposition cumulative dans une classe ou lors d'activités de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts avec ≥96h d'exposition cumulative dans une classe ou lors d'activités de groupe
Service de garde éducatif à l'enfance et milieu préscolaire (<5 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants <5 ans : se référer aux contacts à priorité moyenne qui sont plus vulnérables (priorité élevée) • Personnel de l'établissement et bénévoles avec ≥120h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants <5 ans : se référer aux contacts à priorité moyenne qui sont plus vulnérables (priorité élevée) • Personnel de l'établissement et bénévoles avec ≥96h d'exposition cumulative
Contacts de priorité faible qui sont plus vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou immunosupprimés (e.g. VIH, dialysés, greffés) ou atteints de silicose avec ≥60h d'exposition cumulative 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacts <5 ans ou immunosupprimés (e.g. VIH, dialysés, greffés) ou atteints de silicose avec ≥36h d'exposition cumulative
Contacts de priorité faible : les contacts occasionnels qui passent régulièrement, mais moins fréquemment du temps avec le cas contagieux		
<p>La recherche ne devrait être élargie à ce groupe que s'il existe des preuves significatives de transmission entre des contacts plus étroits.</p> <ul style="list-style-type: none"> • les élèves du secondaire qui suivent un seul même cours que le cas de TB; • les camarades de classe dans les très grands locaux collégiaux/universitaires; • des collègues moins exposés au cas au travail; • les membres d'un club, d'une équipe ou d'un autre groupe social/récréatif/religieux; • les membres de la famille élargie qui sont des visiteurs occasionnels. 		

4. INTERVENTION AUPRÈS DES CONTACTS	
<p>Pour les contacts retenus, l'intervention comprend, en général, une enquête épidémiologique avec questionnaire et, idéalement, deux tests de dépistage (initial et, si négatif, 8 semaines après la fin de l'exposition) pour les contacts de priorité élevée. Si le test ne peut être réalisé dans les 4 semaines suivant l'exposition, il est recommandé de n'effectuer qu'un seul test soit au moins 8 semaines après la fin de l'exposition.</p> <p>Le dépistage n'est pas requis pour les contacts ayant déjà eu un résultat positif.</p>	<p>La pertinence du dépistage, le choix du test (TCT ou TLIG) et l'interprétation vont dépendre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antécédent de TB • résultats antérieurs de TCT ou TLIG • antécédents de vaccination avec le BCG • prophylaxie envisagée ou non advenant un test positif • âge du contact • délai depuis la dernière exposition

A3.4. Incidence annuelle de TB active par pays

Les incidences par pays sont mises à jour à chaque année selon les données de l'OMS par le Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs (CCQSV). Se référer à la section sur la [tuberculose du Guide d'intervention santé-voyage de l'INSPQ](#) pour la version la plus à jour de cette liste.

L'OMS a également produit un document listant les pays ayant une incidence élevée de TB multirésistante ou résistante à la rifampicine (en anglais seulement) : [WHO global lists of high burden countries for tuberculosis \(TB\), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB \(MDR/RR-TB\), 2021–2025](#).

Tableau 21 Catégorisation des pays selon leur incidence annuelle de TB active
(tiré des données de l'OMS, 2023)

Incidence annuelle de TB active	Pays			
0-9 cas par 100 000 personnes	Allemagne	Émirats arabes unis	Israël	Palestine
	Arabie saoudite	Espagne	Italie	Pays-Bas
	Australie	Estonie	Jamaïque	Puerto Rico
	Autriche	États-Unis	Jordanie	Royaume-Uni
	Belgique	Finlande	Liban	Slovaquie
	Canada	France	Luxembourg	Slovénie
	Chypre	Grèce	Norvège	Suède
	Croatie	Hongrie	Nouvelle-Zélande	Suisse
	Cuba	Irlande	Oman	Tchéquie
	Danemark			
10-49 cas par 100 000 personnes	Arménie	Costa Rica	Lituanie	Serbie
	Albanie	République dominicaine	Macédoine	Singapour
	Argentine	Équateur	Maurice	Suriname
	Bahreïn	Égypte	Mexique	Syrie
	Belarus	El Salvador	Monténégro	Togo
	Bosnie-Herzégovine	Guatemala	Nicaragua	Trinidad et Tobago
	Brésil	Honduras	Panama	Tunisie
	Bulgarie	Iran	Paraguay	Turquie
	Burkina Faso	Iraq	Pologne	Turkménistan
	Cap-Vert	Japon	Portugal	Uruguay
	Chili	Corée du Sud	Qatar	Venezuela
	Colombie	Koweït	Roumanie	Yémen
	Comores	Lettonie	Russie	
	50-99 cas par 100 000 personnes	Algérie	Géorgie	Mali
Azerbaïdjan		Guyana	Maroc	Soudan
Bénin		Iles Solomon	Mauritanie	Sri Lanka
Chine		Kazakhstan	Moldavie	Tadjikistan
Érythrée		Libye	Niger	Ukraine
Fiji		Malaisie	Ouzbékistan	
100-199 cas par 100 000 personnes	Afghanistan	Côte d'Ivoire	Kirghizistan	Sénégal
	Bhutan	Éthiopie	Laos	Tchad
	Bolivie	Gambie	Malawi	Thaïlande
	Burundi	Guinée	Ouganda	Viet Nam
	Cameroun	Haïti	Pérou	
≥ 200 cas par 100 000 personnes	Afrique du Sud	Guinée équatoriale	Mongolie	Philippines
	Angola	Guinée-Bissau	Mozambique	République centrafricaine
	Bangladesh	Inde	Myanmar	République démocratique du Congo
	Botswana	Indonésie	Namibie	République du Congo
	Cambodge	Kenya	Népal	Sierra Leone
	Corée du Nord	Lesotho	Nigeria	Soudan du Sud
	Djibouti	Libéria	Pakistan	Tanzanie
	Eswatini	Madagascar	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Zambie
	(Swaziland)			
	Gabon			