

7 INTERVENTIONS AUPRÈS D'UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE

La tuberculose affecte plusieurs aspects de la vie de la personne atteinte. Outre les impacts cliniques de la maladie et de son traitement, les conséquences sociales et économiques qui en découlent peuvent compromettre l'observance du traitement, particulièrement chez des populations vulnérables et déjà marginalisées.

Les Normes canadiennes et l'OMS recommandent l'adoption d'une approche de prise en charge centrée sur le patient, tenant compte de ses besoins, valeurs, préférences ainsi que du respect de son autonomie et de ses droits (36).

Pour plus d'informations sur les particularités de l'approche de prise en charge de la tuberculose :

- chez les peuples autochtones : [chapitre 12](#) des Normes canadiennes (12);
- chez les migrants : [chapitre 13](#) des Normes canadiennes (13).

7.1 Rôles de la santé publique et suivis

Rôles de la santé publique pour la prise en charge du cas

La DSPublique doit coordonner les différents éléments de la prise en charge et du suivi des cas de tuberculose active de sa région. Ainsi, elle doit :

- S'assurer que tous les cas de TB active reçoivent un traitement curatif adéquat;
- S'assurer que tous les cas de TB contagieuse font l'objet des mesures d'isolement appropriées durant leur période de contagiosité;
- Pour les patients hospitalisés, vérifier les conditions d'isolement à domicile des patients encore contagieux au moment de leur congé hospitalier (se référer à la section [Critères d'acceptabilité pour un isolement à domicile, p.69](#));
- S'assurer, en collaboration avec l'équipe traitante, que chaque patient suit et complète son traitement et qu'il reçoive un soutien correspondant à ses besoins afin d'optimiser l'observance au traitement (se référer à la [section 7.2 Soutien du patient pendant le traitement, p.61](#)). Toutefois, le suivi du patient sous traitement demeure la responsabilité première du médecin traitant. Si le patient ne se présente pas aux visites de suivi, le médecin traitant doit faire une relance le plus tôt possible. Si cette dernière est inefficace, le médecin traitant doit aviser la DSPublique;
- Assurer un suivi étroit des cas dont la souche de *M. tuberculosis* est résistante à un ou plusieurs médicaments antituberculeux;
- Aviser les autorités de santé publique concernées si le cas change de région, de province ou territoire, ou de pays de résidence;
- Recueillir, lors de l'enquête, toutes les données nécessaires à la surveillance épidémiologique de la tuberculose et saisir l'information dans le SI-GMI.

Pour les cas de TB active non contagieuse, les interventions qui viennent d'être mentionnées s'appliquent aussi, mais le suivi en cours de traitement par le réseau de santé publique peut être adapté en fonction de la gravité de l'atteinte, du risque d'évolution vers une forme contagieuse, etc.

| | |
|-------------------------|--|
| Enquête initiale | <p>L'enquête doit être faite dans les meilleurs délais par un professionnel du réseau de la santé publique. Cette personne devrait idéalement être celle qui aura la responsabilité du suivi.</p> <p>Les objectifs de l'enquête initiale sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Évaluer le degré de certitude du diagnostic;• S'assurer que l'isolement est adéquat;• Vérifier le régime thérapeutique;• Évaluer (chez le cas) les facteurs pouvant entraîner un manque de fidélité au traitement et proposer une TOD le cas échéant;• Préciser le degré et la période de contagiosité;• Identifier les contacts susceptibles d'avoir été infectés par le cas index ou d'avoir été la source de l'infection;• Recueillir des données de surveillance épidémiologique. <p>L'enquête exige habituellement :</p> <ul style="list-style-type: none">• De prendre contact avec un des membres de l'équipe traitante afin de confirmer le diagnostic;• De recueillir l'information sur les symptômes, les examens de laboratoire et de radiologie, permettant ainsi d'établir la période et le degré de contagiosité;• De s'assurer qu'un traitement approprié est débuté et que le patient demeure isolé jusqu'à la fin de sa période de contagiosité;• D'établir un plan avec l'équipe traitante pour s'assurer que les modalités d'isolement dans la communauté soient adéquates lors du congé (si le patient est toujours contagieux). <p>Par la suite, le cas est joint afin de compléter l'enquête. L'enquête initiale permet de vérifier, auprès du cas :</p> <ul style="list-style-type: none">• Son état de santé antérieur;• La nature et la durée de ses symptômes;• Sa compréhension de la maladie;• Sa motivation à suivre son traitement;• Ses croyances envers la maladie;• La présence de facteurs de risque pouvant compromettre l'observance ou accroître les risques de toxicité médicamenteuse (ex. : alcoolisme, toxicomanie ou itinérance);• La présence d'obstacles à la poursuite du traitement (obtention des médicaments, gratuité du traitement, couverture d'assurance maladie, etc.);• Le besoin d'obtenir les services d'un interprète;• Le soutien du milieu. |
|-------------------------|--|

| | |
|---|--|
| | <p>L'information recueillie permettra de déterminer la fréquence des relances subséquentes. L'enquête initiale est aussi un moment privilégié pour donner à la personne atteinte et ses proches les informations pertinentes sur la maladie. Cet enseignement vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'assiduité au traitement; • Expliquer au patient en quoi consistent les mesures d'isolement respiratoire, en particulier lorsqu'il reçoit son congé alors qu'il est encore contagieux (se référer à la sous-section Critères d'acceptabilité pour un isolement à domicile, p.69); • Rappeler au patient l'importance de rapporter les effets indésirables en lien avec son traitement à son équipe traitante; • Apprendre au patient les règles d'hygiène à respecter, comme se couvrir la bouche lors des quintes de toux et des éternuements, se moucher dans un mouchoir en papier et le jeter dans une poubelle fermée, etc. (se référer aux Notions de base en prévention et contrôle des infections du CINQ); • Souligner l'importance de garder de bonnes habitudes de vie (incluant d'éviter la prise d'alcool) et d'avoir une saine alimentation. Le patient peut être orienté vers les ressources appropriées si des enjeux de sécurité alimentaire ou de la malnutrition sont identifiés; • Renseigner le patient sur l'importance de l'aération de son environnement physique. <p>Enfin, l'enquête initiale auprès du cas permet d'identifier les contacts susceptibles d'avoir été exposés (ou d'amorcer l'identification des contacts lorsque celle-ci est complexe) et, dans certaines situations, de tenter d'identifier le cas source probable (se référer à la sous-section Recherche de cas source, p.73).</p> <p>La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik a développé une Boîte à outils – tuberculose regroupant les protocoles et documents d'évaluation et de suivi en tuberculose. Ces outils sont utilisés au niveau régional et reflètent les particularités épidémiologiques et historiques du Nunavik. S'y référer pour plus d'information.</p> |
| <p>Suivi de la santé publique en cours de traitement</p> | <p>Équipe de santé publique</p> <p>La priorité de la lutte contre la tuberculose au Québec est d'assurer le suivi de tous les cas de tuberculose contagieuse. Une relance auprès du patient atteint de tuberculose doit être faite par un intervenant du réseau de santé publique, et ce idéalement une fois par mois pour la durée du traitement. Minimale, le patient devrait être joint après un et trois mois de traitement, ainsi qu'à la fin du traitement.</p> <p>L'objectif de santé publique du suivi en cours de traitement est de s'assurer de l'observance du traitement et, le cas échéant, d'identifier les barrières à l'observance et les moyens de les surmonter. Pour cela, une étroite collaboration est nécessaire entre la santé publique, l'équipe traitante et tous les professionnels impliqués (p.ex. : pharmacien qui effectue la TOD, CLSC lorsque la TOD s'effectue via les soins à domicile, etc.).</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Ainsi, en complément du suivi par le clinicien (se référer à la sous-section Suivi clinique incluant les contrôles microbiologiques et radiologiques en cours de traitement, p.33), l'intervenant de santé publique va habituellement s'enquérir de la prise de médicaments, de la date de renouvellement de l'ordonnance et, le cas échéant, des causes possibles de non-observance du traitement. Pour mieux comprendre le contexte de la personne et les facteurs facilitant et limitant l'observance du traitement, l'intervenant est amené à documenter des éléments tels que l'évolution de l'état de santé du patient, les manifestations d'effets indésirables des médicaments (se référer à la sous-section Suivi des effets indésirables des antituberculeux, p.34) et la présence aux rendez-vous médicaux. L'intervenant va aussi s'assurer du respect de l'isolement respiratoire, le cas échéant, et, conjointement avec l'équipe traitante, aborder la possibilité ou non de la levée d'isolement et du retour aux activités sociales et professionnelles.</p> <p>Pour les formes de tuberculose non contagieuse, le suivi en cours de traitement peut être adapté en fonction de la gravité de l'atteinte, du risque d'évolution vers une forme contagieuse, etc.</p> |
| <p>Suivi après le traitement</p> | <p>Pour un cas de tuberculose adéquatement traité, le suivi par la santé publique après la fin du traitement n'est pas nécessaire.</p> <p>Pour le suivi clinique, se référer à la section Suivi clinique après le traitement, p.34</p> |

7.2 Soutien du patient pendant le traitement

| | |
|--|---|
| <p>Observance du traitement</p> | <p>La tuberculose affecte plusieurs aspects de la vie de la personne atteinte. Outre les impacts cliniques de la maladie et de son traitement, les conséquences sociales et économiques qui en découlent peuvent compromettre l'observance du traitement, particulièrement chez des populations vulnérables et déjà marginalisées.</p> <p>La mauvaise observance est la principale cause d'échec du traitement et du développement de résistance médicamenteuse. Les problèmes de fidélité au traitement sont fréquents pour la tuberculose, étant donné la nature même du traitement : le régime thérapeutique est de longue durée et comporte plusieurs médicaments qui peuvent s'accompagner d'effets indésirables. Après quelques semaines de traitement, le patient, redevenu asymptomatique, peut remettre en question la nécessité de continuer à prendre des médicaments pendant plusieurs mois. De plus, à cause de l'image très négative que la maladie projette, les patients peuvent être portés à en nier la présence ou la gravité.</p> <p>Il est très difficile de prédire quels patients seront fidèles au traitement. L'observance du traitement ne semble pas être influencée par l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la situation familiale, le niveau de scolarité ou le niveau socio-économique du patient. De plus, les croyances et les comportements d'un patient ne sont pas nécessairement modifiés par l'acquisition d'informations techniques et factuelles sur la maladie.</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | <p>Cependant, certains facteurs décelés lors de l'enquête ou du suivi doivent inciter à la prudence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanie ou alcoolisme; • Itinérance; • Problèmes psychiatriques ou déficience intellectuelle; • Épisode récent de tuberculose ou échec du traitement; • Manque de soutien social; • Aveu spontané du patient quant à sa difficulté à prendre régulièrement ses médicaments; • Relation difficile entre le patient et l'équipe médicale; • Perception culturelle différente de la maladie; • Préférence pour les médecines alternatives, etc. <p>Chez certaines populations, plusieurs barrières à l'observance du traitement sont reconnues notamment les barrières linguistiques, culturelles et d'accès aux soins. L'adaptation des services (ex : service de traduction, soins à domicile, collaboration avec des acteurs locaux, environnement inclusif et sécuritaire, etc.) et l'orientation vers les ressources appropriées sont recommandées pour soutenir les personnes dans leur maladie.</p> |
| <p>Mesures pour améliorer l'observance du traitement</p> | <p><i>Plan de traitement personnalisé</i></p> <p>L'établissement d'une bonne relation entre l'équipe traitante et le patient, dès le début du traitement, s'avère d'une grande importance. L'élaboration d'un plan de traitement personnalisé qui prend en compte à la fois les aspects cliniques et les autres besoins du patient (ex : culturels, sociaux, financiers, psychologiques) est essentielle. Il faut tenir compte de ses besoins, de ses préférences, de ses valeurs, respecter ses droits et valoriser son autonomie.</p> <p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec le patient des obstacles potentiels à la fidélité au traitement et individualiser son traitement (doses, horaire, etc.) en fonction de ses activités quotidiennes; • S'assurer qu'il comprend bien l'information qui lui est transmise; • Ne pas hésiter à recourir aux services d'un interprète s'il y a lieu; • Solliciter le soutien de sa famille et de ses amis; • Bien informer le patient de l'importance et des bénéfices d'un traitement complet, notamment la réduction du risque de rechute de la TB. <p>Il faut parfois employer plusieurs mesures facilitantes ou incitatives, notamment auprès de certaines personnes issues des groupes défavorisés ou marginaux. Dans ces contextes, créer un lien de confiance est particulièrement important. Il faut aussi prendre le temps de bien comprendre les barrières à l'observance du traitement et les mesures spécifiques les plus susceptibles d'aider la personne à suivre son traitement tout en minimisant l'impact sur sa qualité de vie. Les Normes canadiennes soulignent qu'il faut tenter d'éliminer les obstacles à l'observance plutôt que de se concentrer uniquement sur la prise du traitement pharmacologique (5).</p> |

Tableau 9 Exemples de mesures de soutien du patient pendant le traitement

| Type de mesures | Exemples |
|--|--|
| Éducation et counselling sur la maladie et le traitement | <ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec le patient des obstacles potentiels à la fidélité au traitement et individualiser son traitement (doses, horaire, etc.) en fonction de ses activités quotidiennes; • S’assurer qu’il comprend bien l’information qui lui est transmise; • Ne pas hésiter à recourir aux services d’un interprète s’il y a lieu; • Solliciter le soutien de sa famille et de ses amis; • Bien informer le patient de l’importance et des bénéfices d’un traitement complet, notamment la réduction du risque de rechute de la TB. |
| Mesures facilitant le suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Enquête de santé publique effectuée lors d’une visite du patient à l’hôpital ou en se rendant au domicile de ce dernier; • Relance téléphonique (appel, textos, etc.) régulière par l’intervenant clinicien ou de santé publique pour s’enquérir à la fois des effets indésirables des médicaments et de la fidélité au traitement; • Rappels aux patients avant le rendez-vous; • Suivi immédiat des rendez-vous manqués; • Visites locales ou à domicile; • Médicaments emballés sous coques (pilulier préparé par le pharmacien); • Intégration dans les soins primaires ou spécialisés (ex. : soins VIH, etc.). |
| Mesures de soutien psychologique | <ul style="list-style-type: none"> • Conseils par les pairs; • Groupes de soutien. |
| Mesures de soutien matériel | <ul style="list-style-type: none"> • Aides financières (ex. : allocations, produits personnels, cartes-cadeaux, etc.); • Aide au transport (ex. : titres de transport, billet de taxi); • Aide sociale au logement et accès aux services de santé; • Aide alimentaire (ex. : incitatifs alimentaires, support nutritionnel lors des visites, panier alimentaire, suppléments, coupons d’alimentation, etc.); • Accès aux services de garde; • Accès gratuit à l’Internet, à la télévision ou à des passe-temps, selon les intérêts du patient, lors des hospitalisations prolongées; • Accès gratuit à tous les médicaments et services nécessaires pour soutenir le traitement, indépendamment de leur couverture d’assurance et de leur statut de résident au Canada (section 3.1, Ch. 5 des Normes canadiennes). |

Pour plus d’informations sur le soutien du patient pendant le traitement, se référer à la [section 3 du chapitre 5](#) des Normes canadiennes (5) et, au besoin, le [guide pratique de l’OMS sur le traitement de la tuberculose \(soin et soutien\)](#) (anglais seulement) (36).

| | |
|--|---|
| <p>Mesures pour vérifier l'observance du traitement</p> | <p>Certaines mesures doivent être prises afin de vérifier l'observance du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification périodique au dossier pharmaceutique du respect des renouvellements des ordonnances; • Décompte des pilules au moment des visites chez le médecin traitant ou lors des visites à domicile. Un pilulier peut en faciliter la prise par le patient ainsi que le suivi par les intervenants; • Assurer une entente avec le pharmacien dès le début du traitement pour que le médecin traitant ou la santé publique soient avisés rapidement lorsque l'utilisateur n'a pas récupéré ses médicaments à la pharmacie. |
| <p>Thérapie sous observation directe (incluant la VTOD)</p> | <p>La thérapie sous observation directe (TOD) est un régime thérapeutique où l'ingestion des médicaments par le patient est observée par un intervenant désigné.</p> <p>Au Québec, la TOD n'est pas recommandée systématiquement pour tous les patients souffrant de la tuberculose.</p> <p>Les Normes canadiennes (5) rapportent un ensemble d'études qui tendent à montrer que, de manière générale, le recours à une thérapie sous observation directe (TOD) ne donne pas nécessairement de meilleurs résultats qu'un traitement autoadministré lorsque ce dernier est associé à de solides mesures de soutien à l'observance (ex : suivi clinique fréquent, surveillance de l'observance).</p> <p>La nécessité de recourir à une TOD devrait cependant être évaluée pour chaque patient puisqu'elle reste indiquée chez des personnes présentant un risque élevé de résultats défavorables au traitement antituberculeux et chez les personnes présentant un risque de non-observance.</p> <p>TOD standard : TOD durant toute la phase initiale et la phase de continuation.</p> <p>TOD améliorée : TOD standard incluant des mesures d'encouragement et de facilitation.</p> <p>TOD modifiée : TOD pour seulement une partie de la période de traitement, habituellement durant la phase initiale, qui est suivie d'un traitement autoadministré pendant la phase de continuation.</p> <p>TOD virtuelle (VTOD) : TOD qui utilise les dispositifs vidéo tels que les téléphones intelligents et les ordinateurs conformément aux pratiques de télémédecine.</p> <p>Pour plus d'information, se référer à la section 3.2 du chapitre 5 des Normes canadiennes (5).</p> |

Clientèles pouvant bénéficier de la TOD

Bien qu'elle ne soit pas indiquée de manière systématique, cette stratégie d'intervention peut être requise pour certains patients atteints d'une tuberculose contagieuse :

- Pour qui les conséquences de la non-observance du traitement risquent d'être plus graves pour leur entourage (par ex. : patients infectés par le VIH ou atteints d'une immunodéficience, patients infectés par une souche multirésistante soupçonnée ou confirmée, présence d'enfants de moins de 5 ans dans l'entourage). À noter que le clinicien peut recommander une TOD si la non-observance a des conséquences plus graves pour le patient (par ex. : enfants ou adolescents pour lesquels on doute de la capacité des parents ou tuteurs de superviser le traitement).
- Qui présentent des indices de non-observance du traitement (non-renouvellement de l'ordonnance médicale, absence aux rendez-vous médicaux) et avec qui les autres stratégies moins contraignantes n'ont pas fonctionné;
- Qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque de non-observance du traitement (toxicomanie, itinérance, antécédents de non-fidélité au traitement pour un épisode antérieur de tuberculose, maladie mentale, échec de traitement antérieur contre une TB active ou retraitement).

Pour plus d'information, se référer à la [section 3.2 du chapitre 5](#) et la [section 5.5 du chapitre 9](#) des Normes canadiennes (5,9).

Modalités

L'instauration de la TOD doit se faire en collaboration avec le patient et en respectant le plus possible son autonomie et sa confiance. Afin de minimiser l'impact de la TOD sur la vie sociale du patient, les Normes canadiennes recommandent une TOD offerte de manière décentralisée dans la communauté plutôt qu'en milieu de soins. On peut également envisager la TOD réalisée de manière virtuelle (VTOD) à l'aide de dispositifs tels que les téléphones intelligents.

- *Observation par un intervenant formé*
L'observation directe du traitement peut être assurée par un professionnel de la santé (infirmière, pharmacien) ou tout autre type de personnel préalablement formé (p. ex. un enseignant, un agent correctionnel, un travailleur de rue). Pour les cas qui reçoivent tous les médicaments par voie orale, la TOD peut être assurée par du personnel non-infirmier supervisé par une infirmière ou un pharmacien à qui cet intervenant doit se référer en cas de non-observance ou de déclaration d'effet secondaire. En aucun temps, la TOD ne sera assurée par un membre de la famille immédiate.
- *Offre dans divers milieux garantissant la confidentialité*
La TOD peut être effectuée dans tous les milieux. L'organisation d'une TOD demande un certain degré de souplesse de la part de l'intervenant pour s'adapter au mode de vie du patient. La confidentialité du patient doit toujours être préservée. La TOD en pharmacie communautaire présente des avantages quant à l'accessibilité pour le patient (proximité, heures

| | |
|---|--|
| | <p>d'ouverture étendues) et à l'expertise des pharmaciens (détection des effets indésirables et des interactions).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Offre dès le début du traitement jusqu'à la fin</i> Même si la TOD peut être instaurée après un essai de traitement autoadministré, l'expérience montréalaise a démontré que la TOD est plus facilement acceptée par le patient lorsqu'elle est prescrite au début du traitement (Tannenbaum, 1998). Puisque l'observance est plus difficile à maintenir vers la fin du traitement, la TOD devrait être poursuivie jusqu'au bout en présence de facteurs de risque de non-observance. • <i>Régimes thérapeutiques</i> La TOD peut être utilisée pour une prise quotidienne de médicament ou pour un régime intermittent. Cependant, <u>la TOD est une condition obligatoire pour qu'un patient puisse prendre ses médicaments d'une façon intermittente.</u> • <i>Outils d'aide à l'application de la TOD ou VTOD :</i> Pour plus d'informations et d'outils sur la TOD (en personne et virtuelle), se référer aux <u>outils développés par la DSPu de Montréal :</u> <ul style="list-style-type: none"> – Formulaire de consentement pour la VTOD; – Guide d'utilisation de la VTOD; – Guide d'application de la TOD (2013); – Thérapie sous observation directe - Le rôle du pharmacien. • <i>TOD en pédiatrie</i> La TOD en pédiatrie comporte plusieurs défis, comme son adaptation en fonction du stade de développement de l'enfant, l'acceptation de la prise de médicaments par l'enfant, le découragement des parents face à la situation, etc. Dans le but de faciliter la TOD, plusieurs interventions sont nécessaires avant et pendant toute la durée du traitement. Pour plus d'informations, se référer à <u>l'Annexe A5.1. Application d'une TOD en pédiatrie (p.145).</u> |
| <p>Mesures légales possibles</p> | <p>En dernier recours, lorsque les différentes approches de soutien suggérées s'avèrent inefficaces pour assurer le traitement adéquat des cas de tuberculose, il devient justifié d'adopter une approche plus coercitive en recourant aux mesures légales à la disposition du directeur de santé publique ou à une ordonnance judiciaire.</p> <p>Se référer au <u>Chapitre 4 Aspects légaux et administratifs de la tuberculose (p.4).</u></p> |

7.3 Contagiosité et isolement

Évaluation de la contagiosité : généralités

Tel que mentionné au [chapitre 5 \(p.18\)](#), une personne souffrant de tuberculose pulmonaire peut générer un aérosol infectieux qui contient des mycobactéries, lorsqu'elle respire, parle, chante et, particulièrement lorsqu'elle tousse ou éternue.

Certaines informations de nature clinique, radiologique ou microbiologique peuvent indiquer une contagiosité accrue :

Selon la forme clinique :

- Les cas de TB pulmonaire active chez un adulte sont considérés comme contagieux, alors que chez l'enfant de moins de 10 ans, ils le sont rarement.
- Les cas de TB laryngée sont généralement plus contagieux que les cas de TB pulmonaire à frottis positif.
- La forme miliaire de la maladie est considérée comme potentiellement contagieuse, des cultures positives des expectorations étant obtenues dans plus de 60 % des cas (62,63). Il est recommandé d'isoler d'emblée le patient et d'obtenir un spécimen de sécrétions bronchiques (par expectorations spontanées ou provoquées) pour exclure toute contagiosité dans un cas de TB miliaire.
- La TB pleurale n'est pas contagieuse en soi, mais elle peut être accompagnée d'une TB pulmonaire. En présence d'infiltrats pulmonaires à la radiographie, la TB pleurale est probablement accompagnée d'une TB pulmonaire et par conséquent, elle doit être considérée contagieuse. À noter que même chez les patients ne présentant pas d'anomalies parenchymateuses à la radiographie pulmonaire, le rendement de la culture d'expectorations induites pour *M. tuberculosis* est de plus de 50 % (voir la [section 3,2 du chapitre 7 des Normes canadiennes](#) (7)). C'est la raison pour laquelle il est recommandé d'isoler d'emblée le patient et d'obtenir un spécimen de sécrétions bronchiques (par expectorations spontanées ou provoquées, ou par bronchoscopie) pour exclure toute contagiosité dans un cas de TB pleurale.
- Dans certaines circonstances particulières, d'autres formes de TB non respiratoire peuvent être contagieuses (p. ex. l'abcès tuberculeux abdominal avec drainage abondant et aérosolisation du liquide purulent).
- Entre 10 et 50 % des patients atteints de TB extrapulmonaire présentent également une atteinte pulmonaire contagieuse (7).

Selon le résultat du frottis :

Un facteur important pour déterminer le degré de contagiosité est le résultat du frottis d'un spécimen respiratoire. Un cas de TB pulmonaire avec frottis positif est environ cinq à dix fois plus contagieux qu'un autre avec frottis négatif. Cependant, le cas peut être contagieux même si le frottis est négatif.

Selon le résultat de la radiographie pulmonaire :

Les cas de TB pulmonaire dont la radiographie pulmonaire présente des cavités sont généralement plus contagieux que ceux sans cavités ou présentant des signes atypiques à la radiographie.

Selon les symptômes :

La présence de toux et d'éternuements peut accroître la contagiosité.

Selon l'âge :

Enfants de moins de 10 ans :

Les enfants de moins de 10 ans sont généralement considérés comme peu contagieux parce que les lésions sont minimes, l'excrétion de bacilles négligeable et la toux généralement absente. Il faut quand même garder l'enfant en isolement respiratoire en début d'hospitalisation le temps de l'évaluer et de s'assurer qu'il n'est pas contagieux.

Toutefois, il existe des exceptions où les enfants peuvent être contagieux et pour lesquels l'approche utilisée sera la même que chez l'adulte :

- Des enfants présentant les caractéristiques retrouvées chez l'adulte comme de la toux ou des cavités à la radiographie pulmonaire;
- Des enfants avec des frottis d'expectorations positifs;
- Des enfants avec une forme de tuberculose laryngée;
- Des enfants avec des lésions pulmonaires extensives;
- Des nouveau-nés avec une TB congénitale lors des procédures pouvant générer des aérosols (9).

Dans le cas d'un enfant atteint de TB, le cas source peut se trouver dans son entourage immédiat. Il est donc important de s'assurer que les membres de la famille d'un enfant hospitalisé en raison de la tuberculose ne sont pas atteints de TB active et contagieux au moment d'une visite à l'hôpital. Ils doivent donc être isolés ou porter un masque jusqu'à ce qu'on ait démontré qu'ils ne sont pas contagieux (9).

Personnes âgées :

Les changements physiologiques associés au grand âge rendent la toux moins efficace. Les personnes âgées de 65 ans et plus présenteraient moins souvent des cavités tuberculeuses. Toutefois, la présentation clinique atypique peut retarder le diagnostic et, par conséquent, l'isolement.

Pour l'évaluation de la contagiosité à des fins d'intervention auprès des contacts, se référer au [chapitre 8 Interventions auprès des contacts d'un cas de tuberculose active](#), particulièrement les sections suivantes :

- Facteurs influençant la transmission ([p.73](#))
- Outil pour le calcul initial de la période de contagiosité d'un cas de tuberculose pulmonaire ([p.75](#))
- Catégorisation du niveau de contagiosité selon les résultats du frottis des expectorations et de la radiographie pulmonaire ([p.80](#)).

Ainsi que :

- [Annexe A3.2. Analyse du risque de transmission \(p.132\)](#)
- [Annexe A3.3. Outil synthèse pour la gestion des contacts dans la communauté \(p.133\)](#)

| | |
|---|---|
| <p>Critères d'acceptabilité pour un isolement à domicile</p> | <p>Lorsque l'état de santé du cas le permet, un traitement ambulatoire avec isolement à domicile est préférable à un isolement en milieu hospitalier. Les Normes canadiennes précisent que les critères suivants doivent être rencontrés pour permettre un isolement à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le schéma thérapeutique doit être toléré, un plan de traitement acceptable doit être établi et respecté;• Des personnes ne faisant pas partie du ménage ne doivent pas respirer le même air que la personne atteinte (ex. : maison de chambres) et l'air intérieur ne doit pas recirculer dans les autres unités (ex. : maison unifamiliale avec une section convertie en logement locatif). Au besoin, consulter l'équipe de santé environnementale/santé au travail de la DSPublique;• Tous les membres du ménage doivent avoir été exposés à la personne atteinte pendant sa période de contagiosité. Si un membre du ménage a un résultat négatif au TCT, il devrait bien comprendre les risques potentiels liés à une réexposition en continu.• Les membres du domicile qui sont vulnérables (enfants de < 5 ans ou personnes immunosupprimées) ne doivent plus être exposés au cas contagieux, sauf s'ils sont déjà sous traitement de l'ITB ou de la TB active. <p>Consignes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pendant la période d'isolement, aucun visiteur ne doit venir au domicile (sauf les travailleurs de la santé avec un appareil de protection respiratoire de type N95 ou l'équivalent).• Il est recommandé que l'intervenant vérifie les conditions d'isolement et les besoins de la personne isolée. Si nécessaire, un lien doit être établi avec les services sociaux.• La personne atteinte doit rester à domicile. Elle ne peut aller au travail, à l'école ni à l'intérieur d'un édifice ou lieu public.• Si la personne est suivie en consultation externe, elle doit porter un masque chirurgical ou de procédure lorsqu'elle entre dans l'établissement de santé, et ce, jusqu'à la levée de son isolement.• La personne atteinte ne peut utiliser un moyen de transport public; si absolument nécessaire (ex. : rendez-vous médical essentiel), elle peut prendre un taxi en portant un masque médical de procédure.• La personne en isolement peut se promener à l'extérieur, car le risque de transmission est négligeable si elle n'est pas en contact étroit avec des personnes réceptives pendant une longue période. <p>Pour plus d'informations, se référer à la section 2 de l'Annexe B des Normes canadiennes (17).</p> |
|---|---|

| | |
|-----------------------------|---|
| Levée de l'isolement | <p>Critères de levée de l'isolement</p> <p>Tel que précisé dans les Normes canadiennes (17), « il n'y a pas de données cliniques définitives sur le nombre précis de jours ou de semaines requis pour que le traitement rende non contagieuses toutes les personnes atteintes de tuberculose » et les recommandations faites par divers pays à ce sujet ne sont pas uniformes.</p> <p>Pour plus d'informations, se référer au préambule et section 1 de l'Annexe B des Normes canadiennes (17).</p> <p>À la suite de l'initiation d'un traitement adéquat, le nombre de bacilles dans les cultures d'aérosols projetés lors de la toux diminue plus rapidement que dans les cultures d'expectorations. Cependant, la décision de mettre fin aux précautions d'isolement doit être fondée sur un ensemble de critères qui incluent entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none">• La durée du traitement;• L'amélioration clinique et bactériologique;• La validité des régimes thérapeutiques en regard de la sensibilité de la souche impliquée. <p>Pour les détails, voir le Tableau 10 : Critères de levée d'isolement (milieux de soins et domicile) d'un cas de tuberculose pulmonaire1 (p.71)</p> <p>Avant de mettre fin à l'isolement, il faut s'assurer que le patient tolère le schéma thérapeutique, qu'un plan de traitement acceptable a été établi et sera respecté.</p> <p>La décision de mettre fin à l'isolement reste soumise au jugement clinique de l'équipe traitante, des professionnels de prévention et contrôle des infections et des professionnels de la santé publique.</p> <p>Pour plus d'informations sur les critères de levée d'isolement, se référer à la section 2 de l'Annexe B des Normes canadiennes (17).</p> <p>Isolement prolongé</p> <p>Malgré l'énoncé de critères de levée d'isolement, la décision de mettre fin à l'isolement reste soumise au jugement des cliniciens ou des professionnels de la santé publique. Selon les circonstances (ex. : contact avec des personnes vulnérables, se référer au Tableau 6 de la section 6.1, (p.38) il pourrait être décidé de prolonger la durée de l'isolement. Il faut toutefois prendre en considération les impacts négatifs d'un isolement prolongé.</p> <p>Pour plus d'informations sur les inconvénients potentiels d'un isolement prolongé, se référer à la section 1.6 de l'Annexe B des Normes canadiennes (17).</p> |
|-----------------------------|---|

Tableau 10

Critères de levée d'isolement (milieu de soins et domicile) d'un cas de tuberculose pulmonaire¹

| Critères de levée d'isolement ² | |
|--|--|
| TB pulmonaire sensible à la rifampicine (génotypique ou phénotypique) | |
| Avec frottis négatif initial³ | <ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques d'amélioration (p. ex. amélioration de la toux, disparition de la fièvre ou diminution des sueurs nocturnes); ET • Traitement efficace (au moins trois antituberculeux, dont RMP) administré pendant au moins deux semaines (sept doses/semaine ou cinq doses/semaine sous TOD) |
| Avec frottis positif | <ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques d'amélioration (p. ex. amélioration de la toux, disparition de la fièvre ou diminution des sueurs nocturnes); ET • Traitement efficace (au moins trois antituberculeux, dont RMP) administré pendant au moins deux semaines (sept doses/semaine ou cinq doses/semaine sous TOD); ET • Trois résultats négatifs consécutifs de frottis d'expectorations⁴ <p>Si après deux semaines de traitement adéquat, il y a persistance des frottis positifs (ou si impossibilité d'obtenir des spécimens respiratoires de contrôle) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques d'amélioration (p. ex. amélioration de la toux, disparition de la fièvre ou diminution des sueurs nocturnes); ET • Traitement efficace (au moins trois antituberculeux, dont RMP) administré pendant au moins quatre semaines (sept doses/semaine ou cinq doses/semaine sous TOD) |
| TB pulmonaire résistante à la rifampicine (confirmée ou suspectée) | |
| Avec frottis négatif initial³ | <ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques d'amélioration (p. ex. amélioration de la toux, disparition de la fièvre ou diminution des sueurs nocturnes); ET • Résultats de l'antibiogramme pour les antituberculeux de 2^e intention disponibles; ET • Traitement efficace (au moins trois antituberculeux auxquels la sensibilité de l'isolat est confirmée ou très probable) administré pendant au moins quatre semaines (sept doses/sem. ou cinq doses/sem. sous TOD) |
| Avec frottis positif | <ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques d'amélioration (p. ex. amélioration de la toux, disparition de la fièvre ou diminution des sueurs nocturnes); ET • Résultats de l'antibiogramme pour les antituberculeux de 2^e intention disponibles; ET • Traitement efficace (au moins trois antituberculeux auxquels la sensibilité de l'isolat est confirmée ou très probable) administré pendant au moins quatre semaines (sept doses/sem. ou cinq doses/sem. sous TOD); ET • Trois résultats négatifs consécutifs de frottis d'expectorations ⁴ |

¹ Ces critères sont tirés de la [section 4.1.4 du chapitre 14](#) et l'[Annexe B](#) des Normes canadiennes (17) et constituent des recommandations conditionnelles reposant sur des données peu probantes.

² Si ces critères sont rencontrés, les restrictions liées à l'isolement à domicile du cas peuvent être levées, sauf si avis contraire de la santé publique. Dans les milieux de soins, pour la levée des mesures de précautions additionnelles contre la transmission par voie aérienne, se référer à l'équipe de prévention et contrôle des infections.

³ La négativité du frottis initial peut être confirmée à nouveau au début du traitement pour exclure l'évolution vers un frottis positif, mais il n'est pas nécessaire de répéter le prélèvement à la fin des deux semaines de traitement.

⁴ Les spécimens peuvent être des expectorations spontanées ou induites, mais une bronchoscopie, uniquement à cette fin, n'est pas indiquée. Le volume des expectorations doit être approprié. Les spécimens doivent être prélevés à au moins une heure d'intervalle. Consulter un expert au besoin.