

INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

TUBERCULOSE : **Gestion par les intervenants de santé publique des cas et de leurs contacts dans la communauté**

AVIS ET RECOMMANDATIONS

NOVEMBRE 2024

GUIDE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

AUTEURES

Louise Valiquette, médecin-conseil
Cassi Bergeron-Caron, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Groupe de travail

Noémie Savard, médecin-conseil
Stéphane Caron, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec
Élisa Pucella, médecin-conseil
Direction de santé publique de Laval
Christelle Aïcha Kom Mogto, médecin-conseil
Direction de santé publique de l'Outaouais
Rachel Cruz de Menezes, conseillère en soins infirmiers
Direction régionale de santé publique de Montréal
Marie-Pier Thibault, infirmière clinicienne
Direction de santé publique du Bas-St-Laurent
Danielle Auger, médecin-conseil
Direction de santé publique des Laurentides

Consultations *ad hoc*

Pierre-Marie Akochy, microbiologiste
Réjean Dion, médecin-conseil
Stéphane Caron, médecin-conseil
Karl Forest-Bédard, conseiller scientifique
Institut national de santé publique du Québec
Marie-Andrée Leblanc, infirmière conseil en protection
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Lavanya Narasiah, médecin-conseil
Paul Rivest, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de Montréal

André Paradis, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Richard Menzies, pneumologue
Centre international de TB McGill, Institut de recherche
du Centre universitaire de santé McGill

RÉVISION

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Aloysia Schaeffer, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteures ainsi que les membres du groupe de travail et les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Nous remercions grandement les auteurs de la version précédente (en date de 2017), Paul Rivest, Christine Lacroix et Nadine Sicard, ainsi que les personnes consultées à l'ASPC, Jennifer Rego Cunha, Melissa Abou-Eid, Carly Henry, Régine Colas, Frederic Bergeron, Tiffany Locke, Emmanuelle Alexis, Emma Mackey et Alain Boucard, et Julie Laflèche de l'IRCC.

Enfin, nous remercions les membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) qui ont pris connaissance et commenté le document.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-99050-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Avis et recommandations* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui apprécient les meilleures connaissances scientifiques disponibles et y ajoutent une analyse contextualisée recourant à divers critères et à des délibérations pour formuler des recommandations.

Ce guide de pratique professionnelle porte sur la gestion des cas de tuberculose et de leurs contacts dans la communauté. Il a été développé à partir de la version précédente (v.2017) du document édité par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et appelé initialement Guide d'intervention : La Tuberculose (©Gouvernement du Québec, 2017), et intègre les principaux changements apportés dans la 8^e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (1–17) tout en mettant l'accent sur les particularités reliées au contexte de la pratique de la santé publique au Québec. Il ne s'agit pas d'un guide de prise en charge clinique.

Ce guide a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'adresse aux professionnels et professionnelles de santé publique afin de soutenir l'intervention.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
ABRÉVIATIONS DES MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX	VII
GLOSSAIRE	VIII
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE	2
3 SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	3
4 ASPECTS LÉGAUX ET ADMINISTRATIFS DE LA TUBERCULOSE	4
4.1 Loi sur la santé publique et règlements associés.....	4
4.2 Lois fédérales s’appliquant aux personnes qui traversent les frontières canadiennes.....	9
4.3 Lois et règlements s’appliquant en milieu de travail	12
4.4 Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.....	13
4.5 Couverture de services pour les nouveaux arrivants et certains voyageurs	15
5 TUBERCULOSE ACTIVE	18
5.1 Pathogenèse et présentation clinique.....	18
5.2 Diagnostic	20
5.3 Traitement.....	28
6 INFECTION TUBERCULEUSE (ITB)	35
6.1 Pathogenèse.....	35
6.2 Dépistage	40
6.3 Traitement de l’ITB.....	53
7 INTERVENTIONS AUPRÈS D’UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE	58
7.1 Rôles de la santé publique et suivis	58
7.2 Soutien du patient pendant le traitement	61
7.3 Contagiosité et isolement	67
8 INTERVENTIONS AUPRÈS DES CONTACTS D’UN CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE	72
8.1 Rôles de la santé publique.....	72
8.2 Recherche des contacts : généralités.....	73
8.3 Étape 1 : Période de recherche de contacts.....	74

8.4	Étape 2 : Priorisation des contacts.....	76
8.5	Étape 3 : Détermination du premier cercle à dépister	77
8.6	Étape 4 : Évaluation du risque individuel d'exposition.....	79
8.7	Étape 5 : Intervention auprès des contacts retenus	84
8.8	Étape 6 : Évaluation de la transmission.....	91
8.9	Étape 7 : Élargissement de la recherche de contacts.....	94
8.10	Intervention dans certains milieux.....	94
8.11	Gestion d'un agrégat ou d'une éclosion	98
RÉFÉRENCES.....		101
ANNEXE 1 DÉPISTAGE DE CERTAINS GROUPES		107
ANNEXE 2 PROCÉDURES ET DOCUMENTS POUR LES DÉMARCHES JUDICIAIRES.....		122
ANNEXE 3 OUTILS DE SOUTIEN À L'ÉVALUATION DES RISQUES.....		130
ANNEXE 4 OUTILS ET FORMULAIRES DU FÉDÉRAL		137
ANNEXE 5 OUTILS DE SOUTIEN À L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT.....		145
ANNEXE 6 EXEMPLES DE SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES.....		147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Interprétation semi-quantitative du nombre de bacilles acido-alcoolorésistants (BAAR) observées au microscope selon la méthode de coloration	23
Tableau 2	Identification précoce de M. tuberculosis selon l'interprétation des résultats du frottis et du TAAN.....	24
Tableau 3	Effets indésirables des principaux antituberculeux.....	30
Tableau 4	Gestion des interruptions de traitement antituberculeux de première ligne selon la phase du traitement et durée de l'interruption.....	32
Tableau 5	Risque moyen de développer une tuberculose active à la suite d'une infection selon l'âge pour un enfant immunocompétent.....	37
Tableau 6	Risque annuel de développer une tuberculose active dans les 2-3 années suivant un test (TCT ou TLIG) positif chez une personne non traitée, selon leur principal facteur de risque	38
Tableau 7	Test de dépistage à favoriser dans différentes situations.....	42
Tableau 8	Seuils de positivité recommandés pour le TCT selon la situation.....	45
Tableau 9	Exemples de mesures de soutien du patient pendant le traitement.....	63
Tableau 10	Critères de levée d'isolement (milieux de soins et domicile) d'un cas de tuberculose pulmonaire	71
Tableau 11	Outil pour le calcul initial de la période de contagiosité d'un cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée.....	75
Tableau 12	Catégorisation du niveau de contagiosité selon les résultats du frottis des expectorations et de la radiographie pulmonaire.....	80
Tableau 13	Seuils d'exposition pouvant justifier un dépistage tuberculinique des contacts dans la communauté.....	82
Tableau 14	Prévalence de l'ITB attendu dans diverses populations canadiennes	93
Tableau 15	Facteurs associés à la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé.....	108
Tableau 16	Niveau de risque de transmission selon le type d'établissements de santé.....	108
Tableau 17	Niveau de risque de transmission selon le type d'activités des travailleurs de la santé	109
Tableau 18	Scores associés à la radiographie pulmonaire demandée dans le cadre de l'EMI et justifiant une surveillance médicale	113
Tableau 19	Liste non exhaustive des interventions possibles pour favoriser la complétion d'un traitement de tuberculose.	130

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.....	132
Tableau 21	Catégorisation des pays selon leur incidence annuelle de TB active	136
Tableau 22	Exemples de traitement de la tuberculose active	147
Tableau 23	Exemples des principaux schémas thérapeutiques pour le traitement de l'ITB ...	148

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Schéma de la séquence des analyses de laboratoire pour l'investigation d'un cas classique de TB	27
Figure 2	Schématisation de la progression habituelle de l'infection tuberculeuse vers la tuberculose active pulmonaire	39
Figure 3	Facteurs influençant le risque de transmission de la tuberculose pulmonaire.....	73
Figure 4	Portée de la première recherche de contacts d'un cas de tuberculose contagieuse conformément au modèle des cercles concentriques.....	78
Figure 5	Aide-mémoire pour l'approche progressive du dépistage des contacts d'un cas de tuberculose contagieuse.....	79
Figure 6	Arbre décisionnel pour la gestion des contacts d'un cas de tuberculose	87

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada	MGIT	<i>Mycobacteria Growth Indicator Tube</i> (tube indicateur de croissance mycobactérienne)
ATS	American Thoracic Society		
BAAR	Bacille acido-alcool-résistant	MIRU-VNTR	<i>Mycobacterial interspersed repetitive unit-variable number tandem repeat</i> (unités mycobactériennes répétitives intercalées et séquences répétées en tandem)
BCG	Bacille de Calmette-Guérin		
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (USA)		
CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	MNT	Mycobactérie non tuberculeuse
		MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
CH	Centre hospitalier	NAM	Numéro d'assurance maladie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	OMS	Organisation mondiale de la Santé
		PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (amplification en chaîne par polymérase)
CLSC	Centre local de services communautaires		
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux	PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
		QFT	<i>QuantiFERON TB Gold In Tube</i>
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
		RFLP	<i>Restriction fragment length polymorphism</i> (analyse du polymorphisme de longueur des fragments de restriction)
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail		
DSPublique	Direction de santé publique	RX	Radiographie
DVS	Direction de la vigie sanitaire	SGE	Séquençage du génome entier
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i> (épreuve immunoenzymatique)	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
		TAAN	Test d'amplification d'acides nucléiques
EMRI	Examen médical réglementaire de l'immigration	TB	Tuberculose
		TB-MR	Tuberculose multirésistante
IFN γ	Interféron gamma	TB-UR	Tuberculose ultrarésistante
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada	TCT	Test cutané à la tuberculine
		TLIG	Test de libération de l'interféron gamma
ITB	Infection tuberculeuse	TOD	Thérapie sous observation directe
ITM	Institut thoracique de Montréal	Tx	Traitement
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec	UV	Ultraviolet
MADO	Maladies à déclaration obligatoire	VIH	Virus d'immunodéficience humaine

ABRÉVIATIONS DES MÉDICAMENTS ANTITUBERCULEUX

AM	Amikacine	GFX	Gatifloxacine	PAS	acide para-aminosalicylique
AMX-CLV	Amoxicilline – Acide clavulanique	INH	Isoniazide	PTO	Prothionamide
BDQ	Bédaquiline	IMP-CLN	Imipénème-cilastatine	PZA	Pyrazinamide
CFZ	Clofazimine	KM	Kanamycine	RFB	Rifabutin
CM	Capréomycine	LFX	Lévofloxacine	RMP	Rifampicine (<i>Rifampin / RIF</i>)
CS	Cyclosérine	LZD	Linézolide	RPT	Rifapentine
DLM	Délamanide	MFx	Moxifloxacine	SM	Streptomycine
EMB	Éthambutol	MPM	Méropénème	T	Thioacétazone
ETO	Éthionamide	OFL	Ofloxacine	TRD	Térizidone
		PA	Prétomanide		

GLOSSAIRE

Agrégat génétique : Deux isolats ou plus ayant la même empreinte génétique (génotype identique) lorsqu'on utilise le séquençage du génome entier, la méthode MIRU (Mycobacteria Interspersed Repetitive Unit), la cartographie différentielle de restriction (Restriction Fragment Length Polymorphism [RFLP]) basée sur la séquence d'insertion 6110 (IS6110) ou le spoligotypage.

Anergie : État dans lequel on observe une capacité réduite de présenter une réaction d'hypersensibilité retardée due aux lymphocytes T en raison d'une altération de la fonction immunitaire.

Antituberculeux de deuxième intention (ou mineurs) : Antituberculeux administrés en deuxième intention, au lieu des antituberculeux majeurs. Les antituberculeux mineurs comprennent : la bédaquiline, le linézolide, les fluoroquinolones (comme la lévofloxacine, la moxifloxacine et l'ofloxacine), les aminoglycosides (comme l'amikacine, la kanamycine et la streptomycine), la capréomycine, la cyclosérine, la clofazimine, l'éthionamide et le protionamide, l'acide para-aminosalicylique, la délamanide ainsi que la rifapentine.

Antituberculeux de première intention (ou majeurs) : Les 4 antibiotiques de première intention pour le traitement de la tuberculose active sont l'isoniazide (INH), la rifampicine (RMP), l'éthambutol (EMB) et le pyrazinamide (PZA). Ces antibiotiques sont considérés comme les plus efficaces et les mieux tolérés.

Cas confirmé¹ : Isolement ou détection, par une technique d'amplification génique, d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis* (y compris *Mycobacterium tuberculosis* subsp. *canettii*), *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium microti* ou *Mycobacterium pinnipedii*.

Cas de retraitement (récidive) : Cas de tuberculose active avec une histoire vérifiable de tuberculose antérieure qui a été déclarée guérie ou dont le traitement était considéré comme terminé selon les normes actuelles, et chez qui un laps de temps d'au moins 6 mois s'est écoulé depuis le dernier jour du traitement précédent.

OU

Cas de tuberculose active avec une histoire vérifiable de tuberculose antérieure qui ne peut être déclarée guérie ou dont le traitement ne peut être considéré comme terminé selon les normes actuelles, et qui présentait une absence de preuve d'activité depuis 6 mois ou plus après le dernier jour du traitement précédent.

¹ Définition tirée du document [Surveillance des MADO au Québec - Définitions nosologiques](#) (18); S'y référer pour la version la plus à jour ou pour plus de précision.

Cas index : Premier cas ou cas initial à partir duquel débute le processus de recherche de contacts.

Cas probable¹ : En l'absence d'une identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes :

- 1) Présence de symptômes et de signes compatibles avec une tuberculose évolutive;
- 2) Radiographie(s) pulmonaire(s) suggérant une tuberculose évolutive;
- 3) Examen pathologique — de tissus provenant d'une biopsie ou d'une autopsie — suggestif de tuberculose;

ET

Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic est posé en *post mortem*).

Cas source : Personne à l'origine de l'infection du ou des cas secondaires ou des contacts. Le cas source correspond parfois, mais pas toujours, au cas index.

Complexe *Mycobacterium tuberculosis* (cMTB) : Le complexe *M. tuberculosis* regroupe les mycobactéries telles que *Mycobacterium tuberculosis* (y compris les variants *M. canettii* et *M. orygis* ainsi que certaines lignées animales rares), *M. bovis*, *M. bovis* du BCG, *M. africanum*, *M. caprae*, *M. microti* et *M. pinnipedii*. Toutes ces espèces, à l'exception de la souche BCG de *M. bovis*, sont incluses dans la [définition nosologique canadienne de la tuberculose](#). (19)

Contact : Personne identifiée comme ayant été exposée à un cas de tuberculose contagieuse. La proximité et la durée d'exposition sont généralement corrélées au risque de contracter l'infection.

Échec thérapeutique (pour TB autre que TB-MR ou TB-UR) : Cas dont une culture d'expectorations est positive 4 mois ou plus après le début du traitement ou dont deux cultures d'expectorations effectuées dans des mois différents au cours des 3 derniers mois sont positives, même si la culture finale est négative et qu'aucun autre traitement n'est prévu.²
Pour les TB-MR ou TB-UR, se référer au glossaire des Normes canadiennes (16).

Guérison (pour TB autre que TB-MR ou TB-UR) : Culture négative au moment où le traitement est terminé.²
Pour les TB-MR ou TB-UR, se référer au glossaire des Normes canadiennes (16).

Infection tuberculeuse (ITB) : Présence d'une infection latente ou quiescente par *Mycobacterium tuberculosis*. Les patients atteints d'une ITB ne présentent aucun signe clinique de maladie active, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun symptôme, qu'il n'y a à la radiographie aucun changement évoquant une maladie active et que, lorsqu'elles sont effectuées, les analyses de microbiologie sont négatives; ces patients ne sont pas considérés contagieux.

² Définition tirée directement du Glossaire (Annexe A) des Normes canadiennes (16).

Mycobactéries non tuberculeuses (MNT) : Toutes les espèces de mycobactéries, sauf celles du complexe *M. tuberculosis* et celles qui causent la lèpre (*M. leprae* et *M. lepromatosis*). Elles sont aussi connues sous le nom de « mycobactéries autres que les mycobactéries de la tuberculose » (MAMT) ou de « mycobactéries atypiques ». Les plus fréquentes au Québec sont les mycobactéries du complexe *Mycobacterium avium*, *M. abscessus*, *M. lentiflavum*, *M. chelonae*, *M. kansasii* et *M. xenopi*.

Nouveau cas : Cas de tuberculose active qui n'a pas d'histoire précise de tuberculose active antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été saisi au système d'information et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.

Rechute : Patient dont la tuberculose active a été traitée avec succès (guérison ou traitement terminé), mais se manifeste de nouveau. Au sens strict, l'isolat doit être le même (il doit avoir la même empreinte d'ADN que le premier isolat).

Récidive : Réapparition d'une tuberculose active chez un patient traité avec succès dans le passé (guérison ou traitement terminé) contre une tuberculose active, mais sans qu'il y ait de preuve que le même microorganisme soit en cause.

Résistance acquise : Résistance à un ou plusieurs antituberculeux qui s'est développée chez un patient qui a été infecté par une souche de *M. tuberculosis* sensible à ce ou ces antituberculeux au début du traitement.

Test cutané à la tuberculine (TCT) : Test cutané qui permet de déterminer si une personne présente une réaction d'hypersensibilité retardée aux antigènes tuberculiques.

Tests de libération d'interféron gamma (TLIG) : Tests in vitro basés sur les lymphocytes T qui mesurent la production d'interféron gamma (IFN- γ) pour le diagnostic de l'infection tuberculeuse. Deux types différents de TLIG sont actuellement homologués au Canada : Quantiferon®-TB Gold Plus (Qiagen) et T-SPOT.TB® (Oxford Immunotec).

Thérapie sous observation directe (TOD) : Régime thérapeutique où l'ingestion des médicaments par le patient est observée par un intervenant désigné.

Traitement curatif : Traitement qui vise à guérir une personne atteinte de tuberculose active.

Traitement de l'infection tuberculeuse (aussi appelé traitement de l'ITB ou traitement préventif de la tuberculose) : Traitement qui vise à éviter qu'une personne infectée par le *M. tuberculosis* ne développe une tuberculose active.

Tuberculose active (ou Tuberculose) : Maladie causée par la présence de bacilles tuberculeux viables à l'intérieur de l'organisme et qui se manifeste en fonction du site d'infection par différents signes et symptômes, par des anomalies radiologiques et par la présence de bacilles dans les expectorations ou d'autres spécimens cliniques.

Tuberculose contagieuse : La tuberculose est contagieuse lorsque le cas produit des aérosols contenant des bacilles tuberculeux viables ayant le potentiel de transmettre une infection à une autre personne. Les cas atteints d'une tuberculose à frottis positif, cavitaires ou laryngée sont habituellement les plus contagieux.

Tuberculose de réactivation : Tuberculose active qui se développe après une période d'infection tuberculeuse.

Tuberculose disséminée : Tuberculose active qui touche trois sièges ou plus, ou tuberculose pour laquelle au moins une hémoculture s'est révélée positive à *Mycobacterium tuberculosis*.

Tuberculose extrapulmonaire : Tuberculose qui siège à l'extérieur des poumons et des voies respiratoires.

Tuberculose miliaire : Tuberculose active disséminée qui se caractérise par la présence de micronodules diffus à la radiographie pulmonaire.

Tuberculose monorésistante : Tuberculose causée par des bacilles résistants à un seul antituberculeux de première intention soit l'isoniazide (INH), la rifampicine (RMP), l'éthambutol (EMB) ou la pyrazinamide (PZA).

Tuberculose multirésistante (TB-MR) : Tuberculose causée par des bacilles résistants à minimalement l'isoniazide (INH) et à la rifampicine (RMP). Les bacilles de TB-MR peuvent être résistants ou non à d'autres antituberculeux de première ou deuxième intention.

Tuberculose naissante (ou tuberculose incipiens) : État intermédiaire entre l'infection tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire symptomatique, susceptible d'évoluer vers une maladie active, mais ne provoquant pas d'anomalies détectables.

Tuberculose polyrésistante (TB-PR) : Résistance à plus d'un antituberculeux de première intention à l'exclusion de la résistance à la rifampicine (RMP).

Tuberculose pré-ultrarésistante (TB-pré-UR) : Tuberculose multirésistante (résistance à l'INH et RMP) avec une résistance additionnelle à une ou plusieurs fluoroquinolones (FQN).

Tuberculose pulmonaire : Au Canada, la tuberculose pulmonaire correspond à la tuberculose du poumon et des voies aériennes de conduction qui comprend la fibrose tuberculeuse du poumon, la bronchiectasie tuberculeuse, la pneumonie tuberculeuse et le pneumothorax tuberculeux.

Tuberculose respiratoire : Tuberculose infectieuse du larynx, de l'arbre pulmonaire et du parenchyme.

Tuberculose subclinique : État intermédiaire entre l'infection tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire symptomatique, défini comme un état pathologique dû à la présence de bacilles tuberculeux viables, qui n'entraîne pas de symptômes cliniques liés à la tuberculose, mais qui provoque d'autres anomalies pouvant être détectées à l'aide des tests radiologiques et microbiologiques existants.

Tuberculose ultrarésistante (TB-UR) : Tuberculose multirésistante (résistance à l'INH et RMP) avec une résistance supplémentaire à toute fluoroquinolone (FQN) et à la bédaquiline (BDQ) ou au linézolide (LZD).

Virage (virage tuberculinique) : Augmentation significative de la taille d'une réaction au test cutané à la tuberculine (TCT) par rapport à un test antérieur, qui, selon le contexte, pourrait indiquer une nouvelle infection tuberculeuse.

1 INTRODUCTION

Au Québec, depuis 2015, les taux d'incidence de la tuberculose active sont légèrement à la hausse particulièrement dans certaines populations vulnérables. La tuberculose demeure d'actualité, tant pour les cliniciens que pour les intervenants de santé publique. La mise au point de nouveaux régimes thérapeutiques, l'apparition de nouvelles méthodes diagnostiques, la persistance de foyers de transmission notamment dans certaines communautés autochtones et l'émergence des souches multirésistantes souvent associées aux mouvements migratoires obligent les différents intervenants à mettre à jour leurs connaissances.

À la suite de la parution de la 8^e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (1–17), la Direction générale de santé publique au MSSS a mandaté l'INSPQ afin de mettre à jour le Guide d'intervention sur la tuberculose en l'axant sur les éléments essentiels à la gestion des cas de tuberculose et de leurs contacts par les professionnels de santé publique. À cet effet, un groupe de travail a été constitué. Ce groupe, formé de médecins et d'infirmières œuvrant dans différentes directions régionales de santé publique a été appuyé et coordonné par l'équipe scientifique sur la tuberculose de la Direction des risques biologiques (DRB) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Ce groupe de travail a retenu les deux priorités établies précédemment par le Comité québécois sur la tuberculose, soit :

- la prise en charge et le suivi des cas de tuberculose contagieuse;
- la prise en charge et le suivi des personnes en contact étroit avec ces cas.

Le présent document met l'accent sur la tuberculose pulmonaire, forme qui constitue la principale menace pour la santé publique. Les principales recommandations s'appliquent aussi aux autres formes de tuberculose contagieuse. Le groupe de travail s'est attardé aux particularités québécoises entourant la gestion des cas et des contacts de tuberculose et sur les recommandations qui en découlent. Il espère ainsi que ce guide de pratique professionnelle servira d'outil de référence pour toute intervention de santé publique à la suite de la déclaration d'un cas de tuberculose active.

Le mandat du groupe de travail n'incluait pas la mise à jour des recommandations de dépistage en dehors du contexte d'exposition à un cas de tuberculose. Ce document n'est pas un guide de prise en charge clinique. Seuls les éléments concernant le diagnostic et le traitement essentiels à l'intervention de santé publique ont été inclus. Pour des informations de nature plus clinique ou complexe telles que le diagnostic et le traitement des formes extrapulmonaires ou pédiatriques, le lecteur est invité à se référer aux chapitres des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (1–17) pour plus d'information.

2 MÉTHODOLOGIE

Les travaux d'élaboration de ce guide de pratique professionnelle se sont étalés de juin 2023 à août 2024. Le texte du Guide d'intervention pour la tuberculose (©Gouvernement du Québec, 2017) a servi de matériel de base pour la production de ce guide. Le texte a fait l'objet d'une mise à jour en tenant compte de la 8e édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (1–17), document de référence auquel le guide réfère largement pour des compléments d'information. Au besoin, des revues rapides de la littérature scientifique (Ovid, Medline et Embase) et de la littérature grise portant sur des sujets spécifiques ont été effectuées afin d'enrichir les recommandations émises. Plusieurs experts sur la tuberculose au Québec et au Canada ont également été consultés entre février et juin 2024. Les recommandations sont ainsi fondées sur l'information disponible au moment où elles ont été élaborées et sur une part d'avis d'experts.

Le format a été complètement restructuré pour en faciliter la consultation. De nombreux outils d'aide à la pratique ont aussi été élaborés. Les informations de nature plus clinique ont été simplifiées et des références aux Normes canadiennes ont été insérées pour le lecteur souhaitant un complément d'information.

Ce document a fait l'objet d'une consultation des directions de santé publique via la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) en mai et septembre 2024 et approuvé par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) à la suite de la rencontre du 14 novembre 2024.