



Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves



Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Publication autorisée par la ministre de la Santé.

Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves est disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.santecanada.gc.ca

Also available in English under the title: Health Canada's Strategy Against TB for First Nations On-Reserve

La présente publication est disponible sur demande sous d'autres formes.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél. : 613-954-5995
Télec. : 613-941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2012

La présente publication peut être reproduite sans autorisation dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat: H34-245/2012F-PDF
ISBN: 978-1-100-98530-5

La version actualisée de la Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves a été mise au point par un comité d'experts affiliés aux organismes et secteurs suivants :

- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Assemblée des Premières nations (APN)
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)
- Médecin hygiéniste en chef, Nunavut
- Programmes provinciaux de lutte contre la tuberculose
- Programmes régionaux de Santé Canada
- Sous-comité scientifique sur la tuberculose chez les Autochtones du Comité canadien de lutte antituberculeuse
- Université de l'Alberta

Les membres de ce comité ont été choisis en fonction de leur expertise professionnelle. Le fait qu'ils aient participé à ce groupe et aidé à articuler la Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose ne signifie pas nécessairement que les organismes dont ils relèvent appuient ou approuvent la stratégie.

Le présent document vise à appuyer les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose destinés aux membres des Premières nations vivant dans les réserves, y compris les programmes provinciaux et les programmes régionaux de lutte contre la tuberculose de Santé Canada et les dirigeants des collectivités.

Préface

En 1992, la Direction générale des services médicaux de Santé Canada rendait publique la Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose¹, qui visait à éradiquer la tuberculose chez les peuples autochtones du Canada d'ici 2010.

En 2005, un groupe d'experts de la tuberculose constatait qu'en dépit des efforts considérables investis par tous les ordres de gouvernement et par les intervenants, on n'arriverait pas à endiguer cette maladie chez les peuples autochtones d'ici 2010², voir aussi ³. En plus des disparités persistantes en matière de tuberculose, l'examen indiquait clairement qu'il fallait recentrer les efforts et miser sur de nouvelles approches pour réduire davantage l'incidence de tuberculose dans les collectivités des Premières nations. Au niveau de Santé Canada, cette constatation a entraîné le renouvellement de la Stratégie de 1992 et donné lieu à la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves*.

La persistance de la tuberculose chez les populations autochtones résulte d'une complexité de facteurs. Du point de vue de la santé publique, il s'agit notamment de l'existence de sous-populations à risque élevé, comme les personnes aux prises avec une coinfection VIH-TB, le diabète ou des problèmes de santé mentale ou encore les personnes qui résident dans les collectivités à incidence élevée et dans les régions à forte prévalence d'infection tuberculeuse latente (ITL). Les complications liées à la nécessité de traiter plus d'une maladie ou l'observance d'une antibiothérapie qui peut durer jusqu'à un an exemplifient bien les défis que la tuberculose pose à ces sous-populations ^{p. ex., 4,5,6,7}.

On note aussi des facteurs sociaux critiques, comme le surpeuplement et la pauvreté, qui peuvent engendrer d'importantes disparités de santé au niveau des maladies, y compris la tuberculose. Bien que les déterminants sociaux de la santé ne causent pas la tuberculose, ils peuvent augmenter grandement le risque de transmission, d'infection et d'évolution de l'infection latente vers une tuberculose active en raison de facteurs comme le surpeuplement, le tabagisme ou la pauvre nutrition^{7,8}.

Le partage de responsabilité entre plusieurs systèmes de soins de santé desservant les populations autochtones complique encore davantage la lutte contre la tuberculose. Même si la prévention et la lutte contre la tuberculose sont de compétence provinciale ou territoriale, les organismes et les collectivités des Premières nations jouent aussi un rôle important dans la prévention de la tuberculose et la lutte contre la tuberculose. En même temps, Santé Canada cherche à garantir l'accès des membres des Premières nations vivant dans les réserves à des services de prévention et de contrôle de la tuberculose adéquats et efficaces.

Puisque les Premières nations constituent une population relativement mobile, un manque de collaboration entre les systèmes de santé peut compliquer la prise en charge des cas et le suivi des contacts, ce qui peut porter atteinte à la rapidité du diagnostic et à la continuité des soins. Un diagnostic tardif prolonge la durée de contagion et risque d'intensifier la propagation de la maladie au sein de la collectivité. Les cas perdus donnent souvent lieu à une interruption du traitement ou à des soins incomplets, ce qui peut entraîner la réactivation de l'infection ou l'acquisition d'une tuberculose pharmacorésistante⁹. Ces facteurs et d'autres contribuent à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité associées à la tuberculose, de même qu'à la hausse des coûts de programme.

Compte tenu des nombreux facteurs qui influent sur les taux de tuberculose chez les Premières nations, il va de soi que la lutte contre cette maladie relève de la responsabilité conjointe de nombreux gouvernements et partenaires. Tous les ordres de gouvernement et tous les dirigeants des Premières nations se doivent de renouveler et de consolider leurs partenariats, non seulement pour mieux lutter contre cette maladie, mais aussi pour faire obstacle aux facteurs sous-jacents qui alimentent sa propagation.

Table des matières

Liste des acronymes	iv
Résumé	v
Partie I : Introduction	1
La tuberculose chez les Premières nations du Canada	1
Prestation de soins de santé pour le traitement de la tuberculose chez les Premières nations du Canada	2
Vision, but et principes	3
Partie II : Thèmes stratégiques et éléments connexes	4
Thème 1 : Prévention, diagnostic et prise en charge de la tuberculose	4
Thème 2 : Ciblage des populations plus vulnérables à la tuberculose	10
Thème 3 : Établissement et maintien de partenariats	14
Partie III : Prochaines étapes	17
Des éléments à l'action	17
Amélioration de la qualité	17
Conclusion	19
Annexes	20
Annexe A : Description détaillée de l'épidémiologie de la tuberculose chez les Premières nations du Canada	20
Annexe B : Partenariats en matière de lutte contre la tuberculose	22
Annexe C : Exemples de populations plus à risque de contracter la tuberculose	24
Annexe D : La tuberculose et les déterminants sociaux de la santé	27
Annexe E : Glossaire	29
Annexe F : Références	33

Liste des acronymes

AADNC – Affaires autochtones et Développement du Nord Canada

APN – Assemblée des Premières nations

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

ASR – Autorités sanitaires régionales

BCG – Vaccin bacille Calmette-Guérin

CIBLE-TB – Évaluation des risques et de planification communautaire stratégiques pour éliminer la tuberculose

DGSPNI – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

ITL – Infection tuberculeuse latente

ITK – Inuit Tapiriit Kanatami

RHDCC – Ressources humaines et Développement des compétences Canada

SCDCT – Système canadien de déclaration des cas de tuberculose

SSE – Statut socio-économique

TB – Tuberculose

TB-MRM – Tuberculose multirésistante aux médicaments

TLIG – Tests de libération d'interféron-gamma

TOD – Thérapie en observation directe

TPOD – Traitement préventif en observation directe

Résumé

Santé Canada s'efforce de garantir aux membres des Premières nations vivant dans les réserves des services adéquats et efficaces pour lutter contre la tuberculose. Il s'agit du groupe visé par le mandat de Santé Canada en regard de la lutte contre la tuberculose et du contrôle de cette maladie. Santé Canada offre ces services directement ou verse des fonds aux collectivités, aux provinces et aux autorités sanitaires régionales pour leur permettre de ce faire, ou encore garantit l'accès de ces populations à des services adéquats et efficaces.

En ce qui concerne les populations non visées par son mandat, y compris les membres des Premières nations ne vivant pas dans les réserves, ainsi que les Inuits, Santé Canada participe, au besoin, aux discussions sur les pratiques exemplaires et les enjeux en matière de lutte contre la tuberculose et de contrôle de cette maladie avec les gouvernements provinciaux ou territoriaux et les organismes des Premières nations et des Inuits.

Dans le cadre de l'élaboration de la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves*, Santé Canada a collaboré étroitement avec les collectivités et organismes des Premières nations, avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), avec des spécialistes de la tuberculose et avec les autorités provinciales. Ensemble, ils ont examiné les données probantes publiées, ainsi que les évaluations de programmes et les analyses de cas, pour établir les grands thèmes et éléments de la Stratégie. Par conséquent, la Stratégie reflète les connaissances actuelles, les pratiques exemplaires et les acquis des vingt dernières années. Les volets de prévention et de lutte contre la tuberculose inhérents à la Stratégie constitueront un cadre stratégique utile pour orienter les efforts nationaux, régionaux et communautaires vers l'atteinte des objectifs fixés.

La *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves* doit être utilisée conjointement avec les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ et les *Orientations pour les programmes de prévention et*

de contrôle de la tuberculose au Canada¹⁰. Elle concorde également avec le Plan mondial Halte à la tuberculose¹¹.¹² Entre 1990 et 2000, les taux déclarés de tuberculose chez les Premières nations vivant dans les réserves ont diminué, passant de 74,1 cas pour 100 000 habitants à moins de 30 cas pour 100 000 habitants. Cette tendance s'est toutefois stabilisée depuis 2000¹³. La Stratégie s'articule autour des trois thèmes suivants :

1. Prévention, diagnostic et prise en charge

de la tuberculose : Ce thème met l'accent sur la qualité et l'efficacité des programmes régionaux et communautaires de lutte contre la tuberculose, notamment sur les activités de prévention primaire, de diagnostic et de prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (ITL), de dépistage précoce de cas actifs de tuberculose, de recherche des contacts, d'observance du traitement, de surveillance, de dépistage ciblé, ainsi que d'éducation et de formation professionnelle, de même que sur les initiatives de sensibilisation réalisées dans les collectivités.

2. Ciblage des populations plus vulnérables à la tuberculose

: Ce thème tient compte des problèmes de santé des Premières nations qui ont été désignés dans les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ comme autant de facteurs qui augmentent les risques de contracter, de développer et de transmettre la tuberculose. Ces problèmes comprennent l'incidence élevée de la tuberculose et les éclosions fréquentes de cette maladie dans certaines collectivités ou populations; l'accès déficient aux services et à l'expertise en matière de tuberculose dans les collectivités éloignées et isolées; la coinfection VIH-tuberculose; les taux élevés de maladies chroniques, comme le diabète et l'insuffisance rénale, ainsi que la malnutrition; et les difficultés liées à la prise en charge des personnes atteintes de la tuberculose qui présentent des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

3. Établissement et maintien de partenariats :

Ce thème met l'accent sur la nécessité d'établir et de maintenir des partenariats efficaces à tous les niveaux

décisionnels pour que les collectivités développent leur capacité à prévenir et combattre la tuberculose, de même que sur la nécessité d'harmoniser davantage les systèmes de santé communautaires, provinciaux et fédéraux. Afin d'offrir des programmes homogènes de lutte contre la tuberculose et de contrôle de cette maladie, les partenaires doivent collaborer à la clarification des rôles et des responsabilités. Cela s'avère tout particulièrement important en raison de la mobilité des cas dans les réserves et hors des réserves. Ce thème indique également que les partenariats doivent appuyer le partage des données en temps opportun et se pencher sur l'impact des déterminants sociaux de la santé, comme le logement, l'emploi, le revenu et l'éducation.

Un ensemble d'éléments a été élaboré pour chacun des thèmes par un comité composé d'experts, de partenaires et d'intervenants. Ces éléments sont fondés sur les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ et s'inscrivent dans les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰. La réussite de la mise en œuvre de ces éléments sera évaluée par des mécanismes d'évaluation continue des programmes. Ce processus sera défini dans un cadre d'évaluation qui sera élaboré au cours de la phase de mise en œuvre de la Stratégie.

Les programmes nationaux et régionaux devront rendre compte de certains éléments ayant trait à leur contenu. Cette démarche permettra aux gestionnaires d'évaluer régulièrement l'efficacité de leurs programmes et d'adapter leur contenu à l'évolution des besoins et des situations. À l'heure actuelle, les régions recueillent les données de surveillance et les données sur les programmes dont elles ont besoin pour appuyer la prestation de leurs programmes. La Stratégie préconise des efforts continus axés sur la mise en place d'une démarche exhaustive dans l'ensemble des régions qui vise à alimenter la formulation pertinente et rapide des programmes de lutte contre la tuberculose. Ces efforts peuvent inclure la mise au point d'autres ententes de partage des données entre les régions et leurs partenaires. À un niveau plus général, la Stratégie prévoit l'uniformisation de la production des rapports dans l'ensemble des administrations afin de pouvoir dresser un tableau cohérent de la situation à l'échelle nationale.

Selon la Stratégie, le partage des données doit respecter le caractère confidentiel des données recueillies sur les membres de la population concernée, ainsi que les valeurs culturelles et la gouvernance. Le partage des données entre les collectivités et les régions favorisera également la transparence et la responsabilisation.

Partie I : INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie transmise par voie aérienne qui se traite par une antibiothérapie étalée sur plusieurs mois⁹. Les cas de forte résistance aux médicaments offrent peu d'options thérapeutiques, mais la maladie est rarement incurable^{9, 14}. L'exposition à la tuberculose et l'infection tuberculeuse n'entraînent pas toujours une tuberculose active, car le système immunitaire est souvent en mesure de tuer ou de supprimer la bactérie pathogène. La tuberculose supprimée ou inactive, appelée « infection tuberculeuse latente (ITL) », n'est pas contagieuse. L'ITL peut évoluer à tout moment en une tuberculose active, ce risque étant plus élevé au cours des deux premières années qui suivent la primo-infection. Environ 10 % des personnes atteintes d'une ITL finissent par développer la maladie. Ce risque augmente chez les personnes atteintes du VIH/sida ou d'autres maladies chroniques qui affaiblissent le système immunitaire⁹.

La tuberculose chez les Premières nations du Canada

Les programmes de lutte antituberculeuse actuels doivent prendre en compte l'histoire de la tuberculose chez les Premières nations du Canada afin de mieux sensibiliser la collectivité, de réduire la stigmatisation et la discrimination contre les personnes atteintes de tuberculose et d'offrir des activités de programme efficaces et adaptées aux réalités culturelles. La réussite des programmes de lutte contre la tuberculose desservant les populations des Premières nations du Canada repose sur l'établissement de liens de confiance.

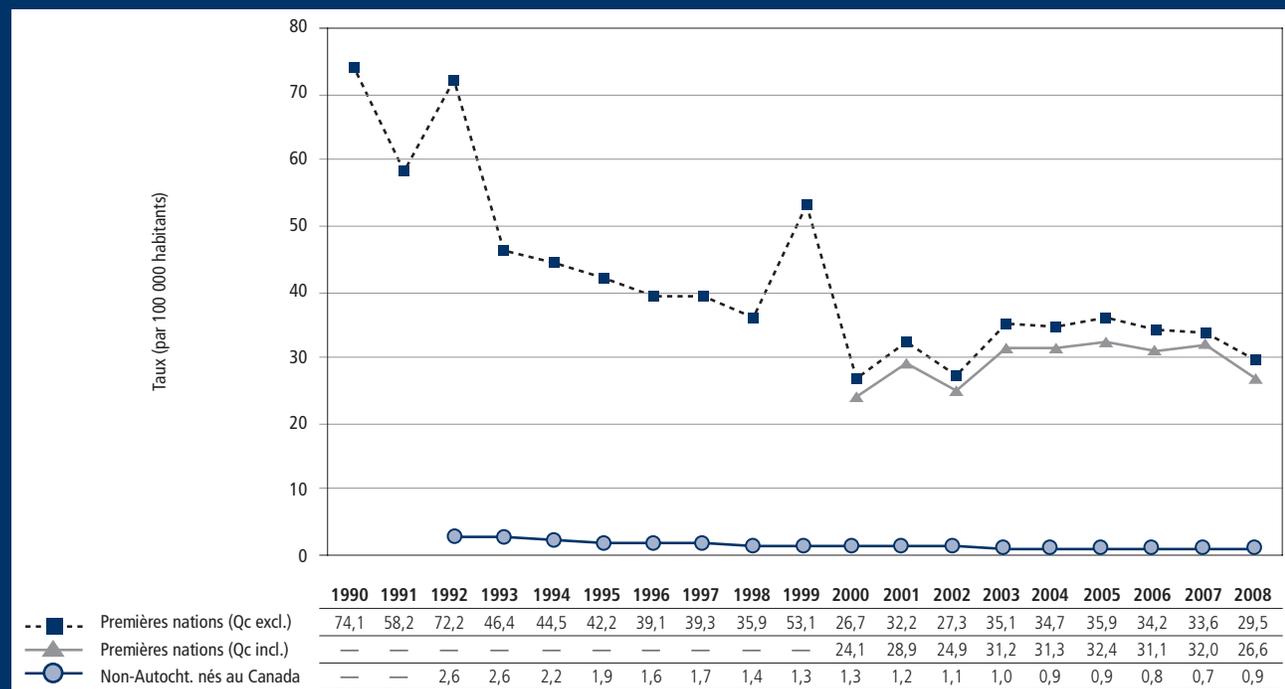
Dans la plupart des populations des Premières nations, l'histoire de la tuberculose est associée à la perte, à la séparation d'avec la famille et la collectivité et à la souffrance. Avant que cette maladie soit traitée dans la collectivité, les patients étaient dirigés vers des sanatoriums, où nombre d'entre eux mourraient loin de leur famille et de leur collectivité. Même si cette situation était courante dans de nombreuses

collectivités canadiennes, la tuberculose a affligé de façon disproportionnée la population autochtone du Canada et considérablement touché les personnes, les familles et les collectivités. Ce lourd passé se répercute encore sur les perspectives et l'attitude envers la maladie et, dans certains cas, le système de soins de santé. Les séquelles peuvent souvent se faire sentir sur le processus de dépistage des cas et de traitement de la maladie^{14, 15, 16}. À titre d'exemple, les clients peuvent tarder à demander des soins médicaux ou se tourner vers des membres de la collectivité en qui ils ont confiance plutôt que vers un professionnel de la santé.

Entre 1990 et 2000, les taux de tuberculose dans les réserves sont passés de 74,1 cas par 100 000 habitants à moins de 30 cas par 100 000 habitants. Ces taux n'ont toutefois pas baissé de façon significative depuis 2000 (voir la figure 1)^{13, 17, 18}.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'épidémiologie de la tuberculose chez les Premières nations du Canada, voir l'annexe A.

Figure 1 : Taux d'incidence bruts de la tuberculose active (nouveaux cas et cas retraités) par année, membres des Premières nations vivant dans les réserves, Canada, 1990-2008*



Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2010¹³.

Nota : Au moment de la publication, seules les données allant jusqu'à 2008 étaient disponibles aux fins de l'analyse.

* Les cellules avec un tiret (—) indiquent les années où les données étaient non-disponibles

Prestation de soins de santé pour le traitement de la tuberculose chez les Premières nations du Canada

La prévention de la tuberculose et la lutte contre la tuberculose relèvent des compétences des provinces et des territoires. Les territoires sont seuls responsables pour l'ensemble de leur population, tandis que cette responsabilité est partagée dans les provinces. Santé Canada a pour mandat de fournir des services de lutte contre la tuberculose ou de veiller à ce que de tels services soient accessibles aux membres des Premières nations vivant dans les réserves.

En ce qui concerne les Premières nations vivant dans les réserves, la lutte contre la tuberculose et le contrôle de cette maladie relèvent d'une responsabilité partagée qui varie d'une région de Santé Canada à l'autre, en fonction du degré de collaboration avec le gouvernement provincial et les organismes et collectivités qui ont

conclu une entente de transfert. Ces partenariats sont tributaires de la législation régissant la santé publique dans chacune des provinces, du fardeau de la maladie dans les collectivités, de la situation géographique et de la structure des programmes de santé publique locaux.

Le Programme national de lutte contre la tuberculose de Santé Canada assure un accès équitable et rapide à des services de diagnostic, de traitement, de suivi et de promotion de la santé adaptés à la culture dans le cadre de programmes régionaux réalisés dans sept régions (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec et Atlantique). De plus, Santé Canada fournit un financement au gouvernement du Nunatsiavut pour compléter la prévention et les services de contrôle de la tuberculose fournis par la province de Terre-Neuve-et-Labrador.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les partenariats en matière de lutte contre la tuberculose et de contrôle de cette maladie desservant les Premières nations du Canada vivant dans les réserves, voir l'annexe B.

Vision, but et principes

la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada* a été élaborée dans l'optique de fournir aux programmes de lutte contre la tuberculose de Santé Canada des orientations axées sur l'amélioration de la prestation des programmes et la mesure du rendement, et de garantir l'accès des Premières nations vivant dans les réserves à des services de lutte contre la tuberculose normalisés et culturellement adaptés. Il s'agit d'un document technique conçu par des experts et fondé sur les leçons retenues, les pratiques exemplaires et les données probantes les plus récentes, et il est destiné aux programmes de lutte contre la tuberculose de Santé Canada. On peut aussi s'en servir comme document de référence pour appuyer le travail des professionnels de la santé œuvrant auprès des Premières nations et des Inuits du Canada.

VISION : Lutte contre la tuberculose durable, équitable et efficace

Santé Canada, les provinces et les collectivités continueront de collaborer afin d'appuyer la lutte contre la tuberculose de manière durable, équitable et efficace.

BUT : Réduire grandement l'incidence et le fardeau de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves.

En 2005, le Canada s'est donné comme but de réduire de moitié le taux canadien de tuberculose de 1990 d'ici 2015 en s'inspirant du *Plan mondial Halte à la tuberculose* de l'OMS^{11,12}. Santé Canada contribuera à l'atteinte de ce but, soit 3,6 cas par 100 000 habitants, en collaborant avec les Premières nations pour réduire les taux de tuberculoses dans les réserves.

Principes :

La Stratégie est fondée sur les principes suivants, qui sont à la base de l'efficacité des pratiques dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre la tuberculose.

Pratique :

- Réaliser une intégration harmonieuse des mesures de prévention et de contrôle de la tuberculose dans les réserves et hors des réserves.
- Adopter des approches fondées sur les données probantes et les pratiques exemplaires.
- Régler les problèmes liés à l'embauche et aux capacités.
- Respecter les principes de santé publique et les principes liés aux droits des patients et à la confidentialité.
- Assurer la concordance avec les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹, le guide *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰ et le Plan mondial *Halte à la tuberculose*^{11, 12}.

Processus :

- S'assurer que les Premières nations vivant dans les réserves participent au contrôle des politiques de santé qui les concernent.
- Encourager les collectivités à concevoir et à maintenir en place des activités de programmes de lutte contre la tuberculose adaptées à leur culture.
- Faire des suivis et évaluer régulièrement les programmes pour garantir leur pertinence continue.

Partenariats :

- Collaborer avec les Premières nations en vue de promouvoir la prévention et le contrôle de la tuberculose dans leurs collectivités.
- Communiquer avec tous les partenaires et intervenants.
- Coopérer pour trouver des solutions à des problèmes auxquels un programme n'est pas en mesure de résoudre seul.

Partie II : THÈMES STRATÉGIQUES ET ÉLÉMENTS CONNEXES

Aux fins de la définition de l'orientation stratégique, la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada* a été divisée en trois thèmes associés aux aspects les plus importants de la lutte contre la tuberculose pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves. Les trois thèmes abordés sont les suivants :

1. Prévention, diagnostic et prise en charge de la tuberculose
2. Ciblage des populations plus vulnérables à la tuberculose
3. Établissement et maintien de partenariats

Chaque thème comprend un ensemble d'éléments obligatoires choisis ou conçus de manière à répondre, tant au niveau national que régional et communautaire, aux problèmes et besoins liés à la mise au point de programmes de lutte contre la tuberculose à l'intention des membres des Premières nations vivant dans les réserves. Ces éléments ont été mis au point par un comité d'experts, de partenaires et d'intervenants chargés de renouveler la Stratégie de 1992¹, partant d'un examen de la documentation pertinente, des pratiques exemplaires et des leçons tirées de l'évaluation des programmes régionaux et des analyses de cas. Certains éléments décrits dans ces différentes sections pourraient figurer dans plusieurs sections. Par contre, afin d'éviter les chevauchements, chaque élément n'est mentionné qu'une fois et ce, dans la section qui correspond le mieux à son objectif principal.

Les éléments définis dans la Stratégie doivent servir non seulement à appuyer les buts et objectifs du programme, mais aussi à favoriser la mise en œuvre de toutes les composantes essentielles du Programme national de lutte contre la tuberculose, de manière à répondre aux besoins de la population cible et à respecter les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ et le guide *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰.

Chaque élément est défini comme **obligatoire** ou **facultatif**. Les éléments obligatoires sont ceux qui doivent être mis en œuvre, alors que les éléments facultatifs sont ceux qui peuvent être adoptés dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose s'ils s'avèrent adéquats pour répondre aux circonstances et aux besoins spécifiques de chaque programme. De la même façon, il est admis qu'en raison de la nature et de la structure spécifique de chaque programme de lutte contre la tuberculose, certains programmes individuels peuvent définir et mettre en œuvre des éléments non couverts par la Stratégie.

Les éléments sont présentés en fonction de leurs liens avec un ou plusieurs des contextes ci-dessous :

- Programme national (Programme national de lutte contre la tuberculose de Santé Canada)
- Programmes régionaux (Programmes régionaux de lutte contre la tuberculose de Santé Canada)
- Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne
- Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes de tuberculoseⁱ

Les programmes régionaux de Santé Canada appuieront la mise en œuvre de ces éléments dans l'ensemble des collectivités, notamment dans les collectivités ayant conclu des ententes de transfert.

THÈME 1 : prévention, diagnostic et prise en charge de la tuberculose

Le Programme national de lutte contre la tuberculose de Santé Canada vise à réduire l'incidence et le fardeau

i L'incidence systématiquement élevée sera définie au moment de produire le cadre d'évaluation.

de la tuberculose en soutenant des activités efficaces de prévention et de contrôle de la tuberculose destinées aux collectivités des Premières nations vivant dans les réserves. La mise au point de programmes de haute qualité inclut des activités comme le dépistage précoce de cas actifs de tuberculose, le diagnostic de l'infection tuberculeuse latente (ITL), l'observance du traitement (réalisée au moyen de certaines méthodes comme la thérapie en observation directe ou TOD), la surveillance (collecte, analyse et diffusion des données), la formation théorique et pratique, et les campagnes de sensibilisation. Toutes ces activités doivent s'aligner sur les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ et sur le guide *Orientations pour les programmes de*

*prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰. La mise au point de programmes de lutte contre la tuberculose inclut également l'articulation, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies, d'activités et de politiques de programme tenant compte de la spécificité des Premières nations.

Afin de réduire, par des mesures de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose, le fardeau de cette maladie et son incidence chez les populations relevant de leur mandat, les programmes de Santé Canada s'efforceront d'atteindre les objectifs suivants en mettant en œuvre les éléments présentés ci-dessous :

Objectifs du Thème 1 :

- Promouvoir la prestation de soins contre la tuberculose qui respectent les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse⁹
- Réduire la transmission de la tuberculose au sein des collectivités et entre elles, tout en soulignant l'importance de la compétence culturelle
- Recueillir, analyser et gérer les données sur la tuberculose d'une manière cohérente et uniforme afin d'évaluer le progrès réalisé vers l'atteinte des objectifs et le rendement des programmes
- Collaborer avec les autorités sanitaires provinciales dans toutes les régions pour mettre en place un système mieux intégré de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose dans les collectivités des Premières nations
- Examiner diverses solutions potentielles pour contrer la pénurie de professionnels et le taux élevé de roulement du personnel

Éléments du Thème 1

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosons récurrentes
1.1	Les programmes se conformeront aux <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> ⁹ et adopteront des approches fondées sur des données probantes.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.2	Les programmes s'aligneront sur les recommandations formulées dans le guide <i>Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada</i> ¹⁰ .	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
1.3	La mise en œuvre de la présente Stratégie sera assez flexible pour permettre aux régions de Santé Canada, aux provinces et aux collectivités d'explorer des mesures d'amélioration de la qualité sans compromettre les éléments essentiels des programmes de lutte contre la tuberculose.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.4	Les programmes se conformeront aux principes régissant les pratiques de santé publique pour aider à protéger les collectivités de la tuberculose tout en respectant les droits des patients, dont la confidentialité.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.5	Tous les cas de tuberculose active seront examinés au moins une fois par mois par des experts de la santé publique ou des cliniciens.		Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)	Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)	Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)
<i>Les questions suivantes devront être couvertes lors du processus de révision :</i>					
	1.5a) Cerner les défis et mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires concernant l'interruption et l'échec de traitement, la mobilité des patients, l'intégration des services, la récurrence de la maladie et la résistance aux médicaments.		Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)	Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)	Obligatoire (en cas de contribution à la gestion de cas)
1.6	Les gestionnaires des programmes collaboreront avec les partenaires et les parties prenantes sur les questions générales liées à l'embauche et à l'aptitude à mener des activités liées à la prévention et au contrôle de la tuberculose.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<i>Les activités spécifiques pertinentes incluront ce qui suit :</i>					
	1.6a) L'appui au perfectionnement professionnel ainsi qu'à la sensibilisation et à la participation communautaires pour accroître la conscientisation à la tuberculose et réduire la stigmatisation et les idées fausses associées à cette maladie.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

ÉLÉMENTS	Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
<p>1.6b) La collaboration avec les provinces et les collectivités afin que les fournisseurs de soins de santé travaillant auprès des populations des Premières nations aient accès à une formation sur la tuberculose et puissent la mener à terme. Les sujets suivants pourraient être couverts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la compréhension de la tuberculose dans le contexte des Premières nations • l'importance d'un indice de suspicion élevé lors de l'apparition de symptômes associés à la tuberculose • la capacité d'effectuer des tests de dépistage de l'ITL et de la tuberculose • la capacité de gérer les cas de tuberculose et d'ITL • les connaissances relatives aux traitements recommandés de l'infection tuberculeuse latente (ITL) et de la tuberculose • la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas des membres des Premières nations • la compréhension des exigences liées à la production de rapports 		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<p>1.6c) La collaboration avec les dirigeants, les éducateurs et les travailleurs de la santé aux niveaux national, provincial et communautaire, afin de mettre au point des campagnes pertinentes d'éducation et de sensibilisation à la tuberculose dans les collectivités, en s'appuyant sur la préparation et l'utilisation de matériel ciblé comme des communiqués radiophoniques, des imprimés ou des vidéos.</p>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<p>1.6d) La résolution des difficultés liées à la prestation de la thérapie en observation directe (TOD) et du traitement préventif en observation directe (TPOD).</p>		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosons récurrentes
	1.6e) L'évaluation des structures et systèmes de soutien familial et communautaire et la recherche de solutions possibles pour améliorer ces structures, s'il y a lieu.			Facultatif	Facultatif
1.7	Les programmes continueront de faire participer les collectivités et les autres intervenants à l'examen et à l'orientation des programmes de lutte contre la tuberculose au niveau régional et communautaire.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<i>Les activités peuvent comprendre ce qui suit :</i>					
	1.7a) La mise au point de plans d'action améliorés pour la mise en œuvre des programmes.		Obligatoire	Facultatif	Facultatif
	1.7b) La promotion de projets communautaires de lutte contre la tuberculose comme l'Évaluation des risques et de planification communautaire stratégiques pour éliminer la tuberculose (CIBLE-TB) ou les résolutions de conseils de bande en faveur de la participation aux programmes de dépistage de la tuberculose.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.8	Les programmes viseront à promouvoir le recours à la TOD standard ou à la TOD améliorée pour tous les cas de tuberculose, surtout les cas de coinfection tuberculose-VIH.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	1.8a) Le personnel responsable de la TOD aura accès à une formation favorisant la prestation de services de qualité, incluant la reconnaissance de l'importance d'approches impartiales et respectueuses pour établir des relations fiables.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	1.8b) La TOD améliorée comprendra l'utilisation d'incitatifs et de mesures facilitatrices flexibles et adaptées aux besoins de la collectivité et à l'âge des personnes affectées.		Facultatif	Facultatif	Facultatif

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
1.9	Les programmes collaboreront avec des partenaires et des intervenants pour aborder ensemble diverses questions liées aux programmes.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<i>Les questions spécifiques comprennent ce qui suit :</i>					
	1.9a) L'accessibilité des services de soins et de diagnostic.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	1.9b) La disponibilité des moyens de transport permettant d'accéder aux services de santé.			Obligatoire	Obligatoire
	1.9c) La capacité d'isoler les patients souffrant d'une tuberculose active infectieuse dans la collectivité ou à l'extérieur de la collectivité conformément aux <i>Normes canadiennes de lutte antituberculeuse</i> ⁹ et aux conseils d'experts en santé publique.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	1.9d) La continuité dans la prestation de services lorsque les patients migrent d'une collectivité à un milieu urbain, entre provinces ou territoires et entre systèmes de santé (p. ex., du système fédéral au système provincial).		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1.10	Le rendement des programmes régionaux de lutte contre la tuberculose sera évalué au moyen d'analyses des données relatives aux programmes. L'évaluation comprendra l'examen de la gestion des cas et des contacts à la lumière des pratiques exemplaires en tenant compte des normes de traitement de la tuberculose décrites dans les <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> ⁹ .		Obligatoire		
1.11	Les données recueillies seront analysées et diffusées en conséquence aux niveaux communautaire, régional et national.	Obligatoire	Obligatoire		
1.12	Les données recueillies par le biais du SCDCT sur les collectivités des Premières nations recevant des services de lutte contre la tuberculose par l'intermédiaire de la DGSPNI seront analysées et diffusées dans le cadre de rapports annuels.	Obligatoire	Facultatif		

THÈME 2 : ciblage des populations plus vulnérables à la tuberculose

Dans toutes les populations, certains facteurs augmentent le risque de contracter, de développer et de transmettre la tuberculose et peuvent avoir des répercussions sur le respect du traitement, ce qui donne lieu à des sous-populations plus exposées aux conséquences de cette maladie. À titre d'exemple, les membres des collectivités ayant une incidence de tuberculose systématiquement élevée sur une longue période ou aux prises avec des éclosions à répétition courent un plus grand risque de contracter, de développer et de transmettre la

tuberculose. Le VIH/sida, le diabète, les problèmes de santé mentale et la toxicomanie exemplifient bien ces facteurs. Indépendamment de leur lien avec la tuberculose, ces troubles sont également reconnus comme d'importants problèmes de santé dans certaines collectivités des Premières nations.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les populations les plus à risque, voir l'annexe C.

Pour réduire le fardeau et l'incidence de la tuberculose chez les populations les plus susceptibles de contracter la maladie, Santé Canada s'efforcera d'atteindre les objectifs suivants en mettant en œuvre les éléments présentés ci-dessous :

Objectifs du Thème 2 :

- Cerner les sous-populations les plus à risque de contracter la tuberculose, de la transmettre ou de développer une forme plus grave de la maladie et mettre au point, à leur intention, des stratégies adaptées à l'épidémiologie locale.
- Collaborer avec les collectivités afin d'offrir des programmes de lutte contre la tuberculose ciblés et améliorés aux populations où une incidence élevée de tuberculose a été observée sur une longue période ou qui présentent de plus grands risques de contracter la tuberculose ou d'en subir les complications.

Éléments du Thème 2

ÉLÉMENTS	Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
2.1 Les programmes seront menés en collaboration avec les provinces et les collectivités pour développer des approches adaptées visant à réduire l'incidence de la tuberculose là où les données révèlent une incidence systématiquement élevée ou des éclosions à répétition.		Obligatoire		Obligatoire
<i>Les approches peuvent servir à</i>				
2.1a) Mettre au point des approches améliorées visant à mieux appuyer la détection précoce des cas de tuberculose active et d'ITL.		Obligatoire	Facultatif	Obligatoire

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
	2.1b) Établir la priorité des diverses activités des programmes en fonction du taux de tuberculose observé au niveau des régions et des collectivités.		Obligatoire	Facultatif	Obligatoire
	2.1c) Établir des programmes à long terme et une infrastructure visant à résoudre les questions propres aux collectivités ou aux réseaux sociaux.		Obligatoire	Facultatif	Obligatoire
	2.1d) Mettre au point des outils visant à appuyer le suivi des symptômes laissant soupçonner une tuberculose active dans les collectivités de manière à réduire les retards de diagnostic et le nombre de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif.		Facultatif	Facultatif	Facultatif
2.2	Les programmes développeront et mettront en œuvre des stratégies de dépistage de la tuberculose fondées sur l'épidémiologie locale/régionale, tout en s'assurant que l'identification et la gestion des cas et des contacts demeurent efficaces.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<i>Les activités pertinentes peuvent inclure :</i>					
	2.2a) La collaboration avec les partenaires et les intervenants pour promouvoir le dépistage du VIH chez toutes les personnes atteintes de tuberculose active, ainsi que le dépistage de la tuberculose active ou de l'ITL chez toutes les personnes séropositives au VIH.		Obligatoire (seulement lorsque les collectivités offrent les services de soins cliniques)	Obligatoire	Obligatoire
	2.2b) La promotion d'un traitement préventif, s'il y a lieu, chez les personnes présentant une double infection ITL-VIH.		Obligatoire (seulement lorsque les collectivités offrent les services de soins cliniques)	Obligatoire	Obligatoire

ÉLÉMENTS	Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosions récurrentes
2.2c) Dépistage ciblé de personnes jugées à risque élevé, conformément aux <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> ⁹ (p. ex., les personnes infectées par le VIH/sida, celles atteintes d'une insuffisance rénale terminale, etc.). Bien que le diabète sucré ne soit pas considéré comme un facteur de risque élevé de développer la forme active de la maladie, d'après les <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> ⁹ , les personnes qui en sont atteintes doivent néanmoins être prises en compte pour un dépistage ciblé.		Obligatoire (seulement lorsque les collectivités offrent les services de soins cliniques)	Obligatoire (seulement si les soins cliniques sont fournis)	Obligatoire
2.2d) L'administration d'un traitement, s'il y a lieu, aux patients à risque élevé ayant reçu un diagnostic d'ITL.		Obligatoire (seulement lorsque les collectivités offrent les services de soins cliniques)	Obligatoire (seulement si les soins cliniques sont fournis)	Obligatoire
2.2e) L'identification, l'évaluation et la mise en œuvre, le cas échéant, d'approches de dépistage et de traitement de l'ITL chez les jeunes enfants des collectivités où l'incidence de la maladie est élevée.		Obligatoire (seulement lorsque les collectivités offrent les services de soins cliniques)	Obligatoire (seulement si les soins cliniques sont fournis)	Obligatoire
2.3 Les programmes de lutte contre la tuberculose examineront les opportunités d'établir des liens avec d'autres programmes et organismes œuvrant dans le domaine de la tuberculose, du VIH, de la santé mentale, de la toxicomanie et d'autres maladies chroniques à risque élevé, et d'établir des stratégies et des activités permettant d'accroître l'efficacité et l'intégration des programmes, des politiques et des activités de sensibilisation.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosons récurrentes
2.4	Des analyses continues permettront de déterminer l'effet de l'abandon de l'administration du vaccin BCG en surveillant l'évolution de la tuberculose dans les zones où le vaccin a été abandonné et dans celles où il ne l'a pas été.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2.5	L'évaluation des programmes permettra de cerner les populations les plus vulnérables à la tuberculose menant à l'engagement de mesures ciblées pour améliorer la qualité des programmes.	Obligatoire	Obligatoire		
2.6	<p>Les collectivités, surtout celles</p> <ul style="list-style-type: none"> • affichant une incidence élevée ou faisant partie d'une grappe de cas de tuberculose connue • aux prises avec des éclosons • identifiées comme à risque <p>d'incidence élevée ou d'éclosons auront l'occasion de rencontrer les partenaires et les intervenants des programmes de lutte contre la tuberculose de niveaux provincial, régional et communautaire, de recevoir des rapports pertinents à leur communauté et de collaborer à la mise au point de stratégies visant à améliorer les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose.</p>		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

THÈME 3 : établissement et maintien de partenariats

Les ministères et agences du gouvernement fédéral, les spécialistes, les organismes des Premières nations, les collectivités et les provinces sont tous des partenaires clés d'un programme exhaustif de lutte contre la tuberculose concernant les membres des Premières nations vivant dans les réserves. Il importe que les partenariats évoluent sans cesse pour répondre aux besoins et aux contextes changeants des régions et des collectivités. De tels partenariats offriront de nombreux avantages, comme la mise au point de programmes de lutte contre la tuberculose adaptés aux collectivités et fondés sur l'épidémiologie locale, et la prestation d'un continuum de soins à des clientèles mobiles vivant parfois dans des réserves et parfois hors des réserves.

Le développement de partenariats pertinents et efficaces nécessitera des efforts soutenus pour préciser les rôles et

responsabilités et pour garantir l'accessibilité continue à des services homogènes de lutte contre la tuberculose. Les partenariats s'avèrent également cruciaux pour répondre à des problématiques plus vastes ayant une incidence sur la lutte contre la tuberculose, comme les déterminants sociaux de la santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les partenariats en matière de lutte contre la tuberculose qui concernent les Premières nations du Canada vivant dans les réserves, voir l'annexe B.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la tuberculose et les déterminants sociaux de la santé, voir l'annexe D.

Afin de réduire le fardeau et l'incidence de la tuberculose en renforçant les partenariats, les programmes de Santé Canada s'efforceront d'atteindre les objectifs suivants en mettant en œuvre les éléments présentés ci-dessous.

Objectifs du Thème 3 :

- Encourager les collectivités à participer aux activités de prévention et de contrôle de la tuberculose et à se les approprier.
- Préciser les rôles et responsabilités en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose en renforçant les partenariats et la collaboration avec les provinces et les collectivités de façon à maximiser la contribution de chaque partenaire.
- Accroître le degré de conscientisation à la tuberculose et aux questions connexes en misant sur l'éducation et sur la diffusion de messages de santé publique à l'intention du personnel de la santé, des collectivités et des autres intervenants concernés.
- Harmoniser les programmes de lutte contre la tuberculose et les autres programmes de santé publique et activités connexes pour rendre l'exécution des programmes et les messages de santé publique plus efficaces.
- Examiner le lien entre la tuberculose et les déterminants sociaux de la santé dans le cadre de partenariats et en collaboration avec les ministères, les programmes et les organismes dont les activités s'orientent surtout autour d'enjeux comme le logement, l'alimentation, l'éducation, l'emploi et la qualité de l'air.

Éléments du Thème 3

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosons récurrentes
3.1	Les partenariats et les collaborations avec les autorités sanitaires provinciales et avec d'autres partenaires et intervenants seront renforcés afin d'atteindre l'objectif commun d'harmonisation de la prévention et de contrôle de la tuberculose.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3.2	Les Premières nations participeront au développement et à la mise en œuvre de politiques et d'activités de lutte contre la tuberculose dans la mesure où cela concerne leur population, tout en respectant les exigences des programmes régionaux et provinciaux.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3.3	Santé Canada continuera de tenir compte des valeurs culturelles et communautaires et des questions de gouvernance au moment de solliciter la participation des collectivités à la mise au point et au maintien des activités de lutte contre la tuberculose.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3.4	Les programmes appuieront les efforts internationaux visant à réduire la tuberculose, tant chez les populations autochtones que partout dans le monde, par des initiatives comme le Plan mondial Halte à la tuberculose ^{11, 12} .	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
3.5	Santé Canada précisera les rôles à jouer et les négociera avec les partenaires et les intervenants de manière à favoriser la communication ponctuelle de données pertinentes sur la tuberculose.	Obligatoire	Obligatoire		
3.6	Les programmes de lutte contre la tuberculose seront responsables envers la population qu'ils desservent et se doivent d'être transparents, de partager les données et d'établir des partenariats favorisant la participation proactive de tous les partenaires à la réduction de l'incidence et du fardeau de la tuberculose chez les Premières nations.	Obligatoire	Obligatoire		

ÉLÉMENTS		Programme national	Programmes régionaux	Collectivités bénéficiant de services de soins de santé de première ligne	Collectivités ou populations ayant une incidence systématiquement élevée ou aux prises avec des éclosons récurrentes
3.7	La communication des questions de santé publique émergentes relatives à la tuberculose aux partenaires et aux intervenants appropriés se fera plus rapidement qu'au moyen du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT).		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
<i>Les questions spécifiques à inclure sont :</i>					
	3.7a) La déclaration immédiate des grappes de cas ou des éclosons de la tuberculose.		Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
	3.7b) L'apparition de cas de tuberculose pharmacorésistante.		Facultatif		
3.8	Tenir des réunions annuelles avec les partenaires des programmes (dirigeants et membres aux niveaux fédéral, provincial, régional et communautaire) pour examiner les données d'évaluation et proposer des améliorations, en discuter et les mettre en œuvre.	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3.9	Les programmes de lutte contre la tuberculose examineront les liens existants entre les déterminants sociaux de la santé et la tuberculose et trouveront des solutions possibles par le biais de la recherche et de l'établissement de partenariats avec les ministères fédéraux, les organismes autochtones et d'autres groupes comme les organisations internationales.	Obligatoire	Obligatoire	Facultatif	Facultatif

Partie III : PROCHAINES ÉTAPES

Des éléments à l'action

Chaque province aborde à sa façon la prévention et le contrôle de la tuberculose, tenant compte de la prévalence de cette maladie sur son territoire et de la structure globale du système de santé provincial. Puisque Santé Canada harmonise ses programmes régionaux de lutte contre la tuberculose avec les structures et les activités de programme provinciales connexes, il est évident que la mise en œuvre de la Stratégie nécessitera une approche individualisée pour chaque région pour garantir le respect des structures administratives et des besoins des populations en cause.

Plusieurs régions ont déjà mis en place un bon nombre de ces éléments dans le cadre de programmes communautaires et régionaux réguliers. Les éléments qui ne sont pas encore en place seront toutefois repérés et mis en œuvre dans les programmes régionaux en fonction des priorités régionales, communautaires et des ressources disponibles, selon un processus de collaboration avec les collectivités et les autorités sanitaires provinciales.

Voici la démarche à suivre pour appuyer la mise en œuvre des éléments exposés dans la *Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose de Santé Canada* :

1. Évaluation des programmes actuels

Les gestionnaires des programmes nationaux et régionaux de lutte contre la tuberculose évalueront leurs programmes actuels en fonction des éléments essentiels de la Stratégie de manière à cerner les éventuelles lacunes et à déterminer les mesures à prendre pour y remédier.

2. Élaboration de plans de mise en œuvre nationaux, régionaux et communautaires

La formulation de plans de mise en œuvre de la Stratégie devra se déployer aux échelons national, régional, et communautaire. La participation des partenaires de tous les niveaux est essentielle dans cette démarche. Il faut également mettre au point des plans communautaires dans l'optique de renforcer les capacités, la prise en charge et la sensibilisation au sein de la collectivité, ainsi que de réaliser des programmes viables, de haute qualité et bien encadrés.

Compte tenu des pratiques exemplaires, des normes et des données probantes, il est reconnu que les aspects suivants constituent des priorités sur le plan de la mise en œuvre :

- Assurer l'accès continu aux services intégrés de lutte contre la tuberculose en améliorant les collaborations et les partenariats
- Privilégier la surveillance en temps opportun
- Cibler les populations les plus vulnérables (p. ex. les collectivités où l'incidence de la tuberculose est élevée)

Amélioration de la qualité

La *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada* vise à aider les régions de Santé Canada et les collectivités à maintenir à la baisse les taux de tuberculose dans les zones peu affectées et à réduire les taux dans les zones de forte incidence. Pour atteindre cet objectif, la Stratégie se concentre sur l'amélioration de la qualité en se fondant sur les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹ et sur les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰ ainsi que sur les pratiques exemplaires et les leçons retenues depuis le lancement de la Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose¹ de Santé Canada en 1992.

La Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada cadre avec la démarche exposée dans le document de Santé Canada intitulé « Building Quality Healthcare¹⁹ » en mettant de l'avant la nécessité d'établir des programmes efficaces et efficients. Afin que la mise en œuvre de la Stratégie entraîne l'amélioration continue de la qualité des soins, il est essentiel que tous les programmes de lutte contre la tuberculose reconnaissent l'importance de rester à jour par rapport aux enjeux suivants :

1. Adoption d'approches et de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes

La qualité des programmes est assurée par l'adoption d'approches et de pratiques exemplaires fondées sur des éléments probants, qui sont tributaires de recherches solides et rigoureuses. La Stratégie est souple dans la mesure où elle reconnaît la nécessité que les programmes s'adaptent aux nouvelles découvertes dans le domaine de la tuberculose. Elle reconnaît également que chaque région peut avoir sa propre manière d'adopter et d'intégrer les nouveaux éléments probants à ses programmes. À titre d'exemple, les programmes sont mis au point à partir des recommandations des spécialistes de la tuberculose régionaux et provinciaux qui prennent en compte les besoins de la population et les structures du réseau de soins de santé de la province.

Alors que les politiques et les programmes de lutte contre la tuberculose sont fondés sur des données probantes, il ne se fait pas de recherche dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose de Santé Canada. Par contre, Santé Canada appuie les recherches menées par des spécialistes des milieux gouvernementaux et universitaires. Ces recherches misent, notamment, sur la collaboration avec d'autres groupes du portefeuille de la santé, dont l'ASPC et les Instituts canadiens de recherche en santé.

À l'heure actuelle, les gestionnaires des programmes de lutte contre la tuberculose desservant les Premières nations du Canada se concentrent sur les domaines de recherche suivants :

- recherche communautaire
- recherche participative sur la mobilisation des collectivités
- impact des déterminants sociaux de la santé sur les taux de tuberculose

- lien entre les taux d'ITL et de tuberculose
- mesures incitatives efficaces
- campagnes d'éducation ou de sensibilisation de la collectivité
- utilisation de l'analyse du réseautage social
- utilité diagnostique des tests de libération d'interféron-gamma (TLIG) dans l'ITL

2. Évaluation des programmes de lutte contre la tuberculose

Tout élément (obligatoire, facultatif ou supplémentaire qui ne fait pas partie de cette Stratégie) intégré à un programme doit être inclus dans le processus d'évaluation de ce programme. L'évaluation des programmes, qui comprend la collecte de données sur les programmes et de données de surveillance, est essentielle pour évaluer l'efficacité et l'efficience des programmes. La production de rapports permettra aux partenaires de suivre l'état de chaque programme et d'en discuter, ce qui favorisera la transparence et la mise en commun des pratiques prometteuses.

Aux fins de mise en œuvre de la Stratégie, un cadre d'évaluation sera élaboré et traitera des besoins en matière d'évaluation et de surveillance au niveau national et régional. Ce cadre permettra également de déterminer le type de rapports à fournir aux publics cibles et la fréquence de production. Un cadre national sera élaboré afin de normaliser la collecte des données de surveillance et sur les programmes. Ce cadre permettra de dresser rapidement un état de la situation des membres des Premières nations qui utilisent les services de lutte contre la tuberculose offerts par l'intermédiaire de Santé Canada. Des cadres seront également mis au point par et pour chaque région en fonction des besoins, des structures et des populations de chaque programme.

3. Surveillance

La surveillance constitue un aspect essentiel du processus d'évaluation des programmes. Les programmes régionaux et national de lutte contre la tuberculose de Santé Canada recueillent des données auprès de diverses sources. À titre d'exemple, tous les cas de tuberculose doivent être déclarés au système de santé provincial, qui en fait ensuite rapport à l'ASPC sous forme de données non nominatives dans le cadre du SCDCT. Ces données sont publiées par l'ASPC et utilisées par les programmes

de lutte contre la tuberculose de Santé Canada dans le cadre de l'évaluation de la tuberculose à l'échelle nationale. Dans certaines régions, il arrive aussi que les données proviennent directement de sources provinciales et de quelques collectivités. La communication de ces données dépend principalement de l'absence ou de la présence d'accords de partage des données.

Les diverses modalités de collecte des données font en sorte qu'il est difficile d'évaluer et de comparer avec précision les régions et les collectivités selon une méthode normalisée, ce qui entrave la réalisation de toute analyse approfondie des tendances de la tuberculose chez les membres des Premières nations vivant dans les réserves. La Stratégie met en évidence la nécessité pour tous ceux qui participent à la lutte contre la tuberculose auprès des Premières nations de collaborer à la collecte et à l'analyse de données normalisées afin de favoriser l'amélioration continue de la qualité de tous les programmes de lutte contre la tuberculose.

Compte tenu des recommandations d'un groupe d'experts, des données probantes les plus récentes et de l'examen des programmes canadiens et internationaux de lutte contre la tuberculose, il a été déterminé qu'il était important de tenir compte des données suivantes pour assurer la qualité des programmes de lutte contre la tuberculose. Leur utilisation dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose de Santé Canada sera validée pendant l'élaboration des cadres d'évaluation.

- Pourcentage d'échantillons d'expectoration reçus au laboratoire dans les 24 heures suivant le prélèvement sur les sujets récemment diagnostiqués
 - Pourcentage des résultats positifs de culture d'expectoration transmis (p. ex., verbalement) au personnel ou à l'établissement demandeur dans les 24 heures suivant la réception des échantillons prélevés sur les sujets récemment diagnostiqués
 - Pourcentage de nouveaux cas dont la culture positive d'expectoration devient négative dans les 60 jours suivant le début du traitement
 - Pourcentage de cas d'infection tuberculeuse récemment diagnostiqués et placés en isolement tant qu'ils sont contagieux (c.-à-d., à l'hôpital, à domicile)
- Établissement de la première liste des contacts pour chaque cas d'infection tuberculeuse dans les sept jours suivant le diagnostic
 - Tous les contacts récemment identifiés ayant reçu un diagnostic d'ITL débutant leur traitement dans les 28 jours, sauf si contre-indication ou refus de traitement
 - Pourcentage de personnes recevant un traitement de l'ITL par TPOD
 - Pourcentage de personnes atteintes d'une ITL dont le risque de tuberculose active est élevé, qui ne sont pas traitées et qui sont suivies pour bilan des symptômes, radiographie pulmonaire, frottis et culture d'expectorations après 6, 12 et 24 mois
 - Pourcentage de patients à risque élevé soumis à des tests de dépistage de la tuberculose et :
 - séropositifs au VIH
 - atteints d'une insuffisance rénale terminale
 - en attente ou receveurs d'une greffe d'organe
 - recevant un traitement immunosuppresseur
 - atteints d'autres affections à risque élevé

CONCLUSION

Compte tenu de la nature complexe et disparate des partenariats, de l'infrastructure des systèmes de santé et des besoins de la population relativement à la lutte contre la tuberculose chez les Premières nations du Canada, la mise en œuvre de la Stratégie sera graduelle. Afin que les choses progressent, la mise en œuvre se fera à partir des analyses des lacunes, de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans d'action et de l'évaluation des programmes en cours et des nouveaux programmes. Un cadre d'évaluation, dont l'élaboration fera partie du processus de mise en œuvre, garantira que Santé Canada continuera de dispenser des services de qualité en matière de lutte contre la tuberculose ou que ces services seront accessibles aux membres des Premières nations vivant dans les réserves. En conclusion, la *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada* propose une orientation stratégique qui, une fois mise en œuvre, aidera les programmes de lutte contre la tuberculose à déterminer comment réduire l'incidence et le fardeau de la tuberculose chez les Premières nations vivant dans les réserves, en collaboration avec l'ensemble de leurs partenaires.

ANNEXE A : Description détaillée de l'épidémiologie de la tuberculose chez les Premières nations du Canada

Pour mieux comprendre ce qui détermine les taux de tuberculose observés dans les réserves, il est important de traiter de la variabilité interrégionale. De 2000 à 2008, les taux d'incidence de la tuberculose ont varié entre les régions de Santé Canada (voir la figure 2). Comparativement aux autres régions, les taux d'incidence de la tuberculose active ont toujours été plus élevés au Manitoba et en Saskatchewan. Les cas actifs de tuberculose signalés dans ces deux régions constituaient plus des deux tiers du total des cas signalés¹³.

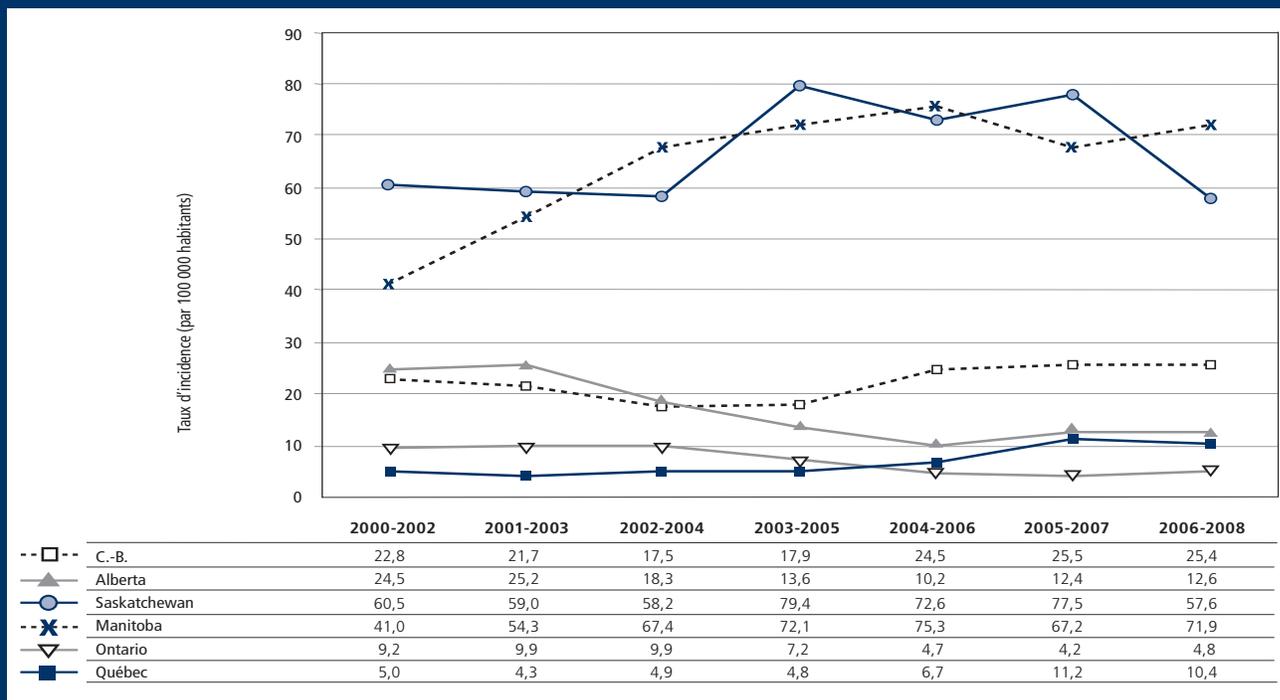
Entre 2000 et 2008, la plupart des cas de tuberculose active dans les réserves ont été diagnostiqués à partir du tableau clinique (57,3 %) ou de la recherche des contacts (26,5 %); les autres cas (14,6 %) ont été diagnostiqués au moyen du dépistage systématique, de l'examen des résultats d'autopsie et d'autres méthodes. Pendant cette période, la tuberculose pulmonaire a été la manifestation de tuberculose active signalée le plus souvent (54,1 %). La tuberculose primaire (23,0 %) était

le deuxième diagnostic le plus courant, particulièrement en Saskatchewan, où la proportion de tous les cas rapportés (44,6 %) était de plusieurs fois supérieure à celle des autres régions. La tuberculose miliaire (2,9 %) et l'atteinte des ganglions lymphatiques périphériques (6,4 %) ont été diagnostiquées dans une proportion relativement faible de cas. Les autres sièges signalés, incluant les atteintes du système respiratoire et les atteintes d'autres systèmes, constituaient le reste des cas (13,7 %)¹³.

Pour obtenir d'autres renseignements sur l'épidémiologie de la tuberculose chez les populations des Premières nations du Canada, voir :

- Santé Canada : *La tuberculose dans les collectivités des Premières nations, 1999*²⁰.
- Santé Canada : *Épidémiologie de la tuberculose chez les membres des Premières nations vivant dans les réserves au Canada, 2000-2008*¹³.

Figure 2 : Taux de moyenne mobile sur trois ans de tuberculose active (nouveaux cas et cas retraités) par région*, membres des Premières nations vivant dans les réserves, Canada, 2000–2008



* Les données de la Région de l'Atlantique ne sont pas indiquées, car le nombre total de cas de tuberculose y est inférieur à cinq.
Source : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2010¹³.

ANNEXE B : Partenariats en matière de lutte contre la tuberculose

La présente Stratégie s'harmonise au Cadre stratégique de santé publique de Santé Canada¹⁸ et à sa vision qui s'énonce ainsi : « Toutes les collectivités vivant dans des réserves sont desservies par un système de santé publique intégré et exhaustif qui évalue et surveille la santé de la population, assure la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention des blessures et des maladies, et qui est en mesure de réagir aux situations d'urgence en santé publique »²¹. Une coordination renforcée entre tous les ordres de gouvernement, entre les ministères et les programmes et avec les collectivités favorisera la mise en place d'un système de santé publique intégré et exhaustif, capable de promouvoir et de protéger la santé de manière plus holistique.

Partenariats fédéraux

À titre de partenaire fédéral clé, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), en collaboration avec des experts des gouvernements et des organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux, coordonne et appuie la surveillance, la mise au point de lignes directrices et le renforcement des capacités qui ont trait à la prévention et au contrôle de la tuberculose au Canada. L'ASPC dirige la mise au point du guide *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*¹⁰, qui fournira un cadre général et des orientations pour les activités liées à la tuberculose menées au Canada. La Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada concorde avec le contenu de ce document.

D'autres partenariats fédéraux sont également essentiels pour aider les Premières nations à faire face à la persistance de la tuberculose. À titre d'exemple, une collaboration existe déjà ou serait possible entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les autres programmes de Santé Canada qui ont trait à la santé communautaire, au VIH/sida, au diabète et à la

toxicomanie. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) est un partenaire essentiel dans l'identification et la prise en compte de l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur la tuberculose, ainsi que dans la communication de données sur la population servant de dénominateur dans l'évaluation et l'analyse des données de surveillance.

Partenariats régionaux

Des soins complets contre la tuberculose sont rarement disponibles dans les collectivités des Premières nations. De ce fait, les collectivités doivent faire appel au réseau provincial de soins de santé pour obtenir bon nombre de services de soins primaires et tertiaires, comme l'hospitalisation et les soins médicaux. La prestation des services dans les collectivités doit donc être coordonnée avec les systèmes de santé provinciaux. Lorsque les systèmes ne sont pas suffisamment intégrés, l'accès aux soins est compromis d'où l'inefficacité à maintenir le continuum de soins.

Toutes les régions ont établi des relations avec leurs homologues provinciaux. Certaines collectivités des Premières nations entretiennent également des relations directes avec la province ou des instances provinciales particulières en santé, comme les autorités sanitaires régionales (ASR). Presque tous conviennent, toutefois, qu'une définition plus claire des rôles et responsabilités favoriserait un meilleur continuum de soins et la réussite globale des programmes de lutte contre la tuberculose.

La Stratégie s'applique dans les secteurs où Santé Canada est responsable des programmes de lutte contre la tuberculose, soit par la prestation de services ou l'allocation de fonds. Voici quelques exemples des services offerts ou des activités menées :

1. Dépistage des cas de tuberculose, traitement et prise en charge

2. Dépistage des cas d'ITL et prise en charge
3. Démarche axée sur le patient
4. Gestion des éclosions de tuberculose
5. Promotion de la santé publique, incluant la sensibilisation des collectivités
6. Mobilisation des collectivités
7. Développement des capacités communautaires par des initiatives de formation et d'éducation
8. Consignation, déclaration et évaluation des résultats

Les exemples suivants décrivent trois modes de prestation auxquels on peut recourir pour offrir des services de lutte contre la tuberculose aux Premières nations dans les réserves :

- Le dépistage et la prise en charge des cas, ainsi que la recherche et le suivi des contacts, relèvent essentiellement de la province et des autorités sanitaires régionales, en partenariat avec la collectivité. Le bureau régional de Santé Canada collabore avec les collectivités à la réalisation d'activités de sensibilisation à la tuberculose. Ce modèle de collaboration s'apparente au mode de prestation des services de prévention et de lutte contre la tuberculose des régions de l'Atlantique et du Québec.
- Un programme provincial centralisé de lutte contre la tuberculose est financé par Santé Canada afin d'assurer la prise en charge des cas et le suivi des contacts dans les réserves; le programme régional de lutte contre la tuberculose de Santé Canada fournit des ressources communautaires complémentaires et s'occupe d'éducation, de sensibilisation et de communication et de coordination continues. Ce modèle s'apparente au mode de prestation des services de prévention et de lutte contre la tuberculose de la région du Manitoba.

- Le dépistage et la prise en charge des cas, ainsi que la recherche et le suivi des contacts, sont partagés dans le cadre d'un programme provincial centralisé de lutte contre la tuberculose qui regroupe la province, les autorités sanitaires régionales, le programme régional de lutte contre la tuberculose de la SPNI et le personnel de première ligne en santé communautaire. Les activités de sensibilisation sont principalement menées en partenariat avec le bureau régional de Santé Canada et les collectivités. Ce modèle s'apparente au mode de prestation des services de prévention et de lutte contre la tuberculose de la région de l'Alberta.

D'autres modèles sont également utilisés dans les régions. Dans certains cas, les Premières nations ont plus de responsabilités dans la prestation des services de prévention et de lutte contre la tuberculose alors que la région assure plutôt un rôle de soutien.

ANNEXE C : Exemples de populations plus à risque de contracter la tuberculose

Conformément aux *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*⁹, voici des exemples de sous-populations parmi les plus à risque de contracter la tuberculose, soient qu'il existe une préoccupation grandissante pour leur santé, ou qu'elles démontrent des disparités de santé chez les Premières nations du Canada .

*Collectivités où l'incidence de la maladie est élevée et collectivités sujettes à des éclosions récurrentes*ⁱⁱ

Les collectivités ou les populations où l'incidence de la tuberculose reste élevée sur une longue période nécessitent une attention spéciale, tout comme celles aux prises avec des éclosions à répétition. Selon des données internes, Santé Canada a observé que les cas de tuberculose sont localisés, chaque année, dans un nombre restreint de collectivités des Premières nations, ce qui influe sur le mode de priorisation des activités des programmes de lutte contre la tuberculose. Le défi de la lutte contre la tuberculose dans les collectivités affichant une incidence élevée de la maladie ou dans celles aux prises avec des éclosions récurrentes n'est pas seulement d'identifier et de traiter rapidement les cas actifs, mais aussi d'identifier et de faire le suivi de tous leurs contacts pour réussir à rompre la chaîne de transmission. Comme l'indiquent les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*^{9,22}, quand une éclosion survient, Santé Canada, l'ASPC et les provinces peuvent fournir des ressources et déployer du personnel supplémentaire pour aider les collectivités à engager des mesures de dépistage précoce de cas actifs et d'identification des contacts et à prendre en charge la tuberculose et les infections tuberculeuses. En ce qui concerne les collectivités et

les populations au sein desquelles l'incidence de la tuberculose est constamment élevée, il est nécessaire de s'engager spécifiquement et durablement à mettre en place des stratégies et des activités de programme pour réduire l'incidence et le fardeau de la maladie. De telles stratégies doivent également comprendre des approches contribuant à protéger les personnes les plus à risque dans ces collectivités, comme les jeunes enfants et les personnes gravement immunodéficientes. Ces personnes sont plus vulnérables dans une collectivité affichant une incidence élevée de la maladie et sont plus susceptibles de développer des formes graves de tuberculose (c.-à-d., la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire)⁹. De plus, la tuberculose est difficile à diagnostiquer chez les enfants étant donné que les symptômes ne se manifestent pas aussi clairement chez eux que chez les adultes et que les erreurs d'interprétation de radiographies pulmonaires ne sont pas rares^{23,24,25,26}.

Collectivités éloignées et isolées

Ces collectivités se distinguent par leur emplacement géographique et leur accès limité à des ressources externes²⁷. Sur le plan des soins de santé, les enjeux qui les confrontent portent notamment sur leur capacité d'accès à des services de laboratoire pour établir des diagnostics, leur capacité d'accéder rapidement et régulièrement à des soins, et leur capacité de recrutement, d'attrait et de maintien en poste de personnel affecté spécialement aux activités de prévention et de contrôle de la tuberculose. Ces collectivités peuvent également avoir de la difficulté à obtenir les services de spécialistes de la tuberculose, des ressources qu'on ne trouve habituellement pas dans les collectivités éloignées ou isolées.

ii Ce qui constitue les « collectivités où l'incidence de la maladie est élevée » et les « collectivités sujettes à des éclosions récurrentes » devra être précisé par consensus entre les partenaires au moment de produire le cadre d'évaluation.

Coinfection par la tuberculose et le VIH

L'infection à VIH réduit la capacité du corps à contenir l'infection tuberculeuse latente. Il s'agit du plus important facteur de risque en ce qui concerne l'évolution de la tuberculose de sa forme latente à sa forme active. La tuberculose est non seulement la maladie concomitante la plus courante de l'infection à VIH, mais aussi la principale cause de décès des personnes séropositives au VIH⁹. Cela représente une préoccupation majeure pour les populations autochtones, étant donné que l'on observe depuis 2002 une augmentation marquée du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH déclarés dans ces populations^{28,29}. Au Canada, les cas de tuberculose ne sont pas tous soumis à un test de dépistage du VIH, on utilise une approche de dépistage systématique avec un droit de refus. Quand cette procédure de dépistage est en place, les personnes chez qui la présence de tuberculose est soupçonnée ou confirmée sont brièvement informées du lien entre le VIH et la tuberculose et du fait que les personnes atteintes de la tuberculose sont systématiquement soumises à un test de dépistage du VIH, à moins qu'elles choisissent de ne pas subir ce test³⁰. Cette pratique a grandement contribué à améliorer la compréhension du fardeau que représente la coinfection, ainsi que la coopération entre les responsables des programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH et, en fin de compte, la prise en charge des deux maladies³⁰. Cependant, seulement 26 % des cas de tuberculose détectés chez les membres des Premières nations et signalés à l'ASPC entre 1997 et 2006 ont également fait état de leur statut sérologique relativement au VIH. De ces cas, 18 % étaient séropositifs³¹. En raison de la sous-déclaration des cas d'infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose, le taux réel de coinfection par la tuberculose et le VIH chez les populations des Premières nations reste indéterminé.

Population pédiatrique – abandon de l'administration du vaccin BCG

Le vaccin BCG a longtemps été utilisé pour lutter contre la tuberculose chez la population pédiatrique, principalement pour prévenir la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire. Ce vaccin, par contre, est inefficace pour prévenir l'infection tuberculeuse et, dans

certain cas, peut exposer un nourrisson au risque de transmission de la maladie par le BCG (c.-à-d., quand le nourrisson est sévèrement immunodéficient)^{9,31,32,33}. En 2003, après consultation auprès des intervenants et des experts, Santé Canada a conseillé aux collectivités des Premières nations d'abandonner l'administration du vaccin BCG dans les collectivités en procédant au cas par cas, selon l'épidémiologie propre à chacune et en respectant les critères définis par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires^{23,34}. La politique précisait qu'un renforcement du programme global de lutte contre la tuberculose était requis après l'abandon du vaccin et que le programme devait notamment prévoir un examen approfondi de tous les enfants ayant été en contact avec un cas infectieux de tuberculose et un dépistage amélioré. Les examens qualitatifs et quantitatifs de l'impact de l'arrêt de la vaccination par le BCG menés en 2010 ont révélé que la modification de la politique de 2003 n'a eu aucun effet néfaste. Ces examens ont également donné lieu à la recommandation de poursuivre l'approche actuelle d'abandon du vaccin BCG en se basant sur l'épidémiologie locale, sur les programmes de lutte contre la tuberculose et les systèmes de santé, et sur les discussions et consultations avec les collectivités des Premières nations²².

Maladies chroniques

Des maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance rénale ou la malnutrition constituent d'importants facteurs de risque en ce qui concerne le développement de la tuberculose et la complication de son traitement³⁵. Les taux d'incidence de certaines maladies chroniques sont plus élevés chez les populations des Premières nations que dans l'ensemble de la population canadienne, même si l'on prend en considération les caractéristiques sociodémographiques de chacune^{36,37}. Le lien entre ces maladies et la tuberculose varie selon la maladie en question et, dans certains cas, les déterminants sociaux de la santé. À titre d'exemple, le diabète accroît le risque de progression de la tuberculose de sa forme latente à sa forme active et peut nuire au traitement de la tuberculose active^{37,38}. Plus précisément, la tuberculose active peut causer une intolérance au glucose, tandis que le diabète peut affaiblir le système immunitaire et, du coup, réduire la résistance physiologique à la tuberculose³⁷.

Santé mentale et toxicomanie

La santé mentale et la toxicomanie constituent des questions de plus en plus préoccupantes chez les populations des Premières nations du Canada^{37,38,39}. La principale cause de décès chez la population autochtone âgée de moins de 45 ans est le suicide⁴⁰. En matière de tuberculose, la détresse et les troubles psychologiques, en particulier l'alcoolisme et la toxicomanie, interfèrent avec l'observance et l'achèvement du traitement de la tuberculose⁴¹. L'abus d'alcool, par exemple, a également un effet sur l'augmentation de l'incidence de la tuberculose active et des complications qui en découlent⁴². Le tabagisme constitue un autre élément important dont il faut tenir compte puisque le risque d'infection tuberculeuse et de tuberculose active est plus élevé chez les fumeurs. Le tabagisme peut également interférer avec le traitement de la tuberculose active⁴³. Étant donné le taux élevé de fumeurs chez les membres des Premières nations, le lien entre le tabagisme et la tuberculose est particulièrement préoccupant²⁶, compte tenu surtout du fait que certains déterminants sociaux de la santé comme des logements mal aérés et surpeuplés font partie intégrante du contexte.

Adultes et aînés porteurs d'une infection tuberculeuse latente non traitée

Bien que le risque de développer une tuberculose active atteigne son maximum dans les deux années suivant l'infection, il reste tout de même un risque à vie de 5 %⁹. Puisque le système immunitaire s'affaiblit avec l'âge⁴⁴, les personnes atteintes d'une ITL présentent un risque plus élevé de développer une tuberculose active. Par ailleurs, certaines collectivités ne sont pas encore en mesure d'identifier toutes les personnes ayant été en contact avec un cas infectieux et chez qui la présence d'une ITL est connue ou de leur offrir un traitement prophylactique. Les personnes porteuses d'une ITL non traitée peuvent alors constituer un réservoir important de cas futurs de tuberculose, même si aucun cas de tuberculose active n'a été observé dans la collectivité depuis plusieurs années. Bien qu'il puisse être inapproprié d'offrir dès maintenant un traitement préventif lié à ces cas d'ITL non traités, leur existence et le potentiel de voir surgir de nouveaux cas soulignent l'importance, pour le personnel de santé, de rester vigilant et de maintenir un niveau élevé de conscience et de savoir en matière de tuberculose. Ceci permettra d'assurer une détection précoce et d'éviter la transmission de la maladie au cas où des infections non traitées commenceraient à évoluer en tuberculose active.

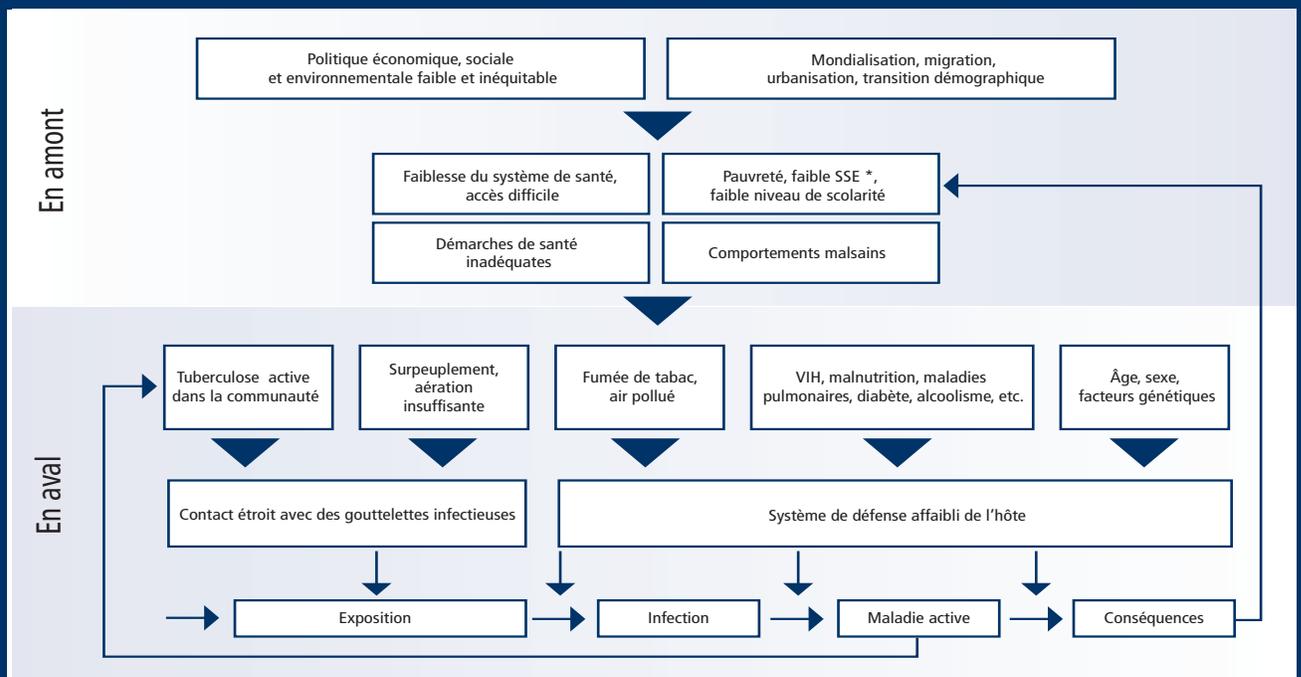
ANNEXE D : La tuberculose et les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs socioéconomiques qui influent non seulement sur la santé et le bien-être, mais aussi sur la prévention de la maladie et les résultats de santé. Ce sont des facteurs qui influencent grandement les disparités au niveau de l'incidence et de la manifestation de la maladie, ainsi que les mesures liées à la santé en général. Les déterminants sociaux de la santé ne provoquent pas la maladie, mais ils peuvent accroître le risque de contracter une maladie ou d'en subir les complications^{7,45}. À titre d'exemple, la tuberculose est causée par une bactérie, mais sa transmission ou sa morbidité peut être aggravée par certains facteurs comme le surpeuplement ou la malnutrition. De plus, ces conditions peuvent également exposer les populations à un risque accru de contracter la tuberculose^{7,44}.

La manière dont ces facteurs socioéconomiques peuvent interagir avec la tuberculose est résumée à la figure 3.

Malgré le progrès réalisé dans la réduction des écarts, on observe encore des disparités socioéconomiques et sanitaires entre les populations autochtones et non autochtones du Canada^{39,46,47,48,49}. Il est difficile de déterminer quels déterminants sociaux de la santé ont la plus grande influence sur telle ou telle maladie et, par conséquent, la plus grande influence sur l'incidence et le fardeau des maladies. Pour ce qui est de la tuberculose, certaines données probantes indiquent que les taux relatifs à cette maladie sont plus élevés chez les personnes vivant dans des collectivités isolées et dans des logements surpeuplés⁴¹.

Figure 3 : Liens potentiels entre les déterminants de la santé et la tuberculose⁷



D'après le Recensement de 2006⁴⁹, même si le nombre de logements dans les réserves des Premières nations a considérablement augmenté depuis 1981, le surpeuplement et la qualité des logements demeurent problématiques. En 2006, 15 % des membres de collectivités des Premières nations vivaient dans des logements surpeuplés contre 3 % chez les populations non autochtones⁴⁹. Le surpeuplement représente un problème beaucoup plus courant chez les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves (26 %) que chez celles vivant hors des réserves (7 %). De plus, 28 % des logements de membres de Premières nations vivant dans les réserves ne répondent pas aux normes de qualité (c.-à-d., nécessitent des réparations majeures), soit quatorze fois plus que chez les non-Autochtones hors réserve (2 %) et quatre fois plus que chez les Autochtones hors réserve (6 %)¹³. De plus, dans deux collectivités des Premières nations, on a constaté un lien entre le nombre moyen d'occupants par logement et le nombre de cas de tuberculose autodéclarés⁵⁰.

Le Programme national de lutte contre la tuberculose de Santé Canada opère conjointement avec d'autres ministères, comités et programmes fédéraux comme l'AADNC, Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) et d'autres programmes de Santé Canada dont les activités ciblent directement des questions comme le logement, l'alimentation, l'éducation, l'emploi et la qualité de l'air. Globalement, le gouvernement du Canada a grandement investi dans les programmes portant sur certains déterminants sociaux de la santé spécifiquement applicables aux populations des Premières nations. Il demeure toutefois essentiel de poursuivre les efforts avec des partenaires du gouvernement fédéral et des partenaires externes, si l'on veut s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé ayant une incidence sur la santé et la maladie, notamment la tuberculose.

ANNEXE E : Glossaire

Assemblée des Premières Nations (APN) :

Organisation nationale de défense des droits des Autochtones et organisation nationale représentant les Premières nations du Canada.

Cas de référence : Premier cas ou cas actif initial qui enclenche le processus de recherche des contacts.

Collectivités ayant conclu une entente de transfert :

Collectivités pour lesquelles la responsabilité de la prestation des services de santé a été transférée par le gouvernement fédéral. Seules les collectivités des Premières nations et des Inuits situées au sud du 60^e parallèle peuvent prendre part au processus de transfert des services de santé gérés par la DGSPNI.

Collectivité éloignée : Le qualificatif « éloigné » est employé dans le contexte fédéral pour décrire une zone géographique dans laquelle une collectivité des Premières nations est située à plus de 350 km de distance par route du centre de services le plus proche, et dont les routes sont accessibles à longueur d'année.

Collectivité éloignée/isolée : Les qualificatifs « éloigné et isolé » sont employés dans le contexte fédéral pour décrire une zone géographique habitée par des membres des Premières nations non desservie par des vols réguliers, disposant de services minimaux de téléphone et n'ayant pas d'accès routier.

Collectivité isolée : Le qualificatif « isolé » décrit une zone géographique desservie par des vols réguliers et de bons services téléphoniques, mais sans accès routier l'année durant.

Conformité au traitement : Expression souvent utilisée de manière interchangeable avec observance du traitement et qui renvoie à la capacité du patient et du fournisseur de soins de santé à bien suivre les recommandations thérapeutiques. Elle désigne le plus souvent le respect rigoureux par le patient du traitement antituberculeux ou prophylactique prescrit.

Contact : S'entend d'une personne qui a été au contact d'un malade atteint de la forme active de la tuberculose. Le degré de contact est habituellement défini plus précisément comme suit : proche vivant avec le malade, proche ne vivant pas avec le malade, contact occasionnel et contact dans la collectivité. Le degré et la durée du contact caractérisent habituellement le risque d'infection.

Culture d'expectoration : Mise en culture d'un inoculat de bactéries acido-résistantes dans un milieu solide et dans un milieu liquide. Les expectorations constituent le liquide épais produit dans les poumons et dans les voies respiratoires menant aux poumons.

Dépistage : Processus visant à découvrir des problèmes de santé propices à une intervention préventive ou curative précoce. Le tableau symptomatique qui y est associé peut être insuffisant pour inciter les personnes à obtenir des soins médicaux de leur propre chef. Le problème recherché doit être suffisamment répandu pour que la procédure de dépistage soit rentable; il doit présenter des critères diagnostiques établis, avoir une histoire naturelle connue et pouvoir se traiter par une intervention précise.

Déterminants sociaux de la santé : Selon l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances entourant la naissance, la croissance, la vie, le travail et le vieillissement des personnes ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances sont à leur tour façonnées par un ensemble plus vaste de forces : l'économie, les politiques sociales et la politique.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) : Direction générale de Santé Canada qui appuie la prestation des services de santé publique et de promotion de la santé dans les réserves et aux Inuits du Nunatsiavut. Elle fournit également des médicaments, des soins dentaires et des services de santé accessoires aux Premières nations et aux Inuits, quel que soit leur lieu de résidence. La Direction générale offre également des soins primaires dans les réserves dans les régions éloignées et isolées, où les services provinciaux ne sont pas facilement disponibles.

Écllosion : La définition de travail suivante du terme a été proposée par les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis aux fins de la planification des enquêtes et est utilisée dans la 6^e édition des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* : a) au cours (et par suite) d'une recherche des contacts, deux contacts ou plus sont identifiés comme étant atteints de tuberculose active, peu importe le degré de priorité (pour la recherche des contacts) qu'on leur a assigné; ou b) deux cas ou plus survenus à un an ou moins de distance les uns des autres sont liés, et le lien est établi en dehors des contacts (p. ex. deux patients qui ont reçu un diagnostic de tuberculose en-dehors d'une recherche des contacts travaillent dans le même bureau, et seulement un ou aucun des deux n'était énuméré parmi les contacts de l'autre). Le lien entre les cas devrait être confirmé par le génotypage si l'on dispose d'isolats.

Épidémiologie : Étude de la distribution et des états ou événements liés aux déterminants de la santé dans des populations spécifiques et application de ce savoir à l'endiguement des problèmes de santé.

État infectieux : Condition dans laquelle le patient peut transmettre son infection par la production d'aérosols infectieux. Les sujets atteints de maladie caverneuse et laryngée à frottis positif sont généralement les plus infectieux.

Frottis d'expectoration : Technique de préparation en laboratoire d'un spécimen bactériologique analysable par microscopie. Les bactéries acido-résistantes présentes dans les expectorations sont dénombrées. La quantité d'organismes colorés est associée au degré d'infectivité.

Grappe : Accumulation d'événements ou de cas pathologiques relativement rares dans l'espace ou dans le temps à une fréquence estimée ou perçue comme étant plus élevée que le simple hasard.

Incidence : Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée pendant une période de temps déterminée.

Infection tuberculeuse latente (ITL) : Condition résultant de la présence d'une infection latente ou quiescente par *Mycobacterium tuberculosis* sans aucun signe clinique observable de maladie active. Chez l'hôte immunocompétent, le risque à vie d'évolution de l'infection vers la maladie active (réactivation) est habituellement de l'ordre de 10 %. Les sujets réputés atteints d'une ITL sont par définition non infectieux. Selon l'historique des contacts, l'âge, les résultats des clichés thoraciques et les problèmes médicaux associés, ils peuvent être candidats pour un traitement de l'ITL.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) : Organisme porte-parole national de 55 000 Inuits vivant dans 53 collectivités de la région désignée de Inuvialuit (Territoires du Nord-Ouest), du Nunavut, du Nunavik (Nord du Québec) et du Nunatsiavut (nord du Labrador), les régions visées par des revendications territoriales.

Maladie disséminée due au BCG : Propagation systémique de *Mycobacterium bovis* variant BCG, qui provoque une maladie s'attaquant à plusieurs organes, souvent mortelle; la plupart des cas ont été signalés après l'administration d'une souche vaccinale du BCG à des nourrissons dont le statut d'immunodéficience a été établi par la suite ou comme immunomodulateur chez des adultes atteints d'une maladie sous-jacente connue comme le cancer de la vessie.

Méningite tuberculeuse : Tuberculose s'attaquant au système nerveux central.

Nunatsiavut : Mot qui signifie « notre belle terre » et qui désigne le territoire où habitent les Inuits du Labrador, dans le nord du Labrador. Le gouvernement du Nunatsiavut a été établi en 2005. Il résulte de l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador. Le gouvernement du Nunatsiavut est un gouvernement inuit régional à l'intérieur de la province de Terre-Neuve-et-Labrador.

Observance : voir *Conformité au traitement*.

Peuples autochtones : Descendants des premiers habitants d'Amérique du Nord. La *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît trois grands groupes d'Autochtones au Canada : les Indiens (nord-américains inscrits et non inscrits), les Métis et les Inuits.

Plan mondial de l'OMS Halte à la tuberculose : Le Plan mondial consiste en une évaluation complète des mesures et ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie d'éradication de la tuberculose et alléger le fardeau mondial de la maladie. Le Partenariat Halte à la tuberculose a été créé en 2001 en s'appuyant sur l'Initiative Halte à la tuberculose mise en branle par l'OMS en 1998 et à la suite de l'appel lancé lors de la Conférence ministérielle d'Amsterdam de 2000. Le Plan vise à éliminer la tuberculose au sein des populations et, ultimement, à éradiquer la maladie. Il réunit un réseau d'organisations internationales, de pays, de

donateurs des secteurs publics et privés, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et de personnes voués à cette cause.

Surveillance : Processus continu de a) collecte systématique des données pertinentes; b) de regroupement ordonné et d'évaluation de ces données; et, c) de diffusion rapide des résultats à ceux qui ont besoin de savoir, en particulier ceux qui sont habilités à intervenir.

Taux d'incidence : Vitesse à laquelle de nouveaux événements se produisent au sein d'une population. Le numérateur correspond au nombre de nouveaux événements survenus durant la période d'étude; le dénominateur correspond à la population susceptible de vivre l'événement étudié au cours de la période visée; le taux est parfois exprimé en personnes-temps.

Tests de libération d'interféron-gamma (TLIG) : Tests *in vitro* sur les lymphocytes T qui mesurent la production de l'interféron- γ (INF- γ) et servant d'outil diagnostique de l'infection tuberculeuse latente (ITL). Les tests reposent sur le principe de surproduction d'INF- γ par des lymphocytes T préalablement sensibilisés aux antigènes tuberculeux après une réexposition aux mêmes antigènes de *Mycobacterium*.

Traitement préventif en observation directe (TPOD) : Processus selon lequel un soignant ou le préparateur du médicament surveille le patient pendant que celui-ci avale chaque dose de son médicament contre l'infection tuberculeuse latente et qui vise à l'atteinte de taux d'achèvement de traitement plus élevés. Le TPOD est également connu sous le vocable de « prophylaxie en observation directe » (POD).

Traitement en observation directe (TOD) : Processus selon lequel un travailleur de la santé ou un observateur indépendant surveille le patient pendant que celui-ci avale chaque dose de son médicament et qui vise à l'atteinte de taux d'achèvement de traitement plus élevés.

Tuberculose : Maladie grave causée par un germe, la bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculose infecte habituellement les poumons. La tuberculose peut également affecter d'autres parties du corps, notamment les reins, la colonne vertébrale et le cerveau.

Tuberculose active : Forme évolutive de la tuberculose. Elle est le plus souvent diagnostiquée par analyse bactériologique, mais peut l'être à partir de signes cliniques, ou radiologiques, ou pathologiques, ainsi que de la réponse au traitement dans environ de 15 % à 25 % des cas.

Tuberculose disséminée : voir *Tuberculose miliaire*.

Tuberculose miliaire : À l'origine, description pathologique, puis radiologique de la maladie clinique provoquée par la dissémination hématogène à grande échelle de *Mycobacterium tuberculosis* à la plupart des organes du corps. Les bactéries pénètrent dans la circulation sanguine au moment de la primo-infection, avant la réponse complète du système immunitaire de l'hôte, ou après, durant la réactivation d'une infection latente.

Tuberculose multirésistante aux médicaments (TB-MRM) : Tuberculose attribuable à des bactéries résistantes à l'isoniazide et à la rifampicine avec ou sans résistance à d'autres médicaments antituberculeux de première ou de deuxième ligne.

Tuberculose pharmacorésistante : Souche de *Mycobacterium tuberculosis* résistante à un ou à plusieurs des quatre médicaments de première ligne : isoniazide, rifampicine, pyrazinamide ou éthambutol.

Tuberculose primaire : Pathologie le plus souvent pédiatrique attribuable à une infection au complexe *Mycobacterium tuberculosis* survenue au cours des 24 mois précédents.

Tuberculose pulmonaire : Au Canada, la tuberculose pulmonaire englobe la tuberculose du poumon et des voies aériennes de conduction, qui comprend la fibrose tuberculeuse du poumon, la bronchectasie tuberculeuse, la pneumonie tuberculeuse, le pneumothorax tuberculeux, la tuberculose trachéale ou bronchique isolée et la laryngite tuberculeuse.

Tuberculose respiratoire : Elle comprend la primo-infection tuberculeuse (qui inclut la primo-infection tuberculeuse de l'appareil respiratoire et la pleurésie de la primo-infection tuberculeuse progressive), la tuberculose pulmonaire, la pleurésie tuberculeuse (non primaire) et la tuberculose des ganglions endothoraciques, du médiastin, du rhinopharynx, du nez (cloison) et des sinus de la face.

Vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG) : Vaccin préparé à partir d'une souche vivante atténuée de *Mycobacterium bovis* utilisé pour prévenir ou atténuer la tuberculose.

Virage : Changement dans le résultat d'un test de détection de l'infection à *Mycobacterium tuberculosis* qui est interprété comme un passage d'un état non infecté à un état infecté.

ANNEXE F : Références

1. Santé Canada. *Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose* 1992
2. Yuan, L. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. *Developing Tuberculosis Goals*, rapport destiné à Santé Canada, 2005.
3. Clark, M. et Cameron, D.W. « Tuberculosis elimination in the Canadian First Nations population: assessment by a state-transfer compartmental epidemic model », *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 13 (2009), p. 220-226.
4. El-Sadr, W.M. et Tsiouris, S.J. « HIV-associated tuberculosis: diagnostic and treatment challenges », *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 29 (2008), p. 525-531.
5. Luetkemeyer, A.F. « Current issues in the diagnosis and management of tuberculosis and HIV coinfection in the United States », *Topics in HIV Medicine*, vol. 18 (2010), p. 143-148.
6. Sardar, P., Jha, A., Roy, D., Roy, S., Guha, P. et Bandyopadhyay, D. « Intensive phase non-compliance to anti tubercular treatment in patients with HIV-TB coinfection: a hospital-based cross-sectional study », *Journal of Community Health*, vol. 35, p. 471-478.
7. Lonroth, K., Jaramillo, E., Williams, B.G., Dye, C. et Raviglione, M. « Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants », *Social Science and Medicine*, vol. 68 (2009), p. 2240-2246.
8. Clark, M., Riben, P. et Nowgesic, E. « The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31 (2002), p. 940-945.
9. Long, R. et Ellis, E.. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e éd., ministre de la Santé, 2007.
10. Agence de la santé publique du Canada. *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* [ébauche]. Ottawa.
11. Stop TB Partnership et Organisation mondiale de la Santé. *Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/StopTB_GlobalPlan_FR_web.pdf>.
12. Stop TB Partnership et Organisation mondiale de la Santé. *Plan mondial Halte à la tuberculose 2011-2015*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/stopTB2011_overview_FR.pdf>.
13. Santé Canada. *Épidémiologie de la tuberculose chez les membres des Premières nations vivant dans les réserves au Canada, 2000 – 2008*. [ébauche].
14. Wherrett, G.J. *The Miracle of Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977.
15. Mackenzie, K. (17 septembre 2007). Inuit gather in Apex to commemorate TB victims. Northern News Services. Extrait en janvier 2012 de <http://nns.com/northern-news->
16. CBC. (30 janvier 1989). TB treatment in south takes Inuit from families. Extrait en janvier 2012 de http://archives.cbc.ca/health/disease/clips/5325/services/stories/papers/sep17_07tb.html
17. Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2000*. Ottawa, Ontario. Extrait en janvier 2012 de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbcan00/pdf/tbcan_2000_f.pdf.
18. Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2008 – Prédifusion*, 2009. Extrait en janvier 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan08pre/index-fra.php>.
19. Russell, S. *Building Quality Healthcare*. Santé Canada. Ottawa, 2010.
20. Clark, M. et Riben, P. Tuberculosis in First Nations Communities. Santé Canada, Ottawa, Ontario, 1999. Extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/tuberculos/1999_commun-fra.pdf

21. Santé Canada, Cadre stratégique quinquennal définissant le rôle de la DGSPNI en matière de santé publique dans les collectivités des Premières nations. Ottawa, 2009
22. Samji, H., Wardman, D. et Orr, P. *Perceptions of Tuberculosis Outbreak Definitions in a First Nations Community Context*, [ébauche]. Santé Canada, 2010.
23. Shingadia, D. et Novelli, V. « Diagnosis and Treatment of Tuberculosis in Children ». *The Lancet, Infectious Diseases*, vol.3, n° 10 (2003), p. 624-632.
24. Feja, K. et Saiman, L. « Tuberculosis in children », *Clinics in Chest Medicine*, vol. 26 (2005), p. 295-312.
25. Loeffler, A.M. « Paediatric tuberculosis », *Seminars in Respiratory Infections*, vol. 18 (2003), p. 272-291.
26. Mandalakas, A.M. et Starke, J.R. « Current concepts of childhood tuberculosis », *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 16 (2005), p. 93-104.
27. Santé Canada. « Les ententes », *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits*, 2005.
28. Wen, S. *Epidemiology of TB-HIV Co-infection – A Review of the Literature*. Santé Canada, 2009.
29. Agence de la santé publique du Canada. *Comprendre l'épidémie du VIH/sida chez les Autochtones du Canada : Un coup d'œil sur la collectivité*. 2005. Extrait en janvier 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-note/index-fra.php>.
30. Sturtevant, D., Preiksaitis, J., Singh, A., Houston, S., Gill, J., Predy, G., Fisher, D., Senthilselvan, A., Manfreda, J., Boffa, J. et Long, R. « The feasibility of using an 'opt-out' approach to achieve universal HIV testing of tuberculosis patients in Alberta », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100 (2009), p. 116-120.
31. Yip, D., Bhargava, R., Yao, Y., Sutherland, K., Manfreda, J. et Long, R. « Pediatric tuberculosis in Alberta: Epidemiology and case characteristics (1990-2004) », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98 (2007), p. 276-280.
32. Deeks, S.L., Clark, M., Scheifele, D.W., Law, B.J., Dawar, M., Ahmadipour, N., Walop, W., Ellis, C.E. et King, A. « Serious adverse events associated with bacilli Calmette-Guerin vaccine in Canada », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24 (2005), p. 538-541.
33. Rodrigues, L.C., Diwan, V.K. et Wheeler, J.G. « Protective effect of BCG against tuberculosis meningitis and military tuberculosis: a meta-analysis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 22 (1993), p. 1154-1158.
34. International Union Against TB and Lung Diseases. « Criteria for the discontinuation of vaccination programmes using bacille Calmette-Guerin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis », *Tubercle and lung disease*, vol. 75 (1994), p. 179-180.
35. Dooley, K.E. et Chiasson, R.E. « Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9 (2009), p. 737-746.
36. Monsalve M., Thommasen H., Pachev G. et Frohlich J. « Differences in cardiovascular risks in the aboriginal and non-aboriginal people living in Bella Coola, British Columbia », *Medical Science Monitor*, vol. 11 (2005), p. CR21-CR28.
37. Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005*, 2009. Santé Canada. Ottawa. Extrait en janvier 2012 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil-vol3/index-fra.php>
38. Instance permanente sur les questions autochtones des Nations Unies. *State of the World's Indigenous Peoples*. 2009. Extrait de http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP_web.pdf.
39. Assemblée des Premières Nations. *First Nations Regional Longitudinal Health Survey 2002-03: Results for Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*, 2007. Extrait en janvier 2012 de <http://www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/rhs2002-03-technicalreport-afn.pdf>.
40. Adelson, N. « The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96 (2005), p. S45-S61.
41. Munro, S.A., Lewin, S.A., Smith, H.J., Engel, M.E., Fretheim, A. et Volmink, J. « Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research », *PLoS Medicine*, vol. 4, n° 7 (2007), p. 1230-1245.
42. Rehm, J., Samokhavalov, A.V., Neuman, M.G., Room, R., Parry, C., Lonnroth, K., Patra, J., Poznyak, V. et Popova, S. « The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review », *BMC Public Health*, vol. 9, article n° 450 (2009).

43. Chiang, C.Y., Stama, K. et Enarson, D.A. « Associations between tobacco and tuberculosis », *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 11 (2007), p. 258-262.
44. Vesosky, B. et Turner, J. « The influence of age on immunity to infection with *Mycobacterium tuberculosis* », *Immunological reviews*, vol. 205 (2005), p. 229-243.
45. Thisted, R.A. « Are there social determinants of health and disease? », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46 (2003), p. S65-S73.
46. Frohlich, K.L., Ross, N. et Richmond, C. « Health disparities in Canada today: some evidence and a theoretical framework », *Health Policy*, vol. 79 (2006), p. 132-143.
47. Reading, J., Kmetz, A. et Gideon, V. *First Nations Wholistic Policy and Planning Model: Discussion Paper for the World Health Organization Commission on Social Determinants of health*, 2007.
48. Affaires indiennes et du Nord Canada. *Indice de bien-être des collectivités* 2006. Extrait de <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/rs/pubs/cwb/index-fra.asp>.
49. Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, 2008, n° de cat. 97-558-XIF.
50. Larcombe, L., Nickerson, P., Singer, M., Robson, R., Dantouze, J., McKay, L. et Orr, P. « Housing conditions in 2 Canadian First Nations communities », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 70, p. 141-153

