



Santé Canada et l'Agence  
de la santé publique du Canada

Health Canada and the Public  
Health Agency of Canada

Canada

# Évaluation des activités de l'Agence de la santé publique du Canada liées à la tuberculose De 2015-2016 à 2020-2021

Préparée par  
Le Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Février 2023



## Table des matières

RÉSUMÉ.....	II
PRINCIPALES CONSTATATIONS .....	II
RECOMMANDATIONS.....	III
RÉPONSE ET PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION .....	VI
1. PORTÉE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION .....	11
2. PROFIL DU PROGRAMME.....	11
2.1 ACTIVITÉS LIÉES À LA TB À TRAVERS L'AGENCE .....	11
3. SITUATION ACTUELLE DE LA TB .....	2
3.1 TENDANCES GÉNÉRALES.....	3
3.2 SITUATION ACTUELLE DE LA TB AU CANADA.....	5
4. APPROCHE ET CONTRIBUTION DE L'ASPC.....	6
4.1 ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX DU CANADA .....	6
4.2 SOUTIEN EN CAS D'ÉCLOSION.....	7
4.3 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET SOUTIEN EN LABORATOIRE ...	9
4.4 SENSIBILISATION À LA TB ET À LA STIGMATISATION.....	9
4.5 RENFORCER L'APPROCHE PANCANADIENNE .....	10
5. INFORMATION À L'APPUI DES MESURES.....	13
5.1 SYSTÈME DE SURVEILLANCE DE LA TB.....	13
5.2 SURVEILLANCE DE L'ITL.....	15
5.3 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS ET COURTAGÉ DE CONNAISSANCES .....	16
6. STRUCTURE ET FINANCEMENT DES ACTIVITÉS LIÉES À LA TB.....	18
6.1 STRUCTURE DES ACTIVITÉS LIÉES À LA TB.....	18
6.2 FINANCEMENT DES ACTIVITÉS LIÉES À LA TB .....	20
7. MESURE DU RENDEMENT POUR LA PRISE DE DÉCISIONS .....	21
7.1 UN CADRE DE RENDEMENT PANCANADIEN SUR LA TB .....	21

7.2 MESURE DU RENDEMENT DES ACTIVITÉS DE L'ASPC LIÉES À LA TB 22	
---	--

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	23
RECOMMANDATIONS .....	24
ANNEXE A – PORTÉE ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION .....	26
ANNEXE B – CONTEXTE DES ACTIVITÉS LIÉES À LA TB .....	29
ANNEXE C – BUDGET DE L'ASPC POUR LA TUBERCULOSE .....	30

### Liste des figures

FIGURE 1 : NOMBRE DE CAS DE TB ET TAUX DEPUIS LES ANNÉES 1990 .....	4
FIGURE 2 : COMPARAISON ENTRE LES TAUX DE TB AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA DEPUIS LES ANNÉES 1990 .....	4
FIGURE 3 : ÉVOLUTION DU TAUX DE TB CHEZ LES POPULATIONS NÉES À L'ÉTRANGER, LES AUTOCHTONES ET LES NON-AUTOCHTONES NÉS AU CANADA .....	5
FIGURE 4 : ÉVOLUTION DU RETARD DE PUBLICATION DES DONNÉES DANS LES RAPPORTS SUR LA TB DES PAYS OÙ L'INCIDENCE DE LA MALADIE EST FAIBLE .....	15
FIGURE 5 : NOMBRE DE VISITEURS UNIQUES DU CONTENU LIÉ À LA TB SUR LE SITE WEB DE L'ASPC .....	17
FIGURE 6 : VISITES ANNUELLES DU SITE WEB DE L'ASPC ET VISITEURS UNIQUES – CONTENU SUR LA TB ET NORMES CANADIENNES POUR LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE.....	18
FIGURE 7 : PARTICIPATION DES DIRECTIONS GÉNÉRALES ET DES BUREAUX DE L'ASPC DANS LES DOMAINES DE TRAVAIL SUR LA TB.....	19
FIGURE 8 : BUDGET ET DÉPENSES DE LA DGPMI ET DE LA DLNM (EN M\$) .....	21
FIGURE 9 : LIMITES DE L'ÉVALUATION SUR LA TB ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION .....	27
FIGURE 10 : CONTEXTE DE LA TB ET POSSIBILITÉS DE RASSEMBLEMENT.....	29
FIGURE 11 : BUDGET DÉTAILLÉ DE L'ASPC POUR LA TUBERCULOSE ENTRE 2015-2016 ET 2020-2021 .....	30

## Liste des acronymes

ACSP	Administratrice en chef de la santé publique
AMC	Affaires mondiales Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BACSPC	Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada
BAI	Bureau des affaires internationales
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CDMTI	Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
DGGMU	Direction générale de la gestion des mesures d'urgence
DGPCMI	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (avant 2020)
DGPMI	Direction générale des programmes des maladies infectieuses (depuis 2020)
DGLNM	Direction générale du Laboratoire national de microbiologie
GTISR	Groupe de travail sur l'immigration et la santé des réfugiés
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
ITL	Infection tuberculeuse latente
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
RCETB	Réseau canadien pour l'éradication de la tuberculose
RSP	Réseau de santé publique
SAC	Services aux Autochtones Canada
TB	Tuberculose
TLIG	Test de libération d'interféron gamma

## Résumé

---

Le présent rapport expose les conclusions de l'évaluation des activités de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) liées à la tuberculose (TB) entre avril 2015 et mars 2021.

La TB est une maladie sociale comportant un aspect médical, qui est influencée par les déterminants de la santé, comme la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les conditions de logement précaires. Cette maladie infectieuse touche de façon disproportionnée les segments les plus pauvres et les plus vulnérables de la population mondiale. Au Canada, les taux de TB sont parmi les plus bas au monde. Deux populations sont toutefois touchées de façon disproportionnée par la TB et affichent des taux de TB constamment supérieurs : les Autochtones, en particulier les Inuits, et les personnes nées dans des pays où l'incidence de la TB est élevée.

Les activités de l'ASPC liées à la TB sont dirigées par la Direction générale des programmes des maladies infectieuses (DGPMI) et appuyées par la Direction du Laboratoire national de microbiologie (DLNM). Ces activités comprennent la surveillance, l'orientation des politiques, le financement des projets communautaires, la mobilisation des intervenants, le soutien de la lutte contre les éclosons, l'évaluation de la compétence des laboratoires, les services d'analyse et de diagnostic et la formation connexe, et la contribution aux forums internationaux sur la TB.

Entre les exercices 2015-2016 et 2020-2021, le budget annuel de l'ASPC pour les activités liées à la TB était d'environ 2,5 millions par an. Près de la moitié de cette somme était consacrée aux activités de laboratoire, le cinquième au travail sur les politiques et le dixième au financement de projet.

## Principales constatations

---

En 2014 et en 2018, le gouvernement du Canada s'est engagé à éradiquer la TB dans l'ensemble du pays d'ici 2035, et dans l'Inuit Nunangat d'ici 2030. L'éradication se définit par moins d'un cas pour 100 000 personnes. Après avoir connu une diminution importante dans les années 1990 et au début des années 2000, l'incidence de la TB évolutive a stagné pendant une décennie. Cependant, elle augmente légèrement depuis 2014. Le sous-diagnostic de la maladie pendant la pandémie de COVID-19 contribuera probablement à accélérer la tendance à la hausse au cours des années à venir. Compte tenu du taux de TB enregistré en 2020, pour que le Canada atteigne ses cibles d'éradication, il faudrait réduire le taux d'infection de 10 % par année.

Au cours des dernières années, l'ASPC a lancé diverses initiatives liées à la TB qui se sont révélées utiles à petite échelle pour répondre aux besoins des populations à risque. Ces initiatives ont contribué à accroître la sensibilisation à l'égard de la TB ainsi que le dépistage de la maladie chez les populations autochtones et les migrants dans les collectivités à risque élevé. Elles ont aussi contribué au dépistage

de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez certaines catégories de migrants au cours du processus de sélection des immigrants. L'ASPC a également documenté les traitements les plus efficaces contre l'ITL chez les populations à risque. De plus, les services de la DGLNM, des épidémiologistes de terrain et des agents de santé publique ont apporté un soutien important aux laboratoires et aux collectivités du pays pour lutter contre les éclosions de TB.

Néanmoins, la coordination, la communication et la clarté des rôles et des responsabilités demeurent des défis constants, tant à l'interne qu'avec les intervenants externes, notamment sur la scène internationale. Pour réussir à éradiquer la TB au pays, il faut établir un rôle de coordination centralisée et conjointe entre la DGPMI et la DGLNM. De plus, à l'échelle du pays, il serait possible pour l'ASPC de diriger une approche nationale et de créer des synergies grâce à la planification stratégique pancanadienne, à l'amélioration de la collecte de renseignements et au renforcement de la prise de décisions fondées sur des données scientifiques.

Enfin, il importe de relever les défis propres à la TB et, de manière plus vaste, à l'échelle de l'ASPC en ce qui concerne la rapidité de publication et l'utilité des données de surveillance des maladies pour mieux comprendre les besoins de la population à risque et y répondre, pour surveiller de façon efficace les tendances relatives aux maladies infectieuses et pour guider la prise de décisions à l'interne et dans l'ensemble du pays. Un cadre de mesure du rendement n'est pas encore disponible pour appuyer la prise de décisions.

---

## Recommandations

---

Les conclusions mentionnées dans le présent rapport ont permis de dégager quatre recommandations qui aideront à faire en sorte que les activités de l'ASPC contribuent efficacement à l'éradication de la TB au Canada.

### **Recommandation n° 1 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait décrire et communiquer clairement les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC par rapport à la TB.**

Une communication et une coordination limitées entre les équipes de l'ASPC qui travaillent sur la TB, et le manque de clarté sur les rôles et les responsabilités représentent des défis à relever pour assurer une approche concertée efficace au sein de l'ASPC, et ces facteurs limitent l'interaction avec les intervenants externes. L'ASPC devrait donc clarifier et communiquer les rôles et les responsabilités à l'interne et à l'externe, et adopter une approche plus coordonnée à l'égard de la TB avec les partenaires et les intervenants. Les diverses équipes de l'ASPC consacrées à l'éradication de la TB pourraient ainsi mieux coordonner leurs efforts. Cela comprend non seulement les activités de la DGPMI et de la DGLNM, mais également celles des autres équipes qui contribuent à l'intervention en cas de TB à l'extérieur de ces directions générales, notamment les épidémiologistes de terrain et les agents de santé publique. De plus, les intervenants externes pourraient déterminer plus facilement qui sont leurs homologues au sein de l'ASPC, savoir ce qu'ils peuvent attendre d'eux et mieux coordonner leurs efforts à l'échelle du Canada.

**Recommandation n° 2 : Une fois que les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC ont été décrits clairement, la Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait établir les structures de gouvernance nécessaires :**

- a. à l'interne pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB au sein de l'Agence;
- b. à l'externe pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB à l'échelle du Canada afin d'atteindre les cibles d'éradication de la TB.

Les mécanismes de mobilisation et de prise de décisions relatifs à la TB qui étaient en place à l'échelle pancanadienne il y a dix ans ont été dissous par l'ASPC, et les efforts de lutte contre la TB se sont poursuivis de façon moins coordonnée au sein de l'Agence et du Canada. L'ASPC devrait donc s'efforcer d'établir des structures de gouvernance spécialisées, tant à l'interne qu'avec les autres administrations. Cette façon de faire pourrait permettre la collecte et l'échange de renseignements de façon continue avec les intervenants du domaine de la TB afin de guider la prise de décisions et les pratiques à l'échelle du pays. Les intervenants concernés du domaine de la TB pourraient tisser des liens plus directs, seraient mieux informés et seraient en mesure de collaborer plus étroitement pour atteindre les objectifs d'éradication de la TB au Canada.

**Recommandation n° 3 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait mettre à jour l'approche en matière de surveillance de la TB pour améliorer la rapidité de publication et l'utilité des données de surveillance, ainsi que pour examiner comment on pourrait assurer la surveillance de l'ITL à l'avenir.**

Au cours de la période visée, les données de surveillance de la TB n'ont pas été communiquées de façon opportune. Même si les données de 2020 ont été publiées récemment lors de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, le 24 mars 2022, il reste que le système de surveillance de la TB accusait des retards dans la publication des taux de TB, même avant la pandémie de COVID-19. De plus, les mécanismes de collecte et d'échange de données ne sont actuellement pas adéquats pour assurer une surveillance efficace au sein des populations à risque.

En outre, bien que la plupart des cas de TB évolutive soient traités avec succès chaque année, les taux n'ont pas diminué, notamment en raison de la réactivation de l'ITL. L'OMS considère que le dépistage et le traitement systématiques de l'ITL chez les populations à risque sont des facteurs essentiels dans l'éradication de la TB. À l'heure actuelle, les données sur l'ITL sont limitées au Canada et à l'échelle mondiale. L'ASPC pourrait donc examiner les possibilités de recueillir les données sur l'ITL et d'en rendre compte pour appuyer les activités d'éradication de la TB au Canada.

**Recommandation n° 4 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait réviser les pratiques de mesure du rendement pour mesurer efficacement les répercussions des activités de l'ASPC liées à la TB, y compris l'ITL.**

Malgré les engagements pris pour éliminer la TB au Canada au cours des années à venir, aucun mécanisme de surveillance pertinent n'est en place pour vérifier les progrès des activités. L'ASPC devrait donc finaliser et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement, en consultation avec d'autres administrations, pour surveiller la réalisation et la progression des activités liées à la TB à l'interne afin d'en assurer l'amélioration continue, y compris en ce qui concerne l'ITL.

## Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation des activités liées à la tuberculose, entre 2015-2016 et 2020-2021

La tuberculose demeure une maladie grave dans le monde. Selon l'OMS, environ 10 millions de personnes contractent cette maladie chaque année et, bien qu'elle soit évitable, environ 1,5 million de personnes en meurent chaque année. Bien que le Canada soit considéré comme un pays où l'incidence de la TB est faible, la maladie continue de toucher certaines populations de façon disproportionnée, notamment les peuples autochtones, en particulier les Inuits, et les personnes issues de pays où l'incidence de la TB est élevée.

L'ASPC a contribué à la prévention et au contrôle de la TB grâce à des activités de surveillance (surveillance des taux à l'échelle nationale, provinciale et territoriale), à la collaboration avec des partenaires pour mettre au point des normes de prévention et de contrôle de la TB, à l'amélioration des connaissances et des compétences, aux soutiens offerts en cas d'éclosion et à la participation aux efforts de mobilisation internationale visant l'éradication de la TB. La DGLNM fournit également des services de référence et de diagnostic, et aide les partenaires de la santé publique avec les tests.

L'ASPC a participé à un certain nombre d'initiatives récentes pour faire progresser la prévention et le contrôle de la TB au Canada. Par exemple, les rapports de surveillance de la TB à l'échelle nationale (infographie La tuberculose au Canada, 2020 <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/tuberculose-canada-2020-infographie.html>), La tuberculose au Canada – Rapport sommaire 2010-2020 <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/17ee0902-055e-415e-b7aa-d9bee1734d35>, La tuberculose au Canada – Données de 2008 à 2018 <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/4dbb9bff-022d-4aab-a11d-0a2e1b0afaad>), l'organisation d'un webinaire national à l'intention des professionnels de la santé publique dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose en 2022, la contribution à la 8<sup>e</sup> édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, la promotion de la sensibilisation et des tests de dépistage de la TB chez les populations autochtones et les migrants dans les communautés à risque élevé, ainsi que le dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez certaines catégories de migrants pendant le processus de sélection de l'immigration. La DGLNM, les épidémiologistes de terrain et les agents de santé publique ont également aidé les laboratoires et les collectivités à travers le pays à lutter contre les éclosions de TB.

Ces initiatives fournissent des exemples de contributions fédérales au contrôle de la TB. Toutefois, afin de gérer cette maladie complexe, les solutions nécessiteront un engagement et une mobilisation multisectorielle continue à de nombreux niveaux, qui sont dictés par les administrations et les collectivités elles-mêmes, y compris les gouvernements, les universitaires, les experts et d'autres intervenants, en tenant compte des compétences culturelles et des déterminants sociaux de la santé. La promotion d'une approche nationale à l'égard de l'éradication de la TB exige que l'ASPC renforce davantage ses partenariats avec les principaux intervenants, y compris les représentants



provinciaux et territoriaux de la santé publique et d'autres organisations clés, afin d'évaluer les exigences visant à améliorer les activités de prévention et de contrôle dans l'ensemble des administrations.

L'éradication de la TB nécessite des efforts coordonnés entre les administrations et dépend fortement des activités de prévention et de contrôle menées à l'échelle locale, régionale et provinciale ou territoriale. En 2012, le Conseil du Réseau de santé publique (CRSP) a simplifié sa structure fédérale, provinciale et territoriale (FPT), ce qui a donné lieu à la création du Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses (CDMTI), le seul comité FPT chargé de traiter les maladies infectieuses de façon coordonnée et capable de mettre sur pied des comités sur des enjeux limités dans le temps ou des maladies spécifiques pour guider ses délibérations. Compte tenu de l'incidence de la pandémie de COVID-19 et d'autres agents pathogènes émergents sur les ressources et les priorités des provinces et des territoires, l'ASPC examinera avec les partenaires provinciaux et territoriaux de la santé publique leur intérêt à établir un partenariat plus officiel qui mettrait l'accent sur le renforcement des efforts d'éradication de la TB et le soutien des liens horizontaux entre les administrations au Canada sous l'égide du CDMTI.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte les conditions ou rejette la recommandation, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait décrire et communiquer clairement les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC par rapport à la TB.	En accord	1. Élaborer un résumé des rôles, responsabilités et priorités actuels de l'ASPC.  2. Surveiller les taux de TB dans l'ensemble des	Identifier les personnes-ressources responsables dans les sept directions générales et bureaux internes.  Examiner et mettre à jour les rôles internes sur la page Web de l'ASPC consacrée à la TB.	31 octobre 2022  31 décembre 2023	Directeur général, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections  Vice-président, Direction générale des programmes des	Réaliser avec les ressources existantes.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte les conditions ou rejette la recommandation, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
		administrations pour évaluer les progrès réalisés visant l'éradication de la TB (<1 cas/million d'habitants).  3. Continuer de soutenir les provinces, les territoires et les partenaires dans leur lutte pour éradiquer la TB en fournissant des documents, des lignes directrices et des activités de sensibilisation.	Rapport sommaire publié sur Canada.ca et diffusé aux intervenants du domaine de la TB.  Rapports annuels de surveillance : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infographie</li> <li>• Sommaire</li> <li>• Élargissement</li> </ul> Poursuivre les activités de promotion de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose.	31 mars 2022  30 septembre 2022  31 août 2023  24 mars 2023	maladies infectieuses  (DG, CLMTI VP, DGPMI)	

<p>Une fois que les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC ont été décrits clairement, la Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait établir les structures de gouvernance nécessaires :</p> <p>a. à l'interne pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB au sein de l'Agence;</p> <p>b. à l'externe pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB à l'échelle du Canada afin d'atteindre les cibles d'éradication de la TB.</p>	<p>En accord</p>	<p>1. L'ASPC élaborera un modèle logique interne sur la TB pour schématiser les activités en fonction des rôles, des responsabilités et des priorités de l'Agence.</p> <p>2. L'ASPC organisera un forum scientifique sur la TB pour discuter des principaux enjeux pour le Canada.</p> <p>3. L'ASPC mettra sur pied un groupe de collaboration interne sur la TB pour renforcer la coordination au sein de l'Agence.</p> <p>4. L'ASPC lancera des consultations avec les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés de la surveillance de la TB afin d'orienter la surveillance de la TB à l'échelle nationale.</p>	<p>Modèle logique du programme de l'ASPC sur la TB terminé et résumé dans un rapport.</p> <p>Le forum scientifique est complété.</p> <p>Établissement d'un groupe de collaboration interne sur la TB au sein de l'ASPC.</p> <p>Consultation FPT de l'ASPC terminée</p>	<p>30 juin 2023</p> <p>31 mars 2024</p> <p>30 avril 2023</p> <p>31 décembre 2023</p>	<p>DG, CLMTI VP, DGPMI</p> <p>DGLNM (DG et VP)</p> <p>DG, CLMTI VP, DGPMI</p> <p>DGLNM (DG et VP)</p>	<p>Réaliser avec les ressources existantes.</p>
---	------------------	--	--	--	---	---

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte les conditions ou rejette la recommandation, et donner la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les principaux produits livrables	Indiquer l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait mettre à jour l'approche en matière de surveillance de la TB pour améliorer la rapidité de publication et l'utilité des données de surveillance, ainsi que pour examiner comment on pourrait assurer la surveillance de l'ITL à l'avenir.	En accord	1. L'ASPC évaluera les activités de surveillance interne actuelles et déterminera les possibilités d'amélioration. 2. Envisager des mesures pour lutter contre l'infection tuberculeuse latente en collaboration avec les populations touchées.	Évaluation des activités de surveillance actuelles terminée avec recommandations d'amélioration résumées dans un rapport final.  Évaluation d'une étude pilote sur l'ITL pour améliorer le dépistage et la surveillance de l'ITL.	31 décembre 2023  31 octobre 2022	DG, CLMTI VP, DGPMI DGLNM (DG et VP)  DG, CLMTI VP, DGPMI DGLNM (DG et VP)	Réaliser avec les ressources existantes.
La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait réviser les pratiques de mesure du rendement pour mesurer efficacement les répercussions des activités de l'ASPC liées à la TB.	En accord	1. L'ASPC élaborera un cadre interne de mesure du rendement des activités liées à la TB assorti d'indicateurs et établira un calendrier pour la production de rapports.	Achèvement du cadre interne de mesure du rendement des activités liées à la TB avec indicateurs.	30 juin 2023	DG, CLMTI VP, DGPMI DGLNM (DG et VP)	Réaliser avec les ressources existantes.

## 1. Portée et méthodologie de l'évaluation

Le présent rapport expose les conclusions de l'évaluation des activités de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) liées à la tuberculose (TB) entre avril 2015 et mars 2021. L'évaluation a porté sur la mesure dans laquelle l'approche actuelle de l'ASPC est appropriée pour répondre aux besoins de chaque population à risque, sur la façon dont les données scientifiques, l'information sur le rendement et les points de vue des intervenants guident les activités liées à la TB et sur la contribution des activités de l'ASPC à la réduction des taux de TB au Canada. Les activités de l'ASPC liées à la TB ont déjà fait l'objet d'une évaluation en 2015.

Pour répondre à ces questions, des données ont été recueillies à partir d'un examen de la documentation, des documents internes, des données financières et scientifiques, et de l'information sur le rendement, d'une comparaison entre les stratégies et les pratiques de lutte contre la TB et celles d'autres pays où l'incidence de la maladie est faible, et d'une étude de cas sur la différence des taux d'incidence aux États-Unis et au Canada.

Les données ont été analysées en recoupant l'information recueillie à partir des différentes sources de données énumérées ci-dessus, afin d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation. Voir l'annexe A pour plus de détails sur la portée et la méthodologie de l'évaluation.

## 2. Profil du programme

### 2.1 Activités liées à la TB à travers l'Agence

La tuberculose est une maladie infectieuse qui touche de façon disproportionnée les segments les plus pauvres et les plus vulnérables de la population mondiale. Au Canada, les taux de TB sont parmi les plus bas au monde. Deux populations sont toutefois touchées de façon disproportionnée par la TB et affichent des taux de TB constamment supérieurs : Les Autochtones, en particulier les Inuits, et les personnes nées dans des pays où l'incidence de la TB est élevée.

L'objectif global des activités de l'ASPC liées à la TB est la réduction des taux de TB au Canada. À cette fin, l'ASPC adopte une approche intégrée et fonctionnelle pour prévenir et contrôler la TB. Celle-ci s'harmonise avec ses objectifs et cibles stratégiques pour l'objectif ultime d'éradiquer la TB.

Au sein de l'ASPC, les activités visant à réduire les taux de TB au Canada sont dirigées par la Direction générale des programmes des maladies infectieuses (DGPMI), qui est responsable des fonctions suivantes :

- **Surveillance** : surveille les tendances de la TB à l'échelle nationale et en rend compte, et communique ses constatations à des partenaires nationaux et internationaux pour éclairer les mesures de santé publique.

- **Mobilisation** : réunit des acteurs de plusieurs administrations pour engager un dialogue constructif sur les questions de contrôle de la TB.
- **Courtage des connaissances** : collabore avec de nombreux partenaires, y compris les Centres de collaboration nationale en santé publique, pour traduire les nouvelles connaissances et les nouvelles données scientifiques en directives, politiques et pratiques en matière de santé publique.
- **Renforcement des capacités** : sert de point de convergence pour développer des connaissances, des compétences, des outils et des partenariats qui répondent aux besoins des groupes à risque et pour fournir le soutien financier, lorsqu'il est disponible, pour répondre à ces besoins.
- **Mobilisation internationale** : soutient la participation du Canada à des forums internationaux consacrés à l'éradication de la TB dans le monde.
- **Soutien en cas d'éclosion** : fournit un soutien épidémiologique, scientifique et opérationnel sur demande aux provinces et aux territoires qui interviennent en cas d'éclosions de TB.

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) participe également à ces efforts et fournit :

- **Un soutien sur place** : Leadership des laboratoires, services de référence et de diagnostic, et soutien aux partenaires de la santé publique pour la surveillance et le contrôle de la TB.
- **Un soutien sur le terrain** : Soutien, formation et solutions de renforcement des capacités de dépistage directement dans les collectivités nordiques, éloignées et isolées touchées par la TB.

De plus, d'autres équipes de l'ASPC participent aux activités liées à la TB :

Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

- La Direction générale de la gestion des mesures d'urgence (DGGMU) mobilise des épidémiologistes de terrain et des agents de santé publique pour participer à l'intervention en cas d'éclosion et aux efforts déployés sur le terrain.
- Dans son rapport annuel, qui portait sur la TB en 2018 et la stigmatisation en 2019, le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique (BACSP) s'efforce de sensibiliser les gens sur des sujets précis.
- Le Bureau des affaires internationales (BAI) joue un rôle de négociation dans les engagements internationaux cruciaux pris par le Canada en matière de TB.

Entre 2015-2016 et 2020-2021, le budget annuel de l'ASPC pour les activités liées à la TB s'élevait à environ 2,5 millions de dollars par an, comme le montre la figure 11 de l'annexe C.

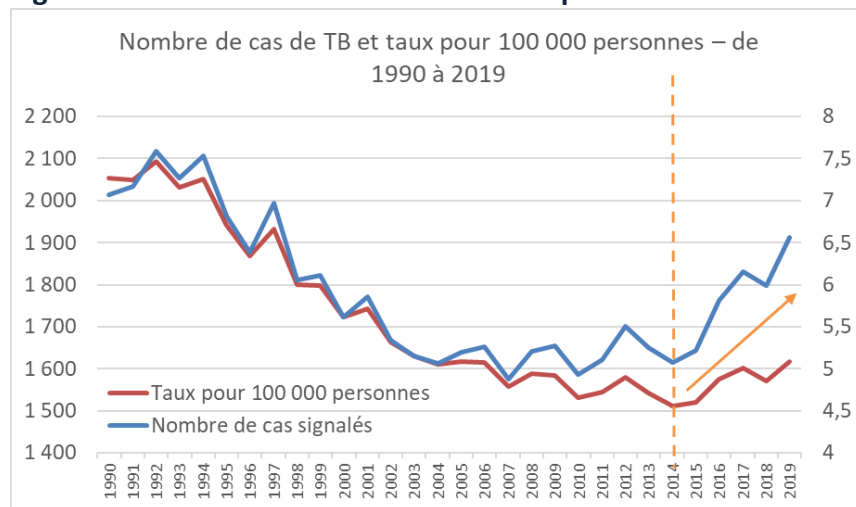
### 3. Situation actuelle de la TB

*Après une baisse importante, puis une stagnation, le taux de TB au Canada augmente de nouveau. Il pourrait augmenter davantage en raison de l'accès limité aux soins pendant la pandémie de COVID-19. Les taux de TB chez les Inuits demeurent près de 500 fois supérieurs à ceux de la population non autochtone née au Canada, tandis qu'une proportion importante de cas est observée chez la population née à l'étranger.*

### **3.1 Tendances générales**

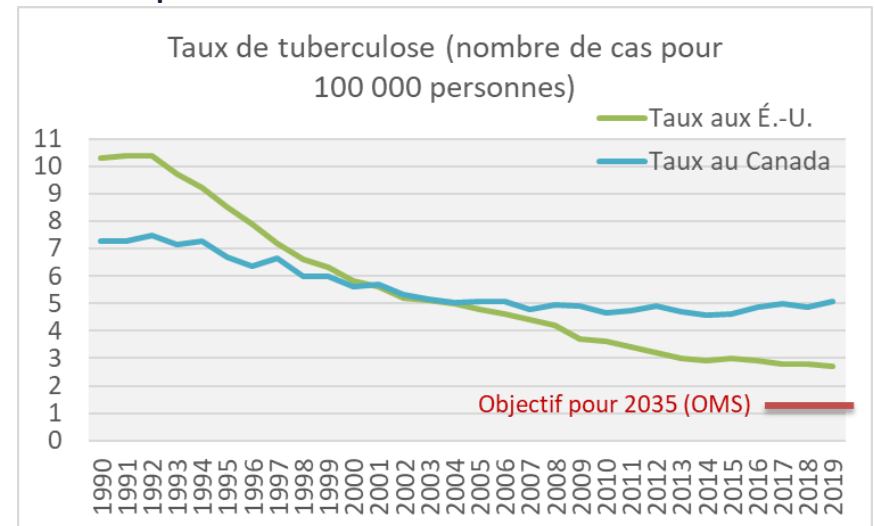
Malgré les engagements internationaux et nationaux du Canada à l'égard de l'éradication de la TB, les données montrent que dans l'ensemble, les cas de TB au Canada ont augmenté au cours de la dernière décennie.

**Figure 1 : Nombre de cas de TB et taux depuis les années 1990**



Comme le montre la figure 1, après une baisse importante dans les années 1990 et au début des années 2000, le taux de TB évolutive a stagné au Canada, puis a augmenté modérément depuis 2014. À son point le plus bas (2014), le taux de TB était de 4,56 cas pour 100 000 personnes; ce taux est passé à 5,09 cas pour 100 000 personnes en 2019, soit le même taux qu'en 2005. Pour atteindre l'objectif de l'OMS d'un cas pour 100 000 personnes en 2035, l'incidence de la TB au Canada devrait diminuer à un taux annuel de 10 %.

**Figure 2 : Comparaison entre les taux de TB aux États-Unis et au Canada depuis les années 1990**



Comparativement, le taux de TB aux États-Unis diminue continuellement depuis le début des années 1990, passant sous le taux du Canada au milieu des années 2000 et en dessous de trois cas pour 100 000 personnes au milieu des années 2010 (voir la figure 2). À l'instar du Canada, environ 70 % des cas de TB sont diagnostiqués chez des personnes nées à l'étranger.

Il convient de noter que la composition démographique des populations américaines et canadiennes peut expliquer en grande partie l'écart entre les taux de TB au Canada et aux États-Unis<sup>1</sup>, sachant que les proportions des populations nées à l'étranger et des Autochtones étaient plus élevées au Canada entre 2005 et 2015.

Une diminution du nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans le monde a été signalée en 2020 et au premier semestre de 2021. Des tendances de sous-diagnostiquer la maladie ont été observées aux États-Unis<sup>2</sup> et au Canada, y compris en Colombie-Britannique,

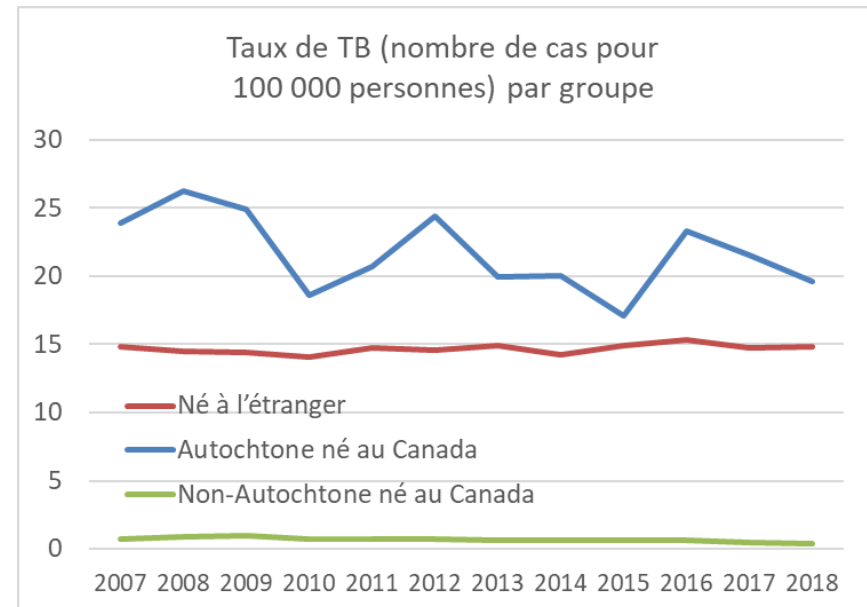


au Manitoba, en Ontario<sup>3</sup>, en Saskatchewan et au Nunavut<sup>4,5</sup>. L'éradication de la TB dépend particulièrement de la continuité des efforts de dépistage et de traitement. Plusieurs principaux répondants se sont dits préoccupés par le fait que la perturbation des soins pendant la pandémie pourrait avoir des conséquences sur l'incidence de la TB et sur la capacité du Canada à respecter ses engagements internationaux et nationaux au cours des prochaines années.

### 3.2 Situation actuelle de la TB au Canada

Sur les 1797 cas signalés en 2018, la population née à l'étranger enregistré le plus grand nombre de cas au Canada, avec 1313 cas. Comme le montre la figure 3, cette population affiche également un taux d'incidence élevé comparativement aux non-Autochtones nés au Canada, soit environ 15 cas pour 100 000 personnes au cours de la dernière décennie, mais un taux inférieur à celui des Autochtones nés au Canada, en particulier les Inuits.

**Figure 3 : Évolution du taux de TB chez les populations nées à l'étranger, les Autochtones et les non-Autochtones nés au Canada**



Les Inuits affichaient le taux d'incidence le plus élevé, avec 194,3 cas pour 100 000 personnes en 2018, soit environ 40 fois le taux de la population canadienne (4,8) et 485 fois le taux de la population non autochtone née au Canada (0,4). Les membres des Premières Nations demeurent également touchés de façon disproportionnée, sachant qu'en 2018, on enregistrait 19,8 cas et 11,6 cas de TB pour 100 000 personnes chez ceux vivant dans les réserves et hors réserve, respectivement, bien qu'au cours des dernières années, les tendances indiquent une diminution des cas de TB dans les deux populations.

Depuis 2008, environ 85 % des cas de TB ont été traités avec succès chaque année, tandis que 7 à 8 % des cas de TB évolutive se sont soldés par des décès. Dans tous les autres cas (7 à 8 %), il

s'agit de personnes qui suivent des traitements ou qui n'ont pas terminé leur traitement.

La TB peut également rester latente pendant de longues périodes ou ne jamais se réactiver. Pendant cette phase latente, on parle d'infection tuberculeuse latente (ITL). Bien que mal documentée, l'ITL est un facteur important des taux persistants de TB au Canada. Compte tenu des tendances actuelles et futures de l'immigration au Canada, l'ITL pourrait entraîner une augmentation importante des cas de TB<sup>6</sup>.

Il n'y a pas suffisamment de données qui décrivent la relation entre la TB et les déterminants sociaux de la santé comme la pauvreté, l'insécurité alimentaire et la précarité du logement. Parmi les déterminants sociaux de la santé associés à la TB qu'il est nécessaire de traiter, les problèmes de logement sont les plus souvent mentionnés<sup>7</sup>. Les problèmes de TB auxquels font face les populations difficiles à joindre, comme les personnes en situation d'itinérance ou vivant dans un logement pauvre ou précaire, ne sont pas bien documentés, car ils ne sont pas systématiquement catégorisés dans le système de surveillance (bien que plusieurs éclosions soient documentées parmi ces populations dans les grandes villes). De plus, la stigmatisation et le manque d'accès aux soins de santé ont également été désignés comme des obstacles au diagnostic et au traitement<sup>8</sup>.

Le gouvernement fédéral a fait des investissements pour améliorer le logement dans les communautés inuites, et une stratégie de logement social a été mise en place en 2018<sup>9</sup>. Néanmoins, les principaux répondants ont souligné la nécessité pour l'ASPC d'adopter une approche plus holistique en mobilisant d'autres organismes, comme la Société canadienne d'hypothèques et de logement, pour améliorer le logement des communautés hors réserve, des Inuits et des migrants, ainsi que la nécessité de tenir

compte des problèmes de santé mentale qui sont fréquemment combinés aux problèmes de logement.

## 4. Approche et contribution de l'ASPC

Les activités de l'ASPC liées à la TB couvrent un large éventail de domaines, y compris la surveillance, les politiques, le rassemblement des partenaires, les projets de financement, le soutien des interventions en cas d'éclosion, le soutien et l'expertise des laboratoires ainsi que l'engagement international. La section 4 examine l'approche et la contribution de l'ASPC à ces domaines, sauf celui de la surveillance qui est traité dans la section 5.

### 4.1 Engagements nationaux et internationaux du Canada

#### *L'ASPC a contribué aux engagements nationaux et internationaux du Canada en matière de TB.*

Depuis 2014, le gouvernement du Canada a pris d'importants engagements internationaux et nationaux en matière d'éradication de la TB, notamment :

- En 2014, le Canada a approuvé la stratégie et le cadre de mise en œuvre de l'OMS Mettre fin à la tuberculose pour les pays à faible incidence, y compris une cible de moins d'un cas pour 100 000 personnes d'ici 2035 et de 0,1 cas pour 100 000 personnes d'ici 2050. En 2020 et 2021, le conseil d'administration de l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont tenu des réunions d'experts sur le thème *Accélérer le rythme de l'éradication de la tuberculose dans la*

Février 2023

*région des Amériques* qui ont réitéré l'importance de prendre des mesures pour éradiquer la TB.

- En 2018, le Canada a adopté la résolution de l'ONU pour mettre fin à l'épidémie de TB d'ici 2030.
- En 2018, le gouvernement du Canada, conjointement avec l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), s'est engagé à éradiquer la TB dans l'Inuit Nunangat d'ici 2030, avec pour objectif intermédiaire de réduire la TB évolutive de 50 % d'ici 2025. Le gouvernement fédéral a investi 109 millions de dollars sur dix ans pour respecter cet engagement, et 27,5 millions de dollars supplémentaires sur cinq ans pour appuyer la poursuite du même objectif par l'ITK. SAC s'occupe de gérer ces fonds. Cet engagement a été réaffirmé en 2021.
- En 2019, le premier ministre a présenté des excuses officielles pour la façon dont le gouvernement fédéral a géré la TB dans l'Arctique, des années 1940 aux années 1960, et s'est engagé à renouveler les relations avec les Inuits. Le gouvernement du Canada a également investi 640 millions de dollars dans le logement dans l'Inuit Nunangat.
- En 2018 et 2019, l'ACSP a publié des rapports sur la TB et sur la stigmatisation, qui ont été jugés très utiles par la communauté de la TB car ils mettent en lumière les problèmes récurrents de la TB.

L'ASPC a participé à la négociation des engagements internationaux en matière de TB à l'Assemblée générale des Nations Unies et avec l'OMS. Les engagements de 2014 et de 2018 ont préparé le terrain pour l'éradication de la TB et ont fourni des objectifs clairs propres aux pays où l'incidence de la maladie est faible. La contribution du Canada au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (plus de 200 millions de dollars investis chaque année depuis 2014) est effectuée par l'entremise d'Affaires mondiales Canada (AMC). Compte tenu de la proportion de cas de TB chez les migrants, cet investissement est

Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

pertinent pour l'éradication de la TB, non seulement à l'étranger, mais aussi au Canada.

Sur la scène nationale, le principal engagement à l'égard de la TB était lié à son éradication dans l'Inuit Nunangat d'ici 2030. Cet engagement a été annoncé en 2018 et le financement fédéral connexe a été administré par Services aux Autochtones Canada (SAC). Ce financement a contribué à la mise sur pied du Cadre pour l'éradication de la tuberculose chez les Inuits et des plans d'action dans chacune des quatre régions de l'Inuit Nunangat, ainsi qu'au recrutement de coordonnateurs régionaux dans trois régions sous la direction de l'ITK. Bien que l'ASPC n'ait pas dirigé cette initiative, elle y a contribué en fournissant des renseignements généraux et des conseils techniques. Les principaux répondants internes et externes qui travaillent avec les Inuits considèrent cet engagement comme une grande réussite.

## 4.2 Soutien en cas d'éclosion

***Le soutien en laboratoire et sur le terrain de la DGLNM, des épidémiologistes de terrain et des agents de santé publique est considéré comme un atout important pour l'intervention en cas d'éclosion et la détection à long terme lorsque les administrations en font la demande.***

L'intervention en cas d'éclosion de TB vise à interrompre la propagation de la TB dans une communauté. Les provinces et les territoires peuvent demander un soutien épidémiologique, scientifique et opérationnel à l'ASPC lorsqu'ils interviennent en cas d'éclosion de TB, selon leurs besoins et leurs capacités. La DGLNM offre un soutien par l'entremise du laboratoire et des tests de dépistage à grande échelle de la TB dans les collectivités au besoin. Depuis 2017, un laboratoire ambulatoire s'est rendu dans plusieurs collectivités des régions nordiques, avec la collaboration

Février 2023

d'épidémiologistes de terrain et de dirigeants locaux. Bien que le travail sur le terrain ne fasse pas partie de la mission fondamentale de la DGLNM, les principaux répondants externes ont indiqué que ce soutien répondait efficacement à leurs besoins et qu'ils espèrent qu'il sera maintenu.

De plus, les provinces et les territoires qui ont demandé le soutien d'épidémiologistes de terrain pendant les éclosions ont constaté qu'il complétait les ressources locales. Le mandat des épidémiologistes de terrain peut comprendre ce qui suit :

- la recherche de contacts;
- la priorisation des enquêtes;
- la formulation de recommandations sur les travaux épidémiologiques futurs;
- le développement ou l'amélioration des outils et des manuels pour la collecte de données;
- la mise au point d'indicateurs pour surveiller les progrès des interventions en cas d'éclosion;
- la production de rapports;
- le suivi de la propagation au sein de la communauté;
- la rédaction collaborative de publications.

Depuis la dernière évaluation, un soutien a été fourni au moins une fois par an au Nunavut, au Nunavik, au Nunatsiavut et dans le nord du Manitoba et de la Saskatchewan. SAC a également soutenu l'intervention en cas d'éclosion et le dépistage de la TB dans le Nord au moyen d'un financement et d'interventions conjointes, surtout depuis l'élaboration du Cadre pour l'éradication de la tuberculose chez les Inuits en 2018. Bien que les outils élaborés pour une localité aient parfois été fournis à une autre collectivité, aucun processus systématique n'a été mis en place à ce stade pour un échange plus large de l'information. Ce

type de processus pourrait être utile pour échanger l'information générale lorsqu'un soutien est nécessaire en cas d'éclosion.

De plus, les agents de santé publique ont fourni un soutien à long terme pour la collecte et la déclaration des données, ce qui a contribué à améliorer la qualité et la disponibilité des données au Nunatsiavut. La portée du soutien offert par les agents de santé publique est déterminée à l'avance et, d'après les bénéficiaires, la période pendant laquelle ce soutien était offert a parfois été jugée trop limitée (de trois à six semaines). À cause de ce manque de souplesse, les administrations se retrouvaient parfois face à des lacunes au terme de la période de soutien, comme la poursuite de la recherche des contacts. De plus, des ententes de confidentialité pourraient empêcher ces agents de santé publique de fournir des renseignements pour le système de surveillance de l'ASPC, car ils échangent les données recueillies par l'intermédiaire de l'administration avec laquelle ils travaillent, plutôt que directement avec l'équipe nationale de surveillance.

### 4.3 Renforcement des capacités et soutien en laboratoire

***La DGLNM fournit un soutien technique et une formation efficaces et utiles aux laboratoires provinciaux, ainsi que des services de dépistage et de formation dans les collectivités nordiques, sur demande.***

En moyenne, de 2015-2016 à 2020-2021, le LNM a reçu 1630 échantillons de TB et effectué 3650 analyses par année. De 2016-2017 à 2018-2019, il s'agissait de 435 tests diagnostiques GeneXpert® (test moléculaire de la TB qui détecte l'ADN des bactéries de la TB) par an. La DGLNM a également adopté un soutien à la formation en ligne et des tests de compétence pour surmonter les restrictions qu'elle a rencontrées pendant la pandémie de COVID-19. La majorité des principaux répondants internes et externes considéraient que le soutien fourni par la DGLNM était efficace et utile sur plusieurs fronts, y compris le soutien technique et la formation offerts aux laboratoires provinciaux.

Certaines provinces collaborent déjà avec la DGLNM au déploiement de la méthode de séquençage du génome entier et quelques collectivités particulières profitent déjà du lancement du système GeneXpert®. Ce processus est rapide puisqu'il ne faut que deux heures pour obtenir les résultats, contre six semaines pour un test de culture de TB. Il est particulièrement utile dans des milieux comme les hôpitaux du Nord qui desservent les populations autochtones, car cela permet de prendre rapidement des décisions concernant le traitement de la TB et le confinement.

Depuis 2015, la DGLNM offre une formation pour renforcer la capacité des collectivités nordiques afin de compléter le soutien

aux interventions en cas d'écllosion (voir la section précédente) au Nunavut et au Nunavik; cette formation est combinée à celle qui est offerte au laboratoire. Avant 2015, la formation était offerte exclusivement à la DGLNM de Winnipeg. Ce soutien supplémentaire a permis de mettre en œuvre les technologies GeneXpert® et les tests de libération d'interféron gamma (TLIG) dans les collectivités nordiques, sur demande. Les principaux répondants ont souligné que GeneXpert® aide à accélérer le diagnostic dans les régions éloignées où l'accès aux services de laboratoire représente un défi, à détecter, à traiter la TB évolutive et à réduire sa propagation dans le Nord<sup>10</sup>.

### 4.4 Sensibilisation à la TB et à la stigmatisation

***Les projets financés par l'ASPC ont fait progresser la sensibilisation locale à la TB et à la stigmatisation dans des collectivités ciblées. Le partage des expériences et l'adoption d'approches plus uniformes pour résoudre ces problèmes sont nécessaires à l'échelle nationale.***

De 2016 à 2019, l'ASPC a financé des initiatives de mobilisation communautaire qui ont amélioré à la fois la sensibilisation à la TB et le dépistage actif et le traitement de la TB évolutive et de l'ITL dans les collectivités nordiques. Cela a été fait dans le cadre de trois projets au Nunavik, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest, en collaboration avec les dirigeants locaux. La première phase comprenait une campagne de sensibilisation générale et une éducation communautaire ciblant tous les résidents de la collectivité. Des messages éducatifs sur la TB ont été créés en collaboration avec les membres de la collectivité. Plusieurs stratégies de sensibilisation, notamment le recours aux

médias sociaux, ont été utilisées pour sensibiliser la population à la TB.

La deuxième phase du projet était axée sur l'éducation communautaire (porte à porte), le dépistage et le traitement des participants admissibles. La participation de la communauté a eu lieu aux étapes de conception, de mise en œuvre et d'exécution du projet. Le succès du projet s'explique en grande partie par la participation communautaire aux activités de prévention et par un niveau de confiance élevé entre les fournisseurs de soins de santé et les membres de la collectivité. Par exemple, dans la collectivité desservie au Nunavik, 95 % de toutes les personnes admissibles ont accepté de passer un test de dépistage, tandis que seulement 3 % ont refusé (les 2 % restants étaient déjà traités). Bien que le nombre de collectivités couvertes par ce financement ait été limité, certaines administrations ont utilisé cette expérience pour reproduire l'approche dans d'autres collectivités dans le cadre du plan d'éradication de la TB mis en place dans l'Inuit Nunangat<sup>11</sup>.

En plus d'accroître la sensibilisation, la stigmatisation associée à la TB représente un défi important pour tester et traiter les populations autochtones, en particulier les Inuits, ainsi que les populations migrantes. Selon le rapport de 2019 de l'ACSP intitulé *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*, la stigmatisation commence par le marquage des différences et les stéréotypes négatifs des gens, ce qui crée une séparation entre « nous » et « eux ». Les personnes stigmatisées sont dévalorisées et sujettes à la discrimination, ce qui peut entraîner des désavantages et des résultats inéquitables sur le plan social et de la santé. La peur est un facteur important de la stigmatisation liée aux maladies infectieuses. Les politiques relatives à la quarantaine, le dépistage obligatoire du processus d'immigration et les cadres pour les maladies à déclaration obligatoire peuvent avoir des effets stigmatisants non

intentionnels. Les problèmes liés à la stigmatisation et la réticence à être traité sont souvent associés à des traumatismes historiques (p. ex. les sanatoriums) chez les populations autochtones<sup>12</sup>, ainsi qu'aux perceptions propres à la communauté et, chez les migrants, à la crainte d'être expulsé.

En 2019-2020, l'ASPC a financé deux initiatives communautaires en Ontario et en Colombie-Britannique pour lutter contre la stigmatisation chez les nouveaux arrivants, dans le but d'améliorer les tests et le traitement. Ces initiatives comprenaient la formation de professionnels de la santé dans la communauté et la mobilisation des membres des collectivités où le taux de TB est élevé. Des ressources éducatives adaptées à ces populations à risque et aux travailleurs de la santé ont été créées pour combler les lacunes de connaissances sur les sources de la stigmatisation et sur la façon dont la stigmatisation compromet le dépistage et le traitement de la TB<sup>13</sup>. Un rapport exhaustif sur la stigmatisation liée à la TB a été publié dans le cadre du projet en Ontario à la fin de la période visée, bien qu'il soit trop tôt pour mesurer l'impact du projet<sup>14</sup>.

Plusieurs approches ont été adoptées dans d'autres pays (principalement des pays à faible revenu) pour fournir de l'information aux praticiens et renforcer leurs capacités ou impliquer des groupes plus activement stigmatisés dans l'élaboration d'interventions<sup>15</sup>. Néanmoins, la plupart des principaux répondants externes ont souligné que les efforts au Canada sont localisés et que les bonnes pratiques ne sont pas communiquées en raison des mécanismes limités en matière d'échange des connaissances.

## 4.5 Renforcer l'approche pancanadienne



***Il est nécessaire d'assurer une planification stratégique pancanadienne de lutte contre la TB et de renforcer les activités de collecte de renseignements pour informer les intervenants du domaine de la TB sur les nouveaux enjeux et les nouvelles possibilités, comme les technologies et les outils novateurs ou les nouvelles options de traitement. Les structures actuelles n'étaient pas considérées comme des moyens efficaces pour réunir les intervenants du domaine de la TB.***

La principale recommandation émanant de l'évaluation précédente (2015) était de mobiliser plus efficacement les intervenants. En réponse à cette recommandation, l'ASPC a rédigé un plan de mise en œuvre en 2016, qui cernait les enjeux et les populations prioritaires. Ce plan a guidé les travaux entrepris par l'ASPC depuis 2016 pour lutter contre la TB. Toutefois, il n'a jamais été officiellement approuvé ni communiqué afin que les intervenants du domaine de la TB puissent mieux comprendre leur rôle vis-à-vis de l'ASPC et mieux coordonner les mesures.

Néanmoins, des fonds spéciaux sont devenus disponibles pour appuyer des projets harmonisés avec ce plan, comme une étude d'optimisation du traitement, des initiatives de mobilisation communautaire, des projets de prévention pour la communauté des migrants et un projet pilote de dépistage et de suivi de l'ITL avant l'immigration. Les principaux répondants estimaient que ces projets étaient bénéfiques pour améliorer la sensibilisation (voir la section 4.4), le dépistage de l'ITL ou le respect (voir la section 5.2) et l'efficacité (voir la section 5.3) de son traitement, selon l'objectif du projet financé, bien que la durée et l'envergure de ces projets aient été limitées.

### **Mobilisation des intervenants concernés et planification stratégique collaborative**

La grande majorité des intervenants du domaine de la TB estiment qu'en raison du mandat fédéral de l'ASPC en matière de santé publique, l'Agence serait la mieux placée pour renforcer une approche pancanadienne en prenant les mesures suivantes :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une planification stratégique collaborative;
- l'exploitation et la supplémentation des données probantes sur la TB grâce à un effort continu de collecte d'information pour guider le processus décisionnel et les pratiques à l'échelle du pays (voir la section suivante);
- le rassemblement des intervenants concernés pour prendre des décisions coordonnées fondées sur des données probantes.

Une personne interrogée a bien résumé ce que la plupart des autres principaux répondants ont exprimé : « *tant de personnes travaillant sur la TB à travers le pays seraient ravies si l'ASPC assumait le leadership. Il est difficile que ça fonctionne sans l'ASPC. Mettez le couvert et les gens viendront.* »

Plusieurs moyens de rassemblement sont actuellement en place pour discuter des questions liées à la TB :

- Le Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses (CDMTI) du Réseau de santé publique (RSP) et le Conseil du RSP réunissent des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux pour discuter des enjeux de santé publique en général, y compris la TB.
- La Collaboration interministérielle sur la prévention et le contrôle de la TB au Canada a été mise en place par l'ASPC en 2017 pour discuter de questions liées à la TB avec d'autres ministères fédéraux.

Février 2023

- Le Réseau canadien pour l'éradication de la tuberculose (RCETB) a été mis en place en 2016 par la communauté de la TB pour réunir un plus grand nombre d'intervenants du domaine de la TB à travers le Canada. Ce réseau est actuellement dirigé et hébergé par SAC et offre à l'ASPC certaines occasions de collaborer avec des experts de la TB.
- Du côté de la DGLNM, la communauté de pratique sur le travail en laboratoire a été maintenue de façon virtuelle pour discuter de la façon d'adopter des méthodes normalisées dans des domaines comme les tests moléculaires.
- Le Groupe de travail sur la santé publique des Inuits (GTSPI), dirigé par l'ITK, réunit des groupes inuits dans les quatre régions de l'Inuit Nunangat.

Même avec ces divers groupes, tous les principaux répondants externes ont souligné que l'ASPC doit jouer un rôle de rassembleur beaucoup plus important dans l'écosystème de la TB. Après la dissolution du Comité canadien sur la TB (CCT) et des sous-comités en 2011, la communauté de la TB est restée sans mécanisme global efficace pour l'échange d'information et le processus décisionnel propres à la TB. Soit les structures de gouvernance actuelles (mentionnées ci-dessus) couvrent de multiples questions et, par conséquent, ont une couverture minimale des questions propres à la TB, soit elles n'incluent pas tous les partenaires et intervenants concernés du domaine de la TB, comme les spécialistes de la TB, les représentants provinciaux et territoriaux ou les organismes communautaires, comme l'ITK (pour transmettre les points de vue et les préoccupations des Inuits).

De nombreux principaux répondants ont également exprimé la nécessité d'une planification stratégique pancanadienne afin de prioriser les efforts à travers le Canada qui seraient fondés sur des discussions récurrentes plutôt que ponctuelles avec les

intervenants (p. ex. d'autres administrations, des groupes de populations à risque) et de maintenir des voies de communication stables malgré le roulement du personnel. Beaucoup ont souligné que les efforts actuellement déployés permettraient de trouver des synergies si un plan stratégique national concerté sur la TB était mis en place pour coordonner les mesures<sup>16</sup>, y compris les perspectives autochtones fondées sur un principe de nation à nation.

### **Nécessité d'avoir un accès continu à des traitements efficaces**

L'accès à des médicaments efficaces pour traiter la TB évolutive et latente semble être un problème récurrent. Les solutions temporaires (comme les stocks détenus par SAC) pour remédier aux pénuries de médicaments<sup>17</sup> ne s'appliquaient qu'à certaines populations ou provinces. Certains principaux répondants externes ont suggéré que l'ASPC devrait diriger un stock ou un inventaire national pour s'assurer qu'un approvisionnement est en place pour répondre aux besoins de tous les Canadiens, en particulier d'autres populations à risque, comme les personnes nées à l'étranger.

La rifapentine, désignée comme étant le médicament le plus efficace pour traiter l'ITL, a été approuvée par la FDA des États-Unis en 1998. Une récente étude américaine a démontré son efficacité dans la réduction de la durée du traitement de la TB évolutive<sup>18</sup>. Selon des données scientifiques, la 8<sup>e</sup> édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, publiée en mars 2022, recommande également ce médicament pour les traitements contre l'ITL et la TB évolutive<sup>19</sup>. Toutefois, aucune demande d'approbation réglementaire n'a été présentée par l'industrie pharmaceutique au Canada. Selon certains principaux répondants externes, l'industrie pharmaceutique pourrait être peu incitée à solliciter l'approbation du médicament en raison de



problèmes administratifs et de rentabilité dus au caractère limité du marché canadien pour ce médicament.

Le soutien ponctuel offert par l'équipe responsable des politiques pour remédier aux pénuries de médicaments approuvés et assurer l'accès à la rifapentine dans des circonstances exceptionnelles a été apprécié. Néanmoins, bien que Santé Canada soit l'organisme de réglementation, ils estiment que l'ASPC devrait mener des discussions avec l'industrie pour normaliser l'accès à la rifapentine et à d'autres médicaments, et mettre en œuvre une stratégie d'approvisionnement en médicaments plus proactive pour les médicaments approuvés<sup>20</sup>.

### **Collaboration avec le secteur de la recherche**

Les faits ont également mis en lumière la nécessité de collaborer davantage avec la communauté scientifique. Les chercheurs pourraient aider la communauté de la TB à rester au courant des innovations les plus récentes, à acquérir de nouvelles connaissances pour faciliter la prise de décisions et à participer à l'évaluation d'interventions prometteuses. Une collaboration plus étroite avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui financent la recherche sur la TB, pourrait aider à harmoniser le financement de l'intervention et de l'évaluation afin de mieux informer les décideurs, comme l'ont suggéré quelques personnes interrogées. Le Manitoba dispose d'un modèle d'intégration intéressant entre l'autorité de santé publique et l'Université du Manitoba; dans ce modèle, la province communique des données publiques avec les chercheurs et met à profit leur expertise pour mettre en place un meilleur système de surveillance de la TB<sup>21</sup>.

## **5. Information à l'appui des mesures**

### **5.1 Système de surveillance de la TB**

*Bien qu'elles couvrent toutes les provinces, les données de surveillance ne sont pas publiées en ligne en temps opportun en raison de problèmes informatiques, d'un retard de communication de l'information et du temps qu'il faut pour obtenir des approbations internes. Ces données ne permettent pas non plus de ventiler les populations à risque, et l'ITL n'est pas surveillée au niveau national. À l'échelle de l'ASPC, l'amélioration des systèmes informatiques de surveillance et les protocoles d'échange des données sont en cours d'élaboration dans le cadre d'un renouvellement à l'échelle du système.*

Le système de surveillance de la TB enregistre les cas évolutifs depuis 1924 et couvre toutes les provinces. Il comprend le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT). Le SCDCT enregistre les cas de TB et permet de les relier à de l'information sur le traitement. La fusion de ces deux sources de données ne serait pas possible si le système était fondé uniquement sur des dénombrements regroupés. Le SCSLT enregistre les données de laboratoire et les tendances de pharmacorésistance.

Le précédent rapport d'évaluation de la TB de 2015 indiquait que les administrations utilisaient les données de surveillance de la TB pour comparer leur situation à celle d'autres administrations au Canada, à des fins pédagogiques, pour développer des politiques, des programmes ou pour répondre aux demandes des médias, par exemple. Toutes les provinces et tous les territoires ont fait

référence aux rapports de l'Agence sur la TB dans leurs documents sur la TB.

Les données recueillies ont révélé que les données nationales actuelles ont une valeur limitée pour surveiller les tendances, aider les interventions en cas d'éclosion et favoriser l'éradication globale de la TB, pour les raisons suivantes :

- Les données publiées sont désuètes (bien que des mesures aient été prises pour publier des données plus à jour) : Au milieu de 2021, les données de 2018 sur le nombre global de cas de TB et les taux de TB pour 100 000 personnes ont été affichées en ligne et les données de 2019 ont été ajoutées à la fin de 2021. Le dernier rapport sur la TB publié en avril 2022 présente des données plus complètes allant de 2008 à 2018. Les retards de publication ont augmenté depuis le dernier rapport d'évaluation, pour dépasser ceux de la plupart des pays où l'incidence de la maladie est faible (voir la figure 4 ci-dessous), en raison des différentes méthodes de collecte des données et du manque de comparabilité entre les administrations ou parfois au sein de celles-ci, ainsi que du vieillissement des mécanismes d'échange des données et des longs processus d'approbation.
- Les données recueillies sont fragmentées : Les données épidémiologiques, de laboratoire et de dépistage des migrants sont déconnectées. Cela crée des limites importantes pour comprendre l'histoire réelle de l'exposition des migrants, plutôt que de se contenter de leur pays d'origine, ou pour relier l'information d'analyse en laboratoire à l'information sociodémographique afin de dresser un meilleur portrait des populations à risque.
- Les données recueillies ne permettent pas de cerner les besoins des populations à risque, comme les populations

des Premières Nations dans les centres urbains ou les personnes nées à l'étranger après leur entrée au Canada<sup>22</sup>. En outre, on en sait très peu sur les populations difficiles à joindre, comme les personnes en situation d'itinérance, en raison du manque de données sur les éclosions de TB dans les refuges<sup>23</sup>. Par conséquent, les données déclarées ne sont pas suffisamment précises pour comprendre les besoins des populations à risque. Bien que certaines demandes particulières soient traitées par l'équipe de surveillance, comme la mise à jour des taux de TB dans les quatre régions de l'Inuit Nunangat, un système de déclaration automatisé et personnalisé serait utile pour certains groupes.

À titre de comparaison, les États américains s'engagent à soumettre des données de surveillance de la TB avant une certaine date chaque année dans le cadre d'accords de coopération avec les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis et à valider les données conjointement avec les CDC. Les États reçoivent un financement de contrepartie une fois que les données sont complètes et exactes. Grâce à ce mécanisme, les CDC ont confirmé que la publication des données s'est faite en temps opportun et a été ventilée par populations à risque.

**Figure 4 : Évolution du retard de publication des données dans les rapports sur la TB des pays où l'incidence de la maladie est faible**

Retard de publication des données dans les rapports nationaux sur la TB publiés en 2014 et en 2021			
	Retard de 1 an en 2014	Retard de 2 ans en 2014	Retard de 3 ans et plus en 2014
Retard de 1 an en 2021	Japon, États-Unis		
Retard de 2 ans en 2021	Royaume-Uni, Allemagne	France	Australie
Retard de 3 ans et plus en 2021		Canada Nouvelle-Zélande	

Afin d'améliorer l'actualité des données, quelques principaux répondants ont suggéré que le système de surveillance de la TB pourrait également envisager de communiquer les données dès qu'ils les reçoivent des provinces les plus touchées (Ontario, Colombie-Britannique, Alberta et Québec) et de peaufiner les estimations nationales une fois toutes les données reçues.

Certains aspects du renouvellement s'appliquent à d'autres systèmes de surveillance à travers l'ASPC, comme l'amélioration des systèmes informatiques, la capacité en ressources humaines et la formation, ainsi que la coordination et les protocoles d'échange des données avec les administrations. Ces éléments ont été soulignés dans l'Audit des activités de surveillance de 2020 de l'ASPC pour la période pré-pandémique et dans le rapport du Bureau de la vérificatrice générale du Canada intitulé *Préparation en cas de pandémie, surveillance et mesures de contrôle aux frontières*<sup>24</sup> pour les périodes pré-pandémiques et pandémiques. D'autres enjeux sont propres au système de surveillance de la TB, comme l'amélioration de la couverture des populations à risque et la surveillance de l'ITL à l'échelle nationale.

Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Un mouvement s'opère à l'Agence pour relever certains des défis auxquels fait face le système de surveillance de la TB et la surveillance en général. La Stratégie pancanadienne de données sur la santé vise à régler les problèmes d'infrastructure de TI, ainsi que les négociations sur l'échange des données avec les administrations. Le Groupe de travail sur les données de santé publique des Inuits, dirigé par l'ITK avec la participation de la Direction générale des politiques stratégiques de l'ASPC, élabore une stratégie de données pour les Inuits axée sur la TB. Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des données (PCAP®)<sup>25</sup> sont des facteurs importants pour les groupes autochtones, car ils reconnaissent que les groupes inuits peuvent avoir des points de vue et des besoins différents en matière de gestion des données que les Premières Nations. De plus, le format du rapport de l'ASPC sur la TB a été modifié afin de mieux couvrir les populations à risque. Des renseignements comme le lieu de naissance et le statut d'Autochtone ont été inclus dans le rapport sur la TB, d'après les données disponibles.

## 5.2 Surveillance de l'ITL

***Bien que l'ITL ne soit pas incluse dans le système pancanadien de surveillance de la TB, des mesures importantes ont été mises en place pour dépister l'ITL chez les migrants, avant et après leur arrivée au Canada.***

Sachant que par nature, la phase latente de la TB (ITL) est caractérisée par une absence de symptômes, il est difficile de sensibiliser les personnes à la maladie, de la détecter et de faire accepter le traitement aux patients. À l'heure actuelle, les données de surveillance de l'ITL sont limitées à l'échelle mondiale. Par exemple, le rapport mondial de 2021 de l'OMS sur la TB<sup>26</sup> donne uniquement les taux d'ITL chez les enfants de moins de 5 ans. Aux

Février 2023

États-Unis, le CDC<sup>27</sup> utilise des études de recherche sur un nombre limité de participants pour produire des projections à l'échelle nationale. Néanmoins, l'OMS considère que le dépistage et le traitement systémiques de l'ITL chez les populations à risque sont un facteur essentiel dans l'éradication de la TB<sup>28</sup>.

Actuellement au Canada, l'ITL n'est pas contrôlée par le système de surveillance. Certaines administrations recueillent cette information, mais d'après les observations de la plupart des principaux répondants internes et externes qui ont été notées dans la documentation, un ajustement serait nécessaire pour inclure l'ITL dans le système national de déclaration<sup>29</sup>. Cela comprendrait la cascade des soins pour l'ITL, de la prévention et des tests jusqu'au traitement et aux soins continus.

Les conseillers et les planificateurs du système de santé considèrent que l'absence de tests pour l'ITL est un obstacle majeur à l'éradication de la TB<sup>30</sup>. Des publications récentes ont également préconisé l'amélioration des méthodes de dépistage au niveau de l'immigration afin de mieux cibler les personnes à risque élevé<sup>31</sup> en tenant compte de leurs antécédents migratoires<sup>32</sup> ou en utilisant des tests génotypiques de sensibilité médicamenteuse<sup>33</sup>. Enfin, les tests de l'ITL au Canada utilisent différentes méthodes pour le dépistage médical du processus de l'immigration (tests de libération d'interféron gamma – TLIG) et le dépistage dans les collectivités nordiques (test cutané à la tuberculine – TCT). D'après les experts en tests de dépistage de la TB, des méthodes plus diversifiées pourraient être nécessaires à l'avenir pour assurer une surveillance uniforme de l'ITL.

Selon les recommandations du Groupe de travail mis sur pied en 2016 sur la TB et les migrants, un partenariat avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) a été approuvé en 2017. Lancé en mai 2019, le projet comprend un dépistage de l'ITL avant

la migration chez les candidats des régions à forte prévalence et un suivi après l'admission dans les quatre provinces comptant le plus grand nombre de migrants (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario et Québec)<sup>34</sup>. Bien qu'une seule province ne produise un rapport pour l'instant sur le nombre de cas, la cascade des soins et les résultats en matière de santé, en raison de problèmes administratifs et de la pandémie de COVID-19, ce projet est un élément de base prometteur pour la mise en œuvre d'un système intégré de surveillance de l'ITL. De plus, avec l'appui d'IRCC, le Groupe de travail sur l'immigration et la santé des réfugiés (GTISR) est une collaboration visant à harmoniser les programmes de dépistage de la TB avant la migration et à améliorer la capacité de laboratoire et de traitement dans les pays où l'incidence de la maladie est faible, notamment le Canada<sup>35</sup>.

### 5.3 Collecte de renseignements et courtage de connaissances

***L'ASPC a participé à la documentation de traitements plus efficaces contre l'ITL chez les populations à risque et a présenté des exposés scientifiques et stratégiques sur la TB. Néanmoins, l'ASPC pourrait compléter les activités actuelles de collecte de renseignements pour cerner les innovations, les initiatives prometteuses et les questions émergentes afin d'informer les intervenants et d'appuyer la prise de décisions, tant à l'externe qu'à l'interne.***

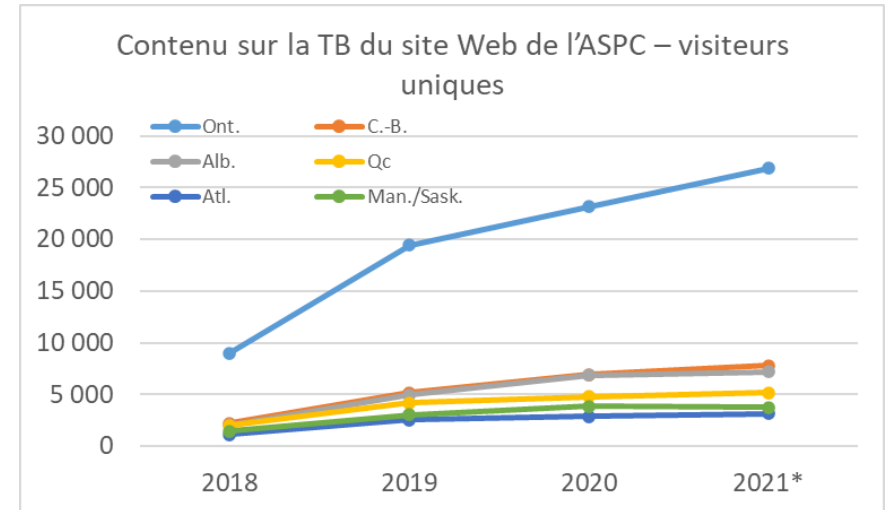
Les patients sont plus susceptibles de respecter leurs traitements jusqu'à la guérison complète si ces traitements sont plus courts et moins contraignants<sup>36</sup>. L'ASPC a favorisé la compréhension de cet enjeu en finançant une étude dont l'objectif était d'optimiser le traitement de l'ITL chez les populations à risque, à Ottawa et à Iqaluit. Le projet TAIMA tuberculose au Nunavut a constaté une

Février 2023

amélioration dans le pourcentage de personnes qui terminent leur traitement, grâce à des schémas thérapeutiques plus courts tout en maintenant leur efficacité. Le projet a permis de constater que plus de personnes terminaient le traitement de trois mois que celles qui suivaient le traitement conventionnel de neuf mois, avec seulement un léger inconfort observé à l'occasion<sup>37</sup>. Le projet comprenait également une campagne de sensibilisation à la TB et une campagne de dépistage menée de porte à porte à Iqaluit, au Nunavut, et axée sur les zones résidentielles à risque élevé. Une augmentation des demandes de dépistage de la TB a été observée pendant la campagne de sensibilisation, mais n'a pas été maintenue par la suite. Au cours de la campagne de dépistage, on a découvert que 19 % des participants étaient atteints de l'ITL et ces cas n'avaient pas été détectés par un dépistage régulier dans la collectivité<sup>38</sup>.

L'ACSP adjoint a communiqué au RSP des mises à jour sur l'épidémiologie de la TB et les efforts déployés pour contrôler et prévenir la TB au moyen de présentations périodiques, sauf pendant la pandémie de COVID-19, et dans le cadre de certaines communications scientifiques<sup>39</sup>. Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone<sup>40</sup>, qui est financé par l'ASPC, offre des ressources exhaustives et à jour sur la TB chez les Inuits.

**Figure 5 : Nombre de visiteurs uniques du contenu lié à la TB sur le site Web de l'ASPC**

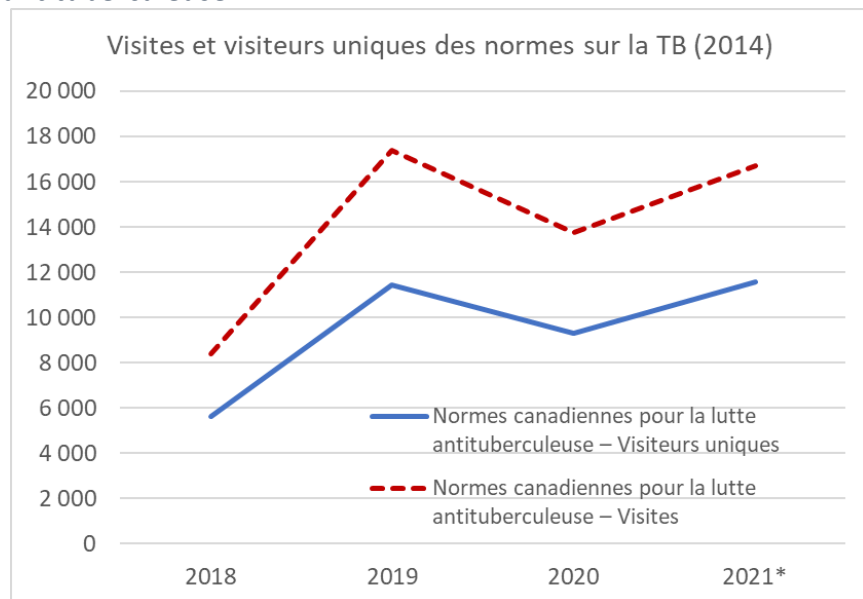


Comme le montre la figure 5, le site Web de l'ASPC demeure une référence pour le contenu lié à la TB et le trafic a augmenté de 2018 à 2021. La moitié des visiteurs uniques du contenu lié à la TB sur le site Web de l'ASPC proviennent de l'Ontario, et le rapport de 2018 de l'ACSP sur la TB a été consulté plus de 5500 fois par les Canadiens jusqu'au milieu de 2021. Par exemple, la recherche documentaire montre que jusqu'en 2021, les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse ont été citées plus de 200 fois dans la documentation officielle et la documentation parallèle.

Néanmoins, de nombreux principaux répondants externes s'attendent à ce que l'ASPC surveille les innovations et les initiatives prometteuses à l'échelle nationale et internationale pour fournir aux administrations des renseignements à jour trouvés dans la documentation et les pratiques récentes, et pour répondre de façon proactive aux nouvelles questions, comme les

interactions entre la TB et la COVID-19. Ils estimaient plutôt qu'ils échangeaient plus souvent ce type d'information avec l'ASPC.

**Figure 6 : Visites annuelles du site Web de l'ASPC et visiteurs uniques – contenu sur la TB et Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse**



Les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (2014) demeurent un document de référence clé, avec un volume élevé de visites et de visiteurs uniques sur le site Web de l'ASPC, comme le montre la figure 6. La Société canadienne de thoracologie dirige les révisions continues des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, et la diversité des points de vue qui y sont inclus est considérée comme une amélioration à maintenir dans les éditions futures. Bien que plusieurs membres de l'ASPC contribuent à la rédaction des chapitres, de nombreux principaux répondants externes estiment que l'ASPC devrait être responsable de la coordination générale, la publication et la diffusion des futures mises à jour des Normes canadiennes pour la lutte

antituberculeuse. Pour donner aux praticiens un contenu plus opportun et pertinent, ils estiment que ces mises à jour devraient également être plus fréquentes et axées sur des aspects précis. L'ASPC a entendu les préoccupations des intervenants au sujet du fardeau financier et a fourni du financement quelques semaines avant la publication de la 8<sup>e</sup> édition en avril 2022.

## 6. Structure et financement des activités liées à la TB

### 6.1 Structure des activités liées à la TB

*De nombreuses équipes à travers l'Agence participent aux activités liées à la TB. Il n'y a pas de définition officielle des rôles et des responsabilités de chaque groupe, ni de la façon dont ils devraient interagir les uns avec les autres et coordonner leurs efforts. Les rapports hiérarchiques ne sont pas toujours clairement définis. Par conséquent, les équipes travaillent de façon compartimentée et la communication est ponctuelle et limitée. Les rôles et les responsabilités des autres administrations et des ministères fédéraux demeurent également flous.*

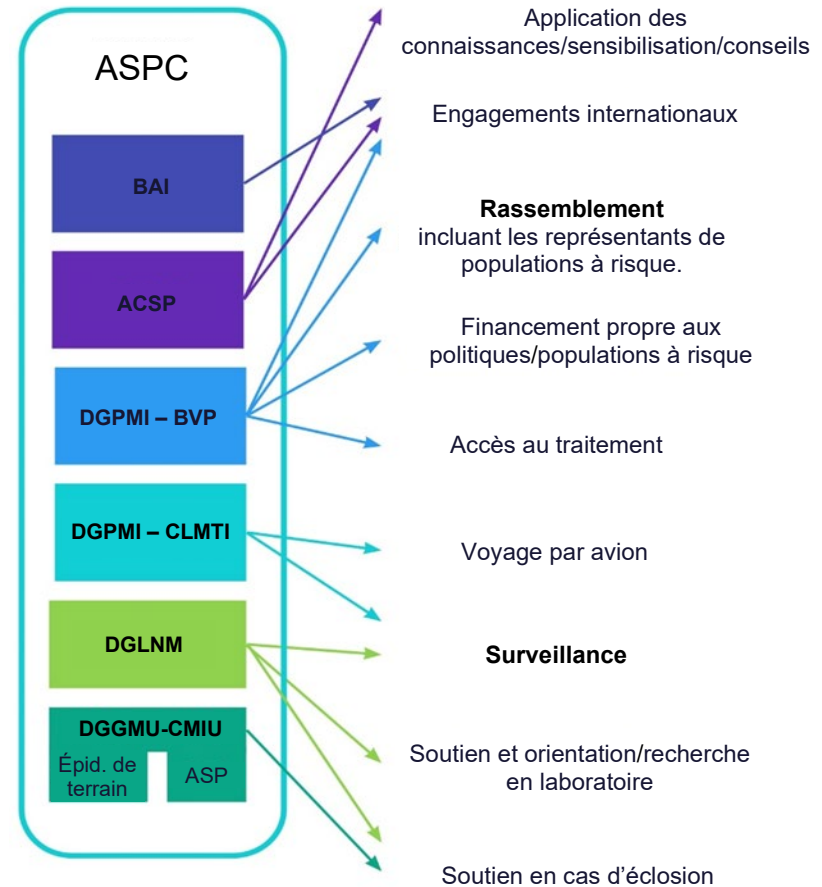
Comme il a été mentionné précédemment, l'ASPC mène de nombreuses activités pour lutter contre la TB au Canada, notamment :

- la surveillance;
- l'expertise et le soutien des laboratoires;
- le soutien en cas d'éclosion;
- les activités de politique et de rassemblement;
- le financement de projets;
- la mobilisation internationale.



Sept équipes réparties dans trois directions générales et deux bureaux prennent en charge ces domaines, notamment deux équipes appartenant à la Direction générale de la gestion des mesures d'urgence, comme le montre la figure 7. Les flèches montrent la contribution de chaque équipe. Pour mieux comprendre le contexte de la TB et les secteurs où les intervenants du domaine de la TB interagissent ou devraient interagir, une cartographie détaillée est présentée à l'annexe B.

**Figure 7 : Participation des directions générales et des bureaux de l'ASPC dans les domaines de travail sur la TB**



Février 2023

L'évaluation de la TB réalisée en 2015 a mis en évidence la nécessité pour l'Agence de se concentrer sur la définition de la façon dont les activités sont articulées afin de lutter efficacement contre la TB. Depuis, les activités liées à la TB demeurent dispersées à travers l'Agence et elles sont mal comprises par les intervenants externes. De nombreux principaux répondants externes estiment que l'ASPC doit avoir une architecture uniforme de ses activités de lutte contre la TB, et que les rôles et les responsabilités doivent être clairement définis au sein de l'ASPC et dans d'autres administrations et ministères fédéraux. Bien que les documents internes décrivent les activités entreprises de façon ponctuelle, il n'existe pas de définition officielle des rôles et des responsabilités de chaque groupe, ni de la façon dont ils devraient interagir les uns avec les autres et conjuguer leurs efforts. La majorité des personnes interrogées à l'interne ont indiqué que les rapports hiérarchiques ne sont pas toujours clairement définis. Par conséquent, les équipes travaillent de façon compartimentée et la communication est ponctuelle et limitée.

De 2015 jusqu'au début de la pandémie de COVID-19, une équipe spéciale a été mise en place pour réunir à l'interne les fonctions de surveillance, de la DGLNM, des bureaux régionaux et les fonctions politiques. Néanmoins, la coordination et les communications demeurent problématiques. Par exemple, les données de surveillance ne sont pas systématiquement partagées pour guider le travail sur les politiques et l'équipe de surveillance n'est pas incluse dans les discussions avec la Direction générale des données de gestion et de la surveillance (DGDGS).

## 6.2 Financement des activités liées à la TB

Le budget de l'ASPC a été relativement stable, à un niveau modeste, avec une certaine augmentation du financement de projets en 2018 (suite à l'annonce de l'engagement d'éradiquer la

TB dans l'Inuit Nunangat d'ici 2030), suivie d'une diminution pendant la pandémie de COVID-19.

En moyenne, l'ASPC a prévu un budget de 2,5 millions de dollars et a dépensé 2,25 millions de dollars par an entre 2015-2016 et 2020-2021, sachant que près de la moitié des dépenses ont été consacrées aux activités de laboratoire, un cinquième au travail sur les politiques, un autre cinquième à la surveillance et plus d'un dixième au financement des projets. Comme le montre la figure 8, à la DGPMI, environ 90 % du budget a été dépensé en moyenne chaque année, sauf en 2018-2019, où l'écart était beaucoup plus élevé (66 %). Cette situation est attribuable aux retards dans le processus d'appel d'offres et d'examen qui ont entraîné le report à l'année suivante des projets de Mosaic et d'Access Alliance, tous deux liés à la lutte contre la stigmatisation. De plus, le budget lié au financement de projets a augmenté au cours de l'exercice 2018-2019 lorsque d'importantes annonces ont été faites concernant l'éradication de la TB dans l'Inuit Nunangat et que l'ACSP a publié son rapport sur la TB. Une diminution du budget de la DGPMI en 2020 s'explique par le fait que le personnel travaillant sur la TB a été affecté à l'intervention contre la COVID-19. À la DGLNM, les dépenses salariales sont passées de 640 000 \$ en 2015-2016 à 995 000 \$ en 2020-2021 pour fournir un soutien supplémentaire aux activités liées à la TB.



**Figure 8 : Budget et dépenses de la DGPMI et de la DGLNM (en millions de dollars)**

Année	DGPMI – Budget	DGPMI – Dépenses réelles	DGPMI – % dépensé
2015-2016	1 203 796 \$	1 149 453 \$	95,5 %
2016-2017	1 091 347 \$	918 608 \$	84,2 %
2017-2018	1 258 465 \$	1 104 964 \$	87,8 %
2018-2019	2 190 673 \$	1 451 578 \$	66,3 %
2019-2020	1 947 661 \$	1 751 104 \$	89,9 %
2020-2021	846 435 \$	748 885 \$	88,5 %
<b>Total</b>	<b>8 538 377 \$</b>	<b>7 124 592 \$</b>	<b>83,4 %</b>
Année	DGLNM – Budget	DGLNM – Dépenses réelles	DGLNM – % dépensé
2015-2016	1 097 114 \$	972 553 \$	88,6 %
2016-2017	998 665 \$	847 959 \$	84,9 %
2017-2018	1 032 688 \$	1 082 539 \$	104,8 %
2018-2019	1 225 060 \$	1 081 349 \$	88,3 %
2019-2020	1 111 420 \$	1 154 990 \$	103,9 %
2020-2021	1 122 915 \$	1 213 923 \$	108,1 %
<b>Total</b>	<b>6 587 862 \$</b>	<b>6 353 314 \$</b>	<b>96,4 %</b>

Source : Bureau du dirigeant principal des finances de l'ASPC

## 7. Mesure du rendement pour la prise de décisions

*Une stratégie interne de mesure du rendement et un modèle logique ont été élaborés pour les activités de la DGPMI seulement, mais ils n'ont jamais été approuvés ou mis en œuvre pour guider la prise de décisions. De plus, après une décennie de discussions sur un cadre de rendement pancanadien, il reste un écart à combler quant à la surveillance continue des progrès vers l'éradication de la tuberculose au Canada.*

### 7.1 Un cadre de rendement pancanadien sur la TB

Avant sa dissolution, le Comité canadien sur la TB avait travaillé à l'élaboration d'un cadre de rendement pancanadien et certains éléments avaient été inclus dans les lignes directrices publiées en 2012. Certaines discussions sur des indicateurs de rendement pancanadiens ont eu lieu en 2014 au RSP. En 2018, le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI) a mené un dialogue sur le même thème, et est parvenu à un consensus selon lequel un ensemble d'indicateurs de base était nécessaire. Ces discussions n'ont abouti à aucun résultat concret.

Certaines administrations ont recueilli des données supplémentaires sur la TB portant sur d'autres aspects que ceux qui sont inclus dans le système national de surveillance (p. ex. détection précoce, dépistage du VIH, TB pédiatrique, reprise de traitement, obtention de contacts). En l'absence d'un consensus national, ces ensembles de données uniques ne peuvent pas être comparés ou regroupés pour brosser un tableau national. Par conséquent, certains principaux répondants ont encouragé les administrations à surveiller de façon plus uniforme les résultats de

la TB évolutive et de l'ITL et à tenir compte de certaines populations ou provinces. L'ITK est en train de mettre en place, avec les quatre régions de l'Inuit Nunangat, une stratégie de données qui comprend des indicateurs que l'ASPC pourrait appuyer et intégrer à un système de rendement pancanadien.

Plusieurs ensembles d'indicateurs pourraient faciliter le lancement d'un éventuel cadre de rendement pancanadien sur la TB, semblable au cadre actuel des CDC américains sur les indicateurs de la TB, aux données sur le rendement des programmes du Manitoba sur la lutte contre la TB<sup>41</sup> et à l'ensemble de 12 indicateurs inclus dans le chapitre sur le rendement de la 8<sup>e</sup> édition des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse<sup>42</sup>.

## 7.2 Mesure du rendement des activités de l'ASPC liées à la TB

À l'interne, la RPAD (Réponse et plan d'action de la direction) de l'évaluation de la TB réalisée en 2015 comprenait l'élaboration d'un cadre de rendement de l'ASPC et d'un modèle logique sur la TB. Bien que l'élaboration du cadre soit passée à un profil d'information plus vaste avec le programme de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, ce profil ne fournissait pas le niveau de détail requis pour promouvoir la surveillance des activités liées à la TB. Des tentatives récentes ont été faites pour élaborer un modèle logique et une stratégie de mesure du rendement, mais ceux-ci n'ont pas été approuvés et sont principalement axés sur le travail sur les politiques de la DGPMI. La surveillance est moins représentée et le travail en laboratoire et sur le terrain n'est pas inclus.

Une analyse minutieuse de la stratégie préliminaire, en accord avec les exigences de la *Politique sur les résultats* (2016), a donné lieu aux observations suivantes :

- Dans l'ensemble, le taux de TB est un indicateur ambitieux, à l'égard duquel les tendances proviennent d'un trop grand nombre de facteurs pour qu'il soit le seul indicateur de rendement à surveiller.
- Avec une définition plus claire des rôles et des responsabilités de l'ASPC, ainsi que des objectifs plus précis et mesurables du soutien communautaire par rapport aux aspects du leadership pancanadien, il serait plus facile de finaliser le modèle logique et les indicateurs connexes.
- Les résultats à court, moyen et long terme sont généralement bien définis pour les activités actuellement entreprises par la DGPMI, bien qu'ils soient plus limités pour la surveillance et que les activités de la DGLNM et de la DGGMU ne soient pas couvertes. Néanmoins, les indicateurs couvrent principalement les aspects à court terme et parfois les indicateurs couvrent les intrants (ressources) plutôt que les résultats réels.

Pour surveiller les activités entreprises par l'ASPC, les principaux répondants internes et externes suggèrent également ce qui suit :

- Pour les données de **surveillance** : au-delà de l'exhaustivité des données, la rapidité de publication pourrait être surveillée tout au long des étapes de la collecte et de la publication des données afin de repérer les goulots d'étranglement. La couverture de populations particulières et la cascade des soins doivent également être surveillées.
- Pour les activités liées aux **politiques et au financement** : les indicateurs de rendement devraient être établis en fonction de rôles et d'objectifs clairs. Des indicateurs stables couvrant les activités devraient être élaborés.

- Pour le soutien en **laboratoire** : le sondage de 2016 sur la satisfaction à la DGLNM pourrait être réalisé plus fréquemment, bien que les données qualitatives recueillies dans le cadre de l'évaluation actuelle démontrent un niveau de satisfaction élevé.
- Pour la mobilisation des **connaissances** : comprendre ce que les participants ont appris dans les webinaires et utiliser l'analyse Web, les références et les sondages de satisfaction pour les publications en ligne afin de fournir des renseignements sur l'accès et l'utilisation de ces documents.

## 8. Conclusions et recommandations

Le gouvernement du Canada s'est engagé à éradiquer la TB à l'échelle du pays d'ici 2035, et dans l'Inuit Nunangat d'ici 2030. L'éradication se définit par moins d'un cas pour 100 000 personnes. Après avoir connu une diminution importante dans les années 1990 et au début des années 2000, l'incidence de la TB évolutive a stagné pendant une décennie. Cependant, elle augmente légèrement depuis 2014. Le sous-diagnostic de la maladie pendant la pandémie de COVID-19 contribuera probablement à accélérer la tendance à la hausse au cours des années à venir. Compte tenu du taux de TB enregistré en 2020, pour que le Canada atteigne ses cibles d'éradication, il faudrait réduire le taux d'infection de 10 % par année.

Au cours des dernières années, l'ASPC a lancé diverses initiatives liées à la TB qui se sont révélées utiles à petite échelle pour répondre aux besoins des populations à risque. Ces initiatives ont contribué à accroître la sensibilisation à l'égard de la TB ainsi que le dépistage de la maladie chez les populations autochtones et les migrants dans les collectivités à risque élevé. Elles ont aussi contribué au dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL)

chez certaines catégories de migrants au cours de leur sélection. L'ASPC a également documenté les traitements les plus efficaces contre l'ITL chez les populations à risque. De plus, les services de la DGLNM, des épidémiologistes de terrain et des agents de santé publique ont apporté un soutien important aux laboratoires et aux collectivités du pays pour lutter contre les éclosions de TB.

Néanmoins, la coordination, la communication et la clarté des rôles et des responsabilités demeurent des défis constants, tant à l'interne qu'avec les intervenants externes, notamment sur la scène internationale. Pour réussir à éradiquer la TB au pays, il faut établir un rôle de coordination centralisée et conjointe entre la DGPMI et la DGLNM. De plus, à l'échelle du pays, il serait possible pour l'ASPC de diriger une approche nationale et de créer des synergies grâce à la planification stratégique pancanadienne, à l'amélioration de la collecte de renseignements et au renforcement de la prise de décisions fondées sur des données scientifiques.

Enfin, il importe de relever les défis propres à la TB et, de manière plus vaste, à l'échelle de l'ASPC en ce qui concerne la rapidité de publication et l'utilité des données de surveillance des maladies pour mieux comprendre les besoins de la population à risque et y répondre, pour surveiller de façon efficace les tendances relatives aux maladies infectieuses et pour guider la prise de décisions à l'interne et dans l'ensemble du pays. Un cadre de mesure du rendement n'est pas encore disponible pour appuyer la prise de décisions.

## Recommandations

Les conclusions mentionnées dans le présent rapport ont permis de dégager quatre recommandations qui aideront à faire en sorte que les activités de l'ASPC contribuent efficacement à l'éradication de la TB au Canada.

**Recommandation n° 1 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait décrire et communiquer clairement les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC par rapport à la TB.**

Une communication et une coordination limitées entre les équipes de l'ASPC qui travaillent sur la TB, et le manque de clarté sur les rôles et les responsabilités représentent des défis à relever pour assurer une approche concertée efficace au sein de l'ASPC, et ces facteurs limitent l'interaction avec les intervenants externes. L'ASPC devrait donc clarifier et communiquer les rôles et les responsabilités à l'interne et à l'externe, et adopter une approche plus coordonnée à l'égard de la TB avec les partenaires et les intervenants. Les diverses équipes de l'ASPC consacrées à l'éradication de la TB pourraient ainsi mieux coordonner leurs efforts. Cela comprend non seulement les activités de la DGPMI et de la DGLNM, mais également celles des autres équipes qui contribuent à l'intervention en cas de TB à l'extérieur de ces directions générales, notamment les épidémiologistes de terrain et les agents de santé publique. De plus, les intervenants externes pourraient déterminer plus facilement qui sont leurs homologues au sein de l'ASPC, savoir ce qu'ils peuvent attendre d'eux et mieux coordonner leurs efforts à l'échelle du Canada.

**Recommandation n° 2 : Une fois que les rôles, les responsabilités et les priorités de l'ASPC ont été décrits clairement, la Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait établir les structures de gouvernance nécessaires :**

- a) à l'interne pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB au sein de l'Agence;
- b) à l'externe pour assurer une meilleure coordination des activités liées à la TB à l'échelle du Canada afin d'atteindre les cibles d'éradication de la TB.

Les mécanismes de rassemblement et de prise de décisions relatifs à la TB qui étaient en place à l'échelle pancanadienne il y a dix ans ont été dissous par l'ASPC, et les efforts de lutte contre la TB se sont poursuivis de façon moins coordonnée au sein de l'Agence et du Canada. L'ASPC devrait donc s'efforcer d'établir des structures de gouvernance spécialisées, tant à l'interne qu'avec les autres administrations. Cette façon de faire pourrait permettre la collecte et l'échange de renseignements de façon continue avec les intervenants du domaine de la TB afin de guider la prise de décisions et les pratiques à l'échelle du pays. Les intervenants concernés du domaine de la TB pourraient tisser des liens plus directs, seraient mieux informés et seraient en mesure de collaborer plus étroitement pour atteindre les objectifs d'éradication de la TB au Canada.

**Recommandation n° 3 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait mettre à jour l'approche en matière de surveillance de la TB pour améliorer la rapidité de publication et l'utilité des données de surveillance, ainsi que pour examiner comment on pourrait assurer la surveillance de l'ITL à l'avenir.**

Au cours de la période visée, les données de surveillance de la TB n'ont pas été communiquées de façon opportune. Même si les données de 2020 ont été publiées récemment lors de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose, le 24 mars 2022, il reste que le système de surveillance de la TB accusait des retards dans la publication des taux de TB, même avant la pandémie de COVID-19. De plus, les mécanismes de collecte et d'échange de données ne sont actuellement pas adéquats pour assurer une surveillance efficace au sein des populations à risque.

En outre, bien que la plupart des cas de TB évolutive soient traités avec succès chaque année, les taux n'ont pas diminué, notamment en raison de la réactivation de l'ITL. L'OMS considère que le dépistage et le traitement systémiques de l'ITL chez les populations à risque sont des facteurs essentiels dans l'éradication de la TB. À l'heure actuelle, les données sur l'ITL sont limitées au Canada et dans le monde. L'ASPC pourrait donc examiner les possibilités de recueillir les données sur l'ITL et d'en rendre compte pour appuyer les activités d'éradication de la TB au Canada.

**Recommandation n° 4 : La Direction générale des programmes des maladies infectieuses devrait réviser les pratiques de mesure**

Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

**du rendement pour mesurer efficacement les répercussions des activités de l'ASPC liées à la TB, y compris l'ITL.**

Malgré les engagements pris pour éradiquer la TB au Canada au cours des années à venir, aucun mécanisme de surveillance pertinent n'est en place pour veiller à la continuité des progrès réalisés. L'ASPC devrait donc finaliser et mettre en œuvre un cadre de mesure du rendement, en consultation avec d'autres administrations, pour surveiller la réalisation et la progression des activités liées à la TB à l'interne afin d'en assurer l'amélioration continue, y compris en ce qui concerne l'ITL.

## Annexe A – Portée et méthode de l'évaluation

Cette évaluation a été effectuée par le Bureau de l'audit et de l'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada. Elle a examiné le caractère approprié de l'approche actuelle de l'ASPC, la mesure dans laquelle l'information pertinente, y compris les données de surveillance et de rendement, oriente les mesures de santé publique et la contribution des activités de l'ASPC liées à la TB à l'égard de l'éradication de la TB au Canada. Les activités de l'ASPC liées à la TB ont déjà fait l'objet d'une évaluation en 2014-2015.

L'évaluation a porté sur les questions clés suivantes :

1. Dans quelle mesure l'approche actuelle de l'ASPC répondait-elle aux besoins de chaque population à risque?
2. Avec quelle efficacité l'information scientifique et les données de surveillance ont-elles été utilisées pour orienter les mesures de santé publique?
3. L'ASPC disposait-elle des mesures de rendement adéquates pour surveiller les progrès réalisés pour réduire la TB au Canada? Y avait-il des lacunes?
4. Quelle a été la contribution des activités de l'ASPC à l'égard de la réduction du taux de TB au Canada, en particulier pour chaque population à risque?

### Méthodologie

Les données nécessaires à l'évaluation ont été recueillies en suivant les méthodes suivantes :

#### ENTREVUES

Avec 46 principaux répondants, répartis comme suit :

- 14 employés de l'ASPC participant aux activités liées à la TB;
- 8 représentants d'un autre ministère fédéral;
- 14 représentants provinciaux ou territoriaux;
- 10 autres intervenants issus d'organismes communautaires, d'organismes spécialisés dans la TB, du milieu universitaire et d'autres pays.



#### EXAMEN DE LA DOCUMENTATION

Comprenait des rapports de programmes, des recherches, des politiques, des lignes directrices, etc. L'évaluation a également tiré parti de l'information recueillie dans le cadre d'autres examens du Bureau de l'audit et de l'évaluation, y compris l'Évaluation de l'état de préparation à l'évaluation des activités liées à la TB en 2019.



#### ANALYSE COMPARATIVE ET ÉTUDE DE CAS CANADA-ÉTATS-UNIS

Examen du modèle d'exécution du programme des activités liées à la TB ainsi que de la collecte et de la publication de données dans cinq pays (États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et France).



Examen en détail des stratégies, des ressources, de la gouvernance, des données de surveillance et des mécanismes de collecte de données pour comprendre l'écart entre les taux de TB aux États-Unis et au Canada.



#### ANALYSE DES DONNÉES

Examen des données sur le rendement du programme recueillies pour les activités liées à la TB, y compris les données de l'analyse Web et les références, les données de surveillance publiées et non publiées et les rapports sur les projets financés.



#### EXAMEN DES DONNÉES FINANCIÈRES

Examen des coûts financiers de l'exécution des activités de lutte contre la TB à la DGPMI et à la DGLNM. Les coûts provenant d'autres directions générales et bureaux participant aux activités liées à la TB (DGGMU, BAI, ACSP) n'ont pas été recueillis.



#### COMPARAISON DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

Examen de l'exécution du programme et des données disponibles dans chaque province et territoire et dans d'autres ministères fédéraux pour comprendre la complexité du contexte de la TB et les différences dans la collecte des données.



#### ANALYSE DOCUMENTAIRE

Examen des besoins des populations cibles au Canada et des innovations et nouvelles tendances dans le domaine de la TB au Canada et à l'étranger. Une analyse de l'ACFSG+ a également été effectuée pour comprendre les différences entre les segments de la population.

### Limites et stratégies d'atténuation

Le tableau ci-dessous décrit les limites auxquelles se sont heurtés les évaluateurs pendant la mise en œuvre des méthodes de collecte de données choisies aux fins de la présente évaluation. Y figurent aussi les stratégies d'atténuation mises en place afin que les constatations tirées de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Figure 9 : Limites de l'évaluation sur la TB et stratégies d'atténuation

Limites	Incidence	Stratégie d'atténuation
Il n'y a pas de description officielle des rôles et des responsabilités des différentes équipes qui travaillent sur la TB à travers l'ASPC et en dehors.	L'évaluation des activités liées à la TB ne peut être faite par rapport à des cibles ou références officielles.	En l'absence d'une description officielle, pour définir le profil du programme, on s'est servi de descriptions ponctuelles des activités liées à la TB, trouvées dans des documents internes et non approuvés et validées par le secteur de programme.

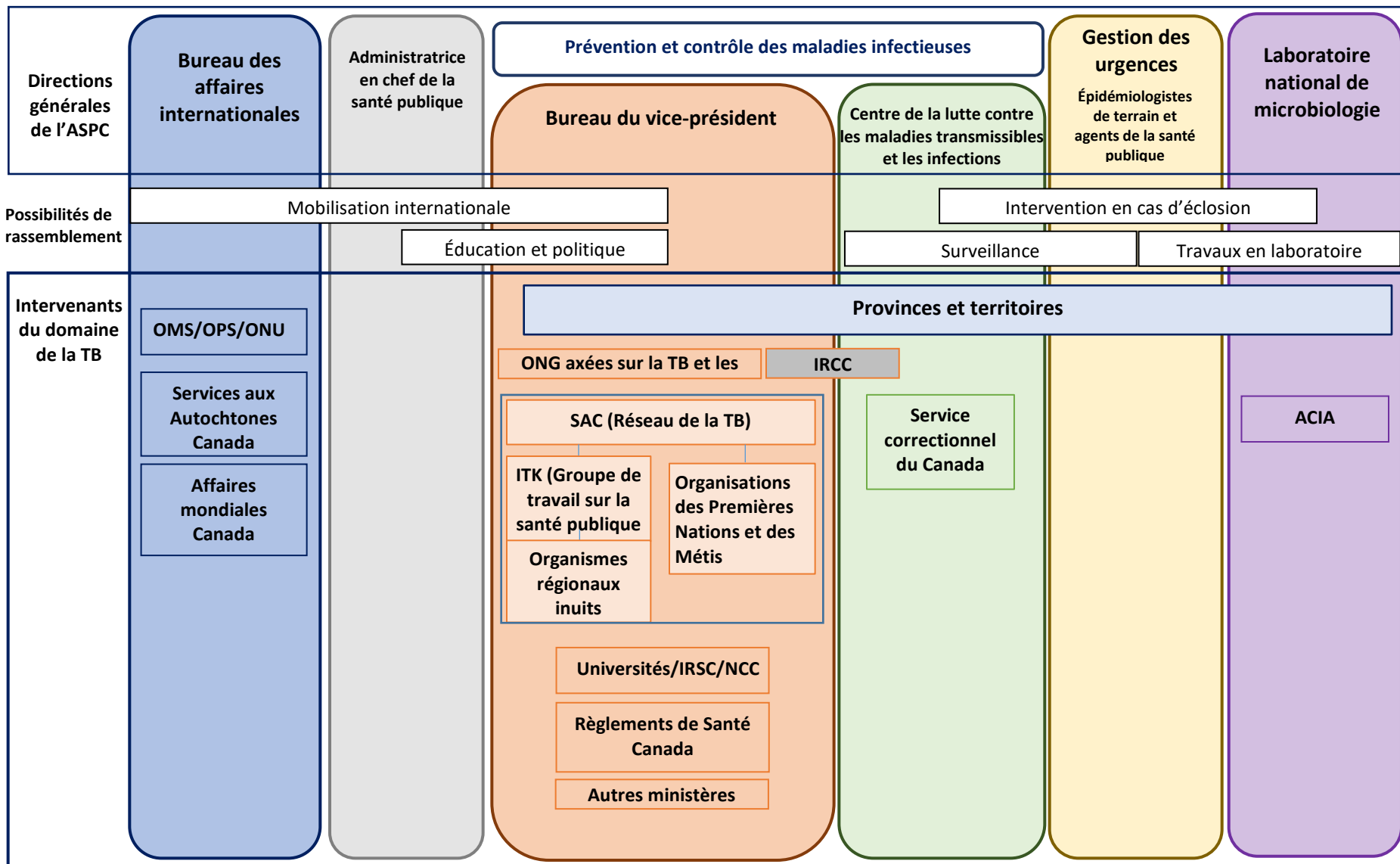


<p>Les entrevues avec les principaux répondants externes n'ont pas été possibles avec les représentants du Nunavut en raison d'éclosions continues pendant la collecte des données.</p>	<p>Le Nunavut est la seule région canadienne fortement touchée par la TB où nous n'avons pas pu interroger les représentants officiels.</p>	<p>D'autres principaux répondants au courant de la situation locale de la TB ont été interrogés et l'information qu'ils ont fournie a été recoupée avec d'autres sources de données (p. ex. documentation, données de programme) dans la mesure du possible.</p>
<p>Très peu de données sur le rendement sont disponibles à la DGPMI et seules les données agrégées avec d'autres activités sont disponibles à la DGLNM. De plus, aucun cadre officiel de mesure du rendement des activités liées à la TB n'a été approuvé à ce jour.</p>	<p>Cela limite la possibilité de bien comprendre le transfert des connaissances, la sensibilisation au financement et d'autres activités politiques, par exemple.</p>	<p>Des entrevues ont été menées auprès de principaux répondants internes et externes de toutes les administrations afin de comprendre leurs points de vue et leurs niveaux de satisfaction à l'égard du soutien de l'ASPC. Les données de l'analyse Web et les références (nombre de fois que des documents de l'ASPC sont cités dans la documentation publiée et parallèle) ont également été recueillies pour mieux comprendre l'incidence des activités de l'ASPC dans ce domaine.</p>
<p>En l'absence d'un programme officiel sur la TB, les données financières ne sont pas enregistrées sous les activités liées à la TB. Par exemple, les activités de surveillance de la TB sont regroupées avec celles sur le VIH.</p>	<p>Les données financières obtenues pour chaque ensemble d'activités ont été fondées sur des discussions avec le secteur de programme et la Direction générale du dirigeant principal des finances et des services de gestion de l'ASPC aux fins de la présente évaluation et ne sont pas entièrement fiables.</p>	<p>Bien qu'il soit possible que les chiffres déclarés ne soient pas tout à fait exacts, les gestionnaires de programme responsables de chaque ensemble d'activités les ont examinés et sont satisfaits de cette information.</p>
<p>Les articles sur la TB publiés dans la revue du CLMTI ne peuvent pas être évalués, car cette revue n'est pas indexée dans Scopus.</p>	<p>Il n'a pas été possible d'évaluer dans quelle mesure la plupart des articles universitaires sur la TB produits par l'ASPC sont cités par d'autres, à titre d'indicateur du recours à ces articles.</p>	<p>Des analyses Web ont été recueillies sur chaque page Web de l'ASPC liée à la TB, y compris les pages Web des revues du CLMTI, à titre d'indicateur de l'accès à ces articles.</p>



## Annexe B – Contexte des activités liées à la TB

Figure 10 : Contexte de la TB et possibilités de rassemblement



## Annexe C – Budget de l'ASPC pour la tuberculose

Figure 11 : Budget détaillé de l'ASPC pour la tuberculose entre 2015-2016 et 2020-2021

Année	DGPMI – S et C	DGPMI – Salaires	DGLNM – Salaires	DGPMI – F et E	DGLNM – F et E et immobilisations	DGPMI et DGLNM – Budget total
2015-2016	0 \$	926 821 \$	762 439 \$	334 675 \$	331 185 \$	2 300 910 \$
2016-2017	114 000 \$	890 335 \$	793 058 \$	205 607 \$	207 950 \$	2 090 012 \$
2017-2018	112 000 \$	901 465 \$	883 348 \$	149 340 \$	166 152 \$	2 291 153 \$
2018-2019	600 000 \$	1 045 673 \$	960 162 \$	264 898 \$	259 283 \$	3 415 733 \$
2019-2020	748 198 \$	1 043 488 \$	918 359 \$	193 061 \$	195 794 \$	3 059 081 \$
2020-2021	30 000 \$	771 102 \$	894 118 \$	228 797 \$	219 053 \$	1 969 350 \$
<b>Total</b>	<b>1 604 198 \$</b>	<b>5 578 884 \$</b>	<b>5 211 484 \$</b>	<b>1 376 378 \$</b>	<b>1 379 417 \$</b>	<b>15 126 239 \$</b>

Source : Bureau du dirigeant principal des finances de l'ASPC. Il convient de noter qu'au cours de la période visée par la présente évaluation, la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (DGPCMI), qui comprenait le Laboratoire national de microbiologie, a été renommée Direction générale des programmes des maladies infectieuses (DGPMI) et la Direction générale du Laboratoire national de microbiologie (DGLNM) est devenue une direction distincte. Le budget de la DGLNM et les salaires de la DGPMI sont couverts par le financement fondé sur les services votés. Les données excluent les ressources mobilisées par les programmes des épidémiologistes de terrain et des agents de santé publique, le BACSP et le BAI.

- <sup>1</sup> Essien, S. K., Epp, T., Waldner, C., Wobeser, W., et Hoepfner, V. (2019). Tuberculosis in Canada and the United States: A review of trends from 1953 to 2015, *Canadian Journal of Public Health*, 110(6), 697-704, doi:10.17269/s41997-019-00236-x.
- <sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (12 octobre 2021). *Trends 2020*. Centers for Disease Control and Prevention. Sur Internet : <https://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/statistics/tbtrends.htm>.
- <sup>3</sup> Stop TB Canada. (2021). Stop TB Canada Report: The impact of Covid-19 on tuberculosis programs in Canada, Tableau 2, p 36. Sur Internet : <https://www.stoptbcanada.com/events/stop-tb-canada-discussion-impact-of-covid-19-on-canadian-tb-programs>.
- <sup>4</sup> Vescera, Z. (29 mars 2021). Invisible epidemic; Saskatchewan's battle with tuberculosis amid pandemic, *Saskatoon StarPhoenix*. Sur Internet : <https://thestarphoenix.com/news/saskatchewan/invisible-epidemic-saskatchewans-battle-with-tuberculosis-amid-pandemic>.
- <sup>5</sup> Deuling, M. (28 octobre 2020). Tuberculosis elimination in Nunavut falls by wayside due to Covid-19, *Toronto Star*. Sur Internet : <https://www.thestar.com/news/canada/2020/10/28/tuberculosis-elimination-in-nunavut-falls-by-wayside-due-to-covid-19.html>.
- <sup>6</sup> Essue, B. M., Milinkovic, D. et Birch, S. (2018). Better data to drive more effective care for people with latent tuberculosis infection in Canada, *Cmaj*, 190(23), E700-E701. doi:10.1503/cmaj.180488.
- <sup>7</sup> Hick, S. (2019). The enduring plague: How tuberculosis in Canadian indigenous communities is emblematic of a greater failure in healthcare equality, *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(2), 89-92. doi:10.02991/jegh.k.190314.00002.
- <sup>8</sup> Jones, A. S. K., Bidad, N., Horne, R., Stagg, H. R., Wurie, F. B., Kielmann, K. et autres. (2021). Determinants of non-adherence to anti-TB treatment in high income, low TB incidence settings: A scoping review. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 25(6), 483-490. doi:10.5588/ijtld.21.0024.
- <sup>9</sup> Brown, B. (19 février 2020). Nunavut's \$2.3B budget is 'people oriented,' finance minister says, *CBC.ca: North*. Sur Internet : <https://www.cbc.ca/news/canada/north/nunavut-2020-budget-1.5469140>.
- <sup>10</sup> Patterson, M., Flinn, S. et Barker, K. (2018). Addressing tuberculosis among Inuit in Canada, *Can Commun Dis Rep*, 44(3-4), 82-85. Sur Internet : Base de données SCOPUS.
- <sup>11</sup> Nunavik Regional Board of Health and Social Services. (2018). Beyond Fear: A Community Mobilization Project to Reduce Tuberculosis Transmission in a Northern Village, Project Progress Presentation.
- <sup>12</sup> Granzow, K. (2021). Against settler colonial iatrogenesis: Inuit resistance to treatment in Indian hospitals in Canada, *Anthropology and Medicine*, doi:10.1080/13648470.2021.1929832.

- <sup>13</sup> MOSAIC (Multilingual Orientation Service Association for Immigrant Communities). (2020). A Community-Based Intervention Project to raise Awareness and Reduce Stigma about TB in Foreign-Born Metro Vancouver Communities, Final Project Evaluation Report.
- <sup>14</sup> Access Alliance Multicultural Health and Community Services. (2021). Tackling TB Stigma. An Access Alliance “Health with Dignity” Project Full Report. Sur Internet : <https://accessalliance.ca/blog/stigma-related-barriers-to-care/>.
- <sup>15</sup> Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K. et autres. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it, *BMC Med* 17, 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>.
- <sup>16</sup> Long, R., Asadi, L., Heffernan, C., Barrie, J., Winter, C., Egedahl, M. L. et autres. (2019). Is there a fundamental flaw in Canada’s postarrival immigrant surveillance system for tuberculosis? *Plos One*, 14(3) doi:10.1371/journal.pone.0212706.
- <sup>17</sup> Grant, K. (12 janvier 2019). Shortage of tuberculosis drug has physicians rationing pills and warning of serious public-health consequences, *The Globe and Mail*. Sur Internet : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-shortage-of-tuberculosis-drug-has-physicians-rationing-pills-and/>.
- <sup>18</sup> Dorman, S. E., Nahid, P., Kurbatova, E. V., Phillips, P. P. J., Bryant, K., Dooley, K. E., Engle, M., Goldberg, S. V., Phan, H. T. T., Hakim, J., Johnson, J. L. et Lourens, M. (2012). *Four-Month Rifapentine Regimens with or without Moxifloxacin for Tuberculosis*, The New England Journal of Medicine, Massachusetts Medical Society.
- <sup>19</sup> Johnston, J. C., Cooper, R. et Menzies, D. (2022). *Chapter 5: Treatment of tuberculosis disease*, Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine, 6:sup1, 66-76, DOI: 10.1080/24745332.2022.2036504.
- <sup>20</sup> Houston, A. R., Cooper, R. et Long, R. *Pharmaceutical policy excludes the most vulnerable*, Policy Options, 14 janvier 2020. Sur Internet : <https://policyoptions.irpp.org/magazines/january-2020/pharmaceutical-policy-excludes-the-most-vulnerable/>.
- <sup>21</sup> Lix L. M., Plourde, P. J., Larcombe, L., Kinew, K. A., Basham, C. A., Derksen, S., Srisakuldee, W., Schultz, J. et McCulloch, S. (2018). *Exploring Tuberculosis Treatment, Management, and Prevention in Manitoba’s Administrative Health Data*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy.
- <sup>22</sup> Haworth-Brockman, M. J. et Keynan, Y. (2019). Strengthening tuberculosis surveillance in Canada. *Cmaj*, 191(26), E743-E744. doi:10.1503/cmaj.72225.
- <sup>23</sup> Aho, J., Lacroix, C., Bazargani, M., Milot, D. M., Sylvestre, J. L. et Pucella, E. (2017). Outbreak of tuberculosis among substance users and homeless people in greater Montréal, Canada, 2003-2016. *Can Commun Dis Rep*, 43(3), 72-76. Sur Internet : Base de données SCOPUS.
- <sup>24</sup> Bureau du vérificateur général du Canada (2021), *Rapport de la vérificatrice générale du Canada – Préparation en cas de pandémie, surveillance et mesures de contrôle aux frontières*. Sur Internet : [https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl\\_oag\\_202103\\_03\\_e\\_43785.html](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_202103_03_e_43785.html).

- <sup>25</sup> Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>.
- <sup>26</sup> Organisation mondiale de la Santé (2021). Rapport sur la tuberculose dans le monde 2021, Genève, Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Sur Internet : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240037021>.
- <sup>27</sup> Centers for Disease Control and Prevention. (28 septembre 2018). LTBI. Centers for Disease Control and Prevention, Sur Internet : <https://www.cdc.gov/tb/statistics/lbti.htm>.
- <sup>28</sup> Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Directives pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente*, ISBN: 9789241548908. Sur Internet : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548908>.
- <sup>29</sup> Essue, B. M., Milinkovic, D. et Birch, S. (2018). Better data to drive more effective care for people with latent tuberculosis infection in Canada, *Cmaj*, 190(23), E700-E701. doi:10.1503/cmaj.180488.
- <sup>30</sup> Milinkovic, D. A., Birch, S., Scott, F., Newbold, K. B., Hopkins, J., Saffie, M. et autres. (2019). Low prioritization of latent tuberculosis infection—A systemic barrier to tuberculosis control: A qualitative study in Ontario, Canada. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 384-395. doi:10.1002/hpm.2670.
- <sup>31</sup> Menzies, D. (2020). Advances in tuberculosis in 2019 in Canada and globally. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 4(sup1), S34-S37. doi:10.1080/24745332.2020.1728712.
- <sup>32</sup> Guthrie, J. L., Ronald, L. A., Cook, V. J., Johnston, J. et Gardy, J. L. (2019). The problem with defining foreign birth as a risk factor in tuberculosis epidemiology studies, *Plos One*, 14(4) doi:10.1371/journal.pone.0216271.
- <sup>33</sup> Long, R. et Langlois-Klassen, D. Increase in Multidrug-resistant Tuberculosis (MDR-TB) in Alberta Among Foreign-born Persons: Implications for Tuberculosis Management. *Can J Public Health*, 104, e22–e27 (2013). Sur Internet : <https://doi.org/10.1007/BF03405649>.
- <sup>34</sup> Université de l'Alberta – Unité de l'évaluation et de la recherche du programme de lutte contre la tuberculose. (2021). Enhanced LTBI Screening Initiative for Migrants: Detailed Data Plan, Site Preparation, Team, and Summary Report.
- <sup>35</sup> Douglas, P., Posey, D. L., Zenner, D., Robson, J., Abubakar, I. et Giovinazzo, G. (2017). Capacity strengthening through pre-migration tuberculosis screening programmes: IRHWG expériences, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(7), 737-745. doi:10.5588/ijtld.17.0019.
- <sup>36</sup> Campbell, J. R., Dowdy, D. et Schwartzman, K. (2019). Treatment of latent infection to achieve tuberculosis elimination in low-incidence countries. *PLoS Medicine*, 16(6) doi:10.1371/journal.pmed.1002824.
- <sup>37</sup> Alvarez, G. G., Van Dyk, D., Mallick, R., Lesperance, S., Demaio, P., Finn, S. et autres. (2020). The implementation of rifapentine and isoniazid (3HP) in two remote arctic communities with a predominantly Inuit population, the Taima TB 3HP study, *International Journal of Circumpolar Health*, 79(1) doi:10.1080/22423982.2020.1758501.

- <sup>38</sup> Alvarez, G. G., VanDyk, D. D., Aaron, S. D., Cameron, D. W., Davies, N., Stephen, N. et autres (2014). TAIMA (stop) TB: The impact of a multifaceted TB awareness and door-to-door campaign in residential areas of high risk for TB in Iqaluit, Nunavut. *Plos One*, 9(7) doi:10.1371/journal.pone.0100975.
- <sup>39</sup> Njoo, H., Salama, S. et Yunger, S. (2018). Antimicrobial-Resistance Drugs: From Drug Discovery to Access Is Canada Prepared for Their Entry?, CADTH Symposium. Sur Internet : <https://www.cadth.ca/sites/default/files/symp-2018/presentations/april17-2018/Concurrent-Session-E6-Antimicrobial-Resistance-Drugs.pdf>.
- <sup>40</sup> Halseth, R. et Odulaja, O. (2018). Addressing the challenge of latent tuberculosis infection among Indigenous peoples in Canada, Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Sur Internet : <https://www.nccih.ca/docs/emerging/RPT-LTBI-Halseth-Odulaja-EN.pdf>.
- <sup>41</sup> Dehghani, K., Lan, Z., Li, P., Michelsen, S. W., Waites, S., Benedetti, A. et autres. (2018). Determinants of tuberculosis trends in six indigenous populations of the USA, Canada, and Greenland from 1960 to 2014: A population-based study, *The Lancet Public Health*, 3(3), e133-e142. doi:10.1016/S2468-2667(18)30002-1.
- <sup>42</sup> Heffernan, C., Haworth-Brockman, M., Plourde, P., Wong, T., Ferrara, G. et Long, R. (2022). Chapter 15: Monitoring tuberculosis program performance, *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6:sup1, 229-241. <https://doi.org/10.1080/24745332.2022.2035123>.