

# **Rapport sur l'amélioration de la gestion de la lutte contre la tuberculose aux TNO**

**Évaluer les répercussions des changements  
apportés en réponse au rapport de 2001**

**(Rapport Fanning)**

## **Table des matières**

### **I. Sommaire**

### **II. Cadre de référence**

### **III. Contexte**

### **IV. Gouvernance des TNO**

### **V. La tuberculose aux Territoires du Nord-Ouest et dans le reste du Canada**

### **VI. Revue des recommandations de 2001, progrès et défis**

### **VII. Questions additionnelles :**

**a. Débat à propos de l'interruption de l'utilisation du BCG**

**b. Questions relatives aux laboratoires**

**c. Groupes spéciaux pour tests ciblés**

**d. Défis de la gestion de la lutte antituberculeuse dans les régions à faible incidence (révision des recommandations du CDC telles qu'elles s'appliquent aux TNO)**

### **VIII. Manuels de référence pouvant servir de modèles pour les révisions proposées**

### **IX. Annexes**

**a. Annexe I. Notes de visites**

**b. Annexe II. Grandes lignes tirées de la révision semestrielle**

**c. Annexe III. Présentations faites au personnel des hôpitaux d'Inuvik et de Stanton par Anne Fanning (disponibles sur demande)**

## **I. Sommaire**

En 2001, le gouvernement des TNO a demandé une révision de son programme de lutte contre la tuberculose à la suite d'un décès inattendu dû à un cas de tuberculose qui n'avait pas été diagnostiqué à temps. Cette révision a mené à diverses recommandations visant un contrôle accru de la maladie (1).

Le présent rapport entrepris en septembre 2004 avait pour but d'évaluer les répercussions des changements apportés à la suite de la révision de 2001 et de soumettre des recommandations supplémentaires. L'auteur du rapport a séjourné pendant cinq jours aux TNO et a passé en revue les activités de l'équipe centrale au Service de lutte contre les maladies transmissibles (Annexe I). Des visites furent effectuées à Yellowknife (au Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à l'hôpital territorial Stanton, au Service de santé publique), à Inuvik (à l'hôpital et au Service de santé publique) ainsi qu'au Centre de santé de Fort McPherson. Dans les hôpitaux, des rencontres eurent lieu avec le personnel médical, infirmier et celui des laboratoires et de la pharmacie. Dans les centres de santé, des réunions eurent lieu avec le personnel infirmier. Le personnel des laboratoires fut visité également dans les laboratoires des deux régions.

Environ 20 membres de la communauté participèrent à une rencontre communautaire à Fort MacPherson. Après une brève présentation, un dialogue animé entre l'animateur, l'auditoire et certains membres du personnel du centre de santé s'est poursuivi pendant approximativement une heure. Plusieurs aînés ont partagé leurs souvenirs et leur expérience personnelle de la tuberculose. En racontant comment ils perdirent amis et parents, ils ont mis en lumière les répercussions importantes qu'a eu cette maladie dans le passé et mis en évidence la nécessité de reconnaître cette réalité et de créer régulièrement des occasions pour poursuivre le dialogue dans l'avenir. Cela se révélera très important au fur et à mesure que des changements dans les procédures seront apportés, notamment en ce qui a trait au BCG.

Le présent rapport fait état des recommandations soumises en 2001. Il expose avec commentaires comment celles-ci ont été abordées et mises à jour en 2004.

Quelques commentaires additionnels y apparaissent pour étude et révision futures relativement au vaccin BCG.

### **Points forts :**

- Le premier fait observé est que les TNO ont répondu avec vigueur et conviction aux recommandations du rapport de 2001;
- L'équipe centrale réduite gérant le programme territorial est dévouée et expérimentée. Ses membres ont rédigé un manuel révisé et ont répondu à chaque recommandation du premier rapport;
- L'équipe centrale surveille chaque cas et en connaît de façon approfondie l'issue. Ainsi, une fois le diagnostic posé, le résultat est presque toujours positif;
- Les activités relatives aux traitements des cas ainsi que le suivi des contacts servent d'outils pédagogiques pour le personnel infirmier de chaque région;

- Le personnel médical de Stanton se consacre totalement au programme de lutte antituberculeuse amélioré et tient des séances hebdomadaires de discussion avec l'équipe centrale ou le personnel des services de santé relativement aux cas difficiles ou à des problèmes de conformité. Le niveau d'engagement du personnel de la région d'Inuvik était moins évident;
- Comme mesure d'amélioration de la communication, la possibilité d'affecter un médecin ou une infirmière gestionnaire a été discutée.

### Défis :

- Il serait utile de mesurer le risque annuel d'infection (RAI) afin que l'on puisse calculer **le taux estimatif de cas**. (Pour chaque 1 % de RAI, on s'attend à 50 frottis positifs sur 100 000, selon Styblo K.) Mesurer pour cela la réactivité de la tuberculine chez une cohorte d'enfants au fil du temps serait requis. (Voir (2) Arnadottir T.);
- Un problème restant à résoudre est la nécessité d'accroître le dépistage de cas, particulièrement lorsque le taux estimé est plus élevé que celui reporté;
- Actuellement, le dépistage de cas est basé sur la recherche des contacts et la surveillance de cas passés connus et des sujets positifs. Le rendement des programmes de dépistage par nombre de cas et par nombre de contacts découverts est important afin de déterminer l'efficacité de chacun. Les programmes à rendement élevé devraient être accrus et ceux à rendement faible abandonnés;
- En cas d'infection, les programmes de prévention dictent que des mesures de prophylaxie soient offertes. Le test ne devrait pas être effectué si telle n'est pas l'intention!

### Enseignement et formation :

- Inciter les médecins et les infirmières à garder à l'esprit la possibilité d'être en présence d'un cas de tuberculose est un véritable défi, car ils acquièrent leur formation là où la maladie est peu présente;
- Il y a peu de temps dans un horaire déjà chargé pour la formation sur place en cours d'emploi et le taux de roulement est élevé. Par conséquent, il faudra faire preuve d'ingéniosité pour régler le problème de la formation du personnel avant l'embauche, une fois en service et au niveau du programme de supervision. Diverses possibilités sont suggérées;
- Les taux de tuberculose déclinant, tous les travailleurs de la santé sont moins au fait de cette maladie. La clé du diagnostic est de toujours garder à l'esprit qu'un patient faisant partie des personnes à risque pourrait en être atteint. Une bonne connaissance de l'épidémiologie de la tuberculose et du fardeau que la maladie fait peser dans le Nord est requise pour déceler qui est à risque. Puis, les antécédents d'exposition, d'infections, les tests cutanés à la tuberculine positifs détermineront les mesures d'investigation adéquates. Dépister une tuberculose active exige que les infirmières et les médecins de la communauté médicale soient vigilants et demandent une culture du germe de la tuberculose pour toutes les personnes ayant des symptômes de toux depuis plus de 3 semaines ou pour toutes celles présentant d'autres symptômes d'infection inexpliqués.

Dans la phase d'élimination de l'épidémie de tuberculose, ce dernier cas serait le plus difficile à dépister.

## **Recommandations**

Les recommandations suivantes sont soumises à la lumière des progrès accomplis jusqu'à présent et de la probabilité que les TNO entreront bientôt dans une ère d'élimination de la tuberculose. Elles abordent deux domaines où des besoins se font sentir : l'éducation et la dotation en personnel. Elles reconnaissent la nécessité d'utiliser les ressources de façon efficiente tout en soutenant et améliorant la capacité d'appoint pour lutter contre la tuberculose. Elles font des suggestions en ce qui a trait au dépistage de cas et au traitement des infections latentes appropriées à la phase d'élimination.

### **A. L'équipe centrale**

Il est recommandé :

1. que l'excellent travail de dépistage de tous les cas à traiter accompli par l'équipe centrale continue à être soutenu.
2. qu'un éducateur 0,5 soit ajouté à l'équipe et mette en place des possibilités de formation innovatrices dans le cadre du programme existant, étende les séances, révise les manuels.
3. que des recherches opérationnelles soient effectuées pour examiner les résultats des programmes.
4. qu'un comité consultatif formé d'infirmières de la santé publique (ISP) et de spécialistes cliniques de la tuberculose soit créé pour conseiller sur les programmes, prendre connaissance des rapports et donner des avis sur des cas spécifiques et les activités reliées au suivi des contacts.
5. que la question de la capacité d'appoint soit réexaminée avec les autres régions afin de permettre le partage des ressources.

### **B. Éducation**

Les partenariats entre les praticiens de la santé publique et ceux du privé amélioreront grandement la lutte contre la tuberculose.

1. Des séances de discussion de cas de tuberculose menées par des intervenants de la santé publique et des cliniciens devraient être utilisées pour maintenir la sensibilisation, avertir les nouveaux membres du personnel de l'accroissement des cas de tuberculose et leur indiquer l'emplacement des documents de référence et créer des partenariats entre la santé publique et la médecine clinique.
2. Les séances hebdomadaires réunissant l'équipe centrale et des médecins à l'hôpital Stanton de Yellowknife doivent continuer à servir de modèle de collaboration exemplaire entre la santé publique et les soins médicaux.
3. Ce modèle devrait être étendu afin que :
  - a. d'autres médecins de l'hôpital se joignent aux séances au moins une fois par trimestre.

- b. les sessions soient relayées par vidéoconférence aux centres régionaux à tout le moins avec Inuvik réunissant le médecin assigné à la lutte contre la tuberculose et l'infirmière de la santé publique une fois par semaine et tout le personnel une fois par trimestre.
  - c. songer à étendre les séances trimestrielles afin d'y inclure le Nunavut et Edmonton.
4. Que le manuel, bien que complet, soit révisé par un groupe de conseillers et un rédacteur contractuel afin de le rendre plus facile d'utilisation. (Les modules mis à la disposition par CDC É.-U. sur CD-ROM ou dans le site : [www.findtbresources.org](http://www.findtbresources.org) se divisent en pathogénie, présentation clinique et programmes. Un manuel qui serait abrégé et qui traiterait de questions pratiques telles que la façon d'aborder et de diagnostiquer un cas, comment mener un suivi des contacts (voir Manitoba). Le manuel serait grandement amélioré si on y incluait des exemples de cas classiques de tuberculose, de cas inhabituels, de cas de tuberculose primaire, ainsi que des exemples de suivi des contacts.
5. Développer des programmes de formation et des plans internes en utilisant des technologies d'apprentissage à distance innovatrices. Qu'un comité d'infirmières de la santé publique soit formé et se réunisse au moins une fois par trimestre par conférence téléphonique ou vidéoconférence afin de partager des données de leur région ou des cas intéressants ainsi que les résultats du suivi des contacts. Cela favorisera la collégialité, créera des occasions d'apprentissage pour le personnel nouveau et améliorera le programme.

### C. Ressources humaines

1. Les ressources humaines sont la clé de la réussite du programme. À une certaine époque, les infirmières des centres de santé du Nord étaient fières de faire partie d'un groupe de personnes compétentes et expérimentées. Elles recevaient des indemnités de déplacement et de service septentrional qui devraient leur être versées à nouveau. Elles constituent la meilleure assurance contre de futures épidémies de tuberculose.
2. Mettre en garde la Division des ressources humaines du gouvernement contre la crise de personnel que vit le Nord.
3. Que l'embauche du personnel des 3 Services de santé publique régionaux soit parachevée sans délai.
4. Que l'on considère rétablir les primes d'encouragement destinées aux infirmières comme dans le passé afin de faciliter le recrutement et que des primes pour les séjours prolongés soient offertes.
5. Que la restriction de 3 mois pour avoir droit à la pension gratuite soit supprimée afin d'encourager les séjours prolongés.
6. Profiter du temps consacré par l'équipe centrale à la supervision pour prodiguer de l'enseignement d'appoint en cours d'emploi.
7. Que soit considérée la possibilité d'accorder des crédits pour l'apprentissage à distance et les séances de supervision en vue de la création d'un « Diplôme du Nord ». Ces crédits pourraient très bien être accordés à la fois aux médecins et aux

infirmières par l'intermédiaire de la Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta qui cherche depuis récemment à souligner l'importance des régions nordiques, rurales et des nations autochtones.

#### **D. Dépistage de cas**

1. Déterminer le taux de risque d'infection annuel afin d'établir le nombre probable de cas.
2. Bien que la recherche des cas soit globalement recommandée comme exercice passif, il n'en demeure pas moins que les personnes présentant des symptômes sont les plus contagieuses et se révéleront positives en autant qu'une recherche soit effectuée.
3. Durant la phase d'élimination, on doit explorer si de nouveaux efforts pour la recherche des cas doivent être mis de l'avant plus tôt.
4. Qu'un objectif de tolérance zéro soit établi en ce qui a trait à la tuberculose infantile. Cela signifie que la transmission doit être interrompue avant qu'un adulte infecté ne contamine l'enfant. Par conséquent, le dépistage précoce des tousseurs est impératif.
5. Qu'un registre des tousseurs soit établi comme méthode sous essai de dépistage des cas et que son rendement soit suivi de près afin de l'adopter plus largement si cette méthode se révèle utile. Les centres de santé pourront ainsi s'assurer que les expectorations des tousseurs soient envoyées au laboratoire pour une culture.

#### **E. Gestion des cas**

1. Bien que dans l'ensemble les résultats du traitement des cas se révèlent bons, considérant la structure de gestion des cas que partage le médecin et l'infirmière de la santé publique et dans les communautés éloignées, un soutien aux traitements devrait être envisagé.

#### **F. Suivi des contacts**

1. Bien qu'il soit clairement défini que le suivi des contacts est la seconde priorité après la recherche des cas, les résultats du suivi des contacts sont fragmentaires et incertains sauf pour les enfants des ménages qui ont été exposés et qui nécessitent l'attention la plus urgente.
2. L'opportunité de prodiguer des mesures de prophylaxie aux personnes s'étant révélées positives antérieurement y compris aux adultes dans ce cadre semble avoir été manquée. Il s'agit pourtant d'un élément essentiel pour l'élimination de la tuberculose.
3. Le moment consacré à la recherche de cas permet de faire de l'éducation, de rallier la communauté et de prodiguer les mesures prophylactiques à un plus grand nombre. Il permet également de dispenser l'enseignement à tout le personnel afin que tous comprennent la raison d'être des suivis des contacts et de la prophylaxie.
4. Il est recommandé que tous les contacts soient répertoriés dans un délai d'une semaine, subissent un test dans un délai de deux semaines et reçoivent la prophylaxie dans un délai de trois semaines. Cela exigera la collaboration du personnel infirmier et du médecin qui examine les radiographies et recommande la prophylaxie.

5. Qu'à la fin des traitements, chaque rapport de cas mentionne les résultats des activités de suivi.

#### **G. Recherche opérationnelle de méthodes de dépistage des cas**

Considérer améliorer l'excellent programme actuel en y rajoutant des activités de recherche opérationnelle afin de déterminer le rendement des éléments suivants :

1. Analyse des résultats d'examen de laboratoire par région pour déterminer l'activité
2. Conclusion de la révision du rapport sur la radiologie
3. Possibilité d'instituer un rapport de pathologie -- à reconsidérer pour les granulomes
4. Essai pilote du registre des tousseurs

#### **H. Changements structurels**

Le document suggère deux changements structurels :

1. qu'un comité consultatif pour les maladies transmissibles formé d'un interniste, d'un pédiatre, d'un médecin de famille d'Inuvik, d'une infirmière de la santé publique, d'un technicien de laboratoire et d'un membre de la communauté soit mis sur pied. Ce groupe se réunira trimestriellement pour prendre connaissance des rapports et donner des avis relatifs à l'amélioration de la lutte contre la tuberculose. Les rencontres pourraient avoir lieu par conférence téléphonique.
2. qu'un groupe de travail formé d'une infirmière de la santé publique, d'un médecin et d'un représentant de la communauté soit mis sur pied dans chaque région afin de prendre connaissance des rapports et discuter des problèmes. Ce groupe se réunira une fois par année afin de partager les préoccupations et les progrès avec les représentants des autres régions.

#### **I. Abandon du BCG**

1. À mon avis, bien que le temps ne soit pas encore venu, il sera bientôt pertinent d'abandonner le BCG. Toutefois, pour s'y préparer, la mise sur pied d'un programme d'éducation ralliant la communauté serait appropriée pour contrer d'éventuels cas de méningite tuberculeuse ou de tuberculose miliaire pouvant survenir après l'abandon du BCG.

#### **J. Communications des rapports au ministère et aux autorités**

1. Que les rapports annuels incluent les résultats et les coûts des programmes.
2. Qu'une demande de commentaires accompagne chaque rapport.
3. Qu'il soit possible de comparer les activités et les résultats de chaque région.
4. Qu'une discussion portant sur les rapports régionaux ait lieu lors de la rencontre annuelle des représentants régionaux.



## **II. Cadre de référence de la revue effectuée en septembre 2004 du programme de lutte contre la tuberculose des TNO**

La présente revue fait état des progrès accomplis depuis la dernière révision et identifie les faiblesses du programme de lutte contre la tuberculose et/ou du système de distribution des soins médicaux afin de traiter adéquatement les questions relatives à ce programme de santé publique important.

Examen du programme de lutte contre la tuberculose aux niveaux territorial, régional et local afin d'évaluer l'état dans lequel il se trouve et faire des recommandations quant aux changements et/ou changements de direction nécessaires à chaque niveau.

Éléments à examiner :

- Dépistage des cas : évaluer le niveau de progression de la maladie au moment du diagnostic et déterminer si le dépistage aurait pu se faire plus tôt;
- Recherche des contacts : évaluer chaque cas afin de déterminer si les recherches sont complètes et intégrales et si elles sont conformes au calendrier établi;
- Surveillance : vérifier l'efficacité du système de surveillance actuel, si des occasions de dépistage sont manquées et si notre attention se porte sur les groupes cibles pertinents;
- Rapports et imputabilité : passer en revue les rapports trimestriels et annuels;
- Sensibilisation et éducation à l'égard de la tuberculose : passer en revue la documentation produite durant les trois dernières années et faire l'évaluation des visites aux communautés/séances d'éducation et autres séances de sensibilisation organisées;
- Réviser les séances d'orientation et d'éducation permanente destinées aux professionnels de la santé disponibles présentement;
- Passer en revue le nouveau manuel sur la tuberculose des TNO.

La version préliminaire du rapport doit être prête pour le 15 décembre 2004, le rapport final le 31 mars 2005.

### **III. Contexte**

En 2001, le gouvernement des TNO a demandé une révision de son programme de lutte contre la tuberculose à la suite d'un décès inattendu dû à un cas de tuberculose qui n'avait pas été diagnostiqué à temps. Cette révision a mené à diverses recommandations visant un contrôle accru de la maladie (1). Le présent rapport entrepris en septembre 2004 avait pour but d'évaluer les répercussions des changements apportés à la suite de la révision de 2001 et de soumettre des recommandations supplémentaires.

L'auteur du rapport a séjourné pendant cinq jours aux TNO et a passé en revue les activités de l'équipe centrale au Service de lutte contre les maladies transmissibles (Annexe I). Des visites furent effectuées à Yellowknife (au Bureau du médecin-hygiéniste en chef, à l'hôpital territorial Stanton, au Service de santé publique), à Inuvik (à l'hôpital et au Service de santé publique) ainsi qu'au Centre de santé de Fort McPherson. Dans les hôpitaux, des rencontres eurent lieu avec le personnel médical, infirmier et celui des laboratoires et de la pharmacie. Dans les centres de santé, des réunions eurent lieu avec le personnel infirmier. Le personnel des laboratoires fut visité également dans les laboratoires des deux régions.

Environ 20 membres de la communauté participèrent à une rencontre communautaire à Fort MacPherson. Après une brève présentation, un dialogue animé entre l'animateur, l'auditoire et certains membres du personnel du centre de santé s'est poursuivi pendant approximativement une heure. Plusieurs aînés ont partagé leurs souvenirs et leur expérience personnelle de la tuberculose. En racontant comment ils perdirent amis et parents, ils ont mis en lumière les répercussions importantes qu'a eu cette maladie dans le passé et mis en évidence la nécessité de reconnaître cette réalité et de créer régulièrement des occasions pour poursuivre le dialogue dans l'avenir. Cela se révélera très important au fur et à mesure que des changements dans les procédures seront apportés, notamment en ce qui a trait au BCG.

L'auteur souhaite replacer ici le présent rapport dans le contexte du changement de statut juridique qu'a connu les TNO, de sa gouvernance et des questions relatives à la tuberculose dans les autres régions du Nord et dans le reste du Canada.

### **IV. Gouvernance des TNO**

En 1999, les Territoires du Nord-Ouest furent divisés en deux unités : les TNO et le Nunavut. Depuis, le système de distribution des soins de santé s'est développé en huit administrations des services de santé et des services sociaux comme suit : Inuvik (Aklavik, McPherson, Tuktoyaktuk, Holman, Sachs Harbor et Tsiigehtchic), Sahtu (Norman Wells, Colville Lake, Tulitta, Fort Good Hope et Deline), Yellowknife (qui administre également les centres de santé à Lutsel' Ke et Fort Resolution), Deh Cho (Fort Simpson, Fort Providence, Fort Liard, Wrigley, Nahanni Butte, Kakisa), Dogrib (Rae Edzo, Wekweti, Gameti et Wha Ti), Hay River, Fort Smith et l'administration de santé territoriale Stanton.

Les TNO sont gouvernés par une Assemblée législative élue formée de représentants de chaque région et a son siège à Yellowknife.

### Notions de géographie : « Le Nord » comprend les TNO, le Nunavut et le Yukon



### Les Territoires du Nord-Ouest



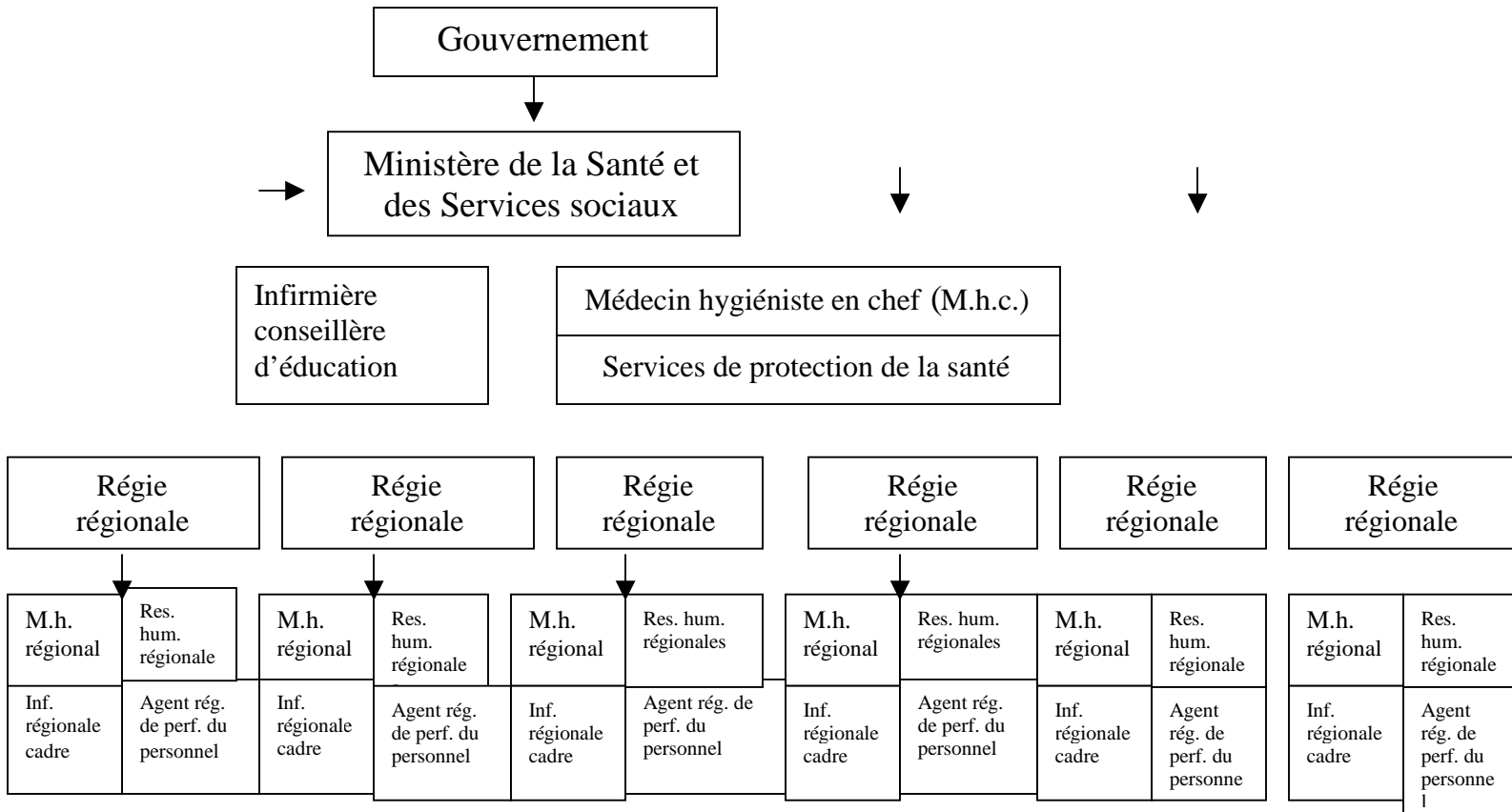
L'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest est composée de [19 députés](#) et fonctionne à peu près de la même façon que les assemblées législatives des provinces à l'exception qu'il n'y a pas de partis politiques. Selon un [système de consensus](#), les députés de l'Assemblée élisent six ministres et un premier ministre qui forment le conseil exécutif appelé également le [cabinet](#). Un commissaire y assume également une fonction semblable à celle du lieutenant-gouverneur dans les provinces.

Les TNO sont situés dans la circonscription électorale de l'Arctique de l'Ouest et sont représentés par un député et un sénateur.

**Commissaire :** [Anthony Wilfred James Whitford](#)  
**Premier ministre :** [Hon. Joe Handley](#)  
**Député :** [Dennis Bevington](#) (NPD)  
**Sénateur :** [Nick Sibbeston](#) (Libéral)  
**Capitale :** [Yellowknife](#)

L'honorable J. Michael Miltenberger est le ministre de la Santé actuel.

### C. Organigramme du programme au sein du gouvernement

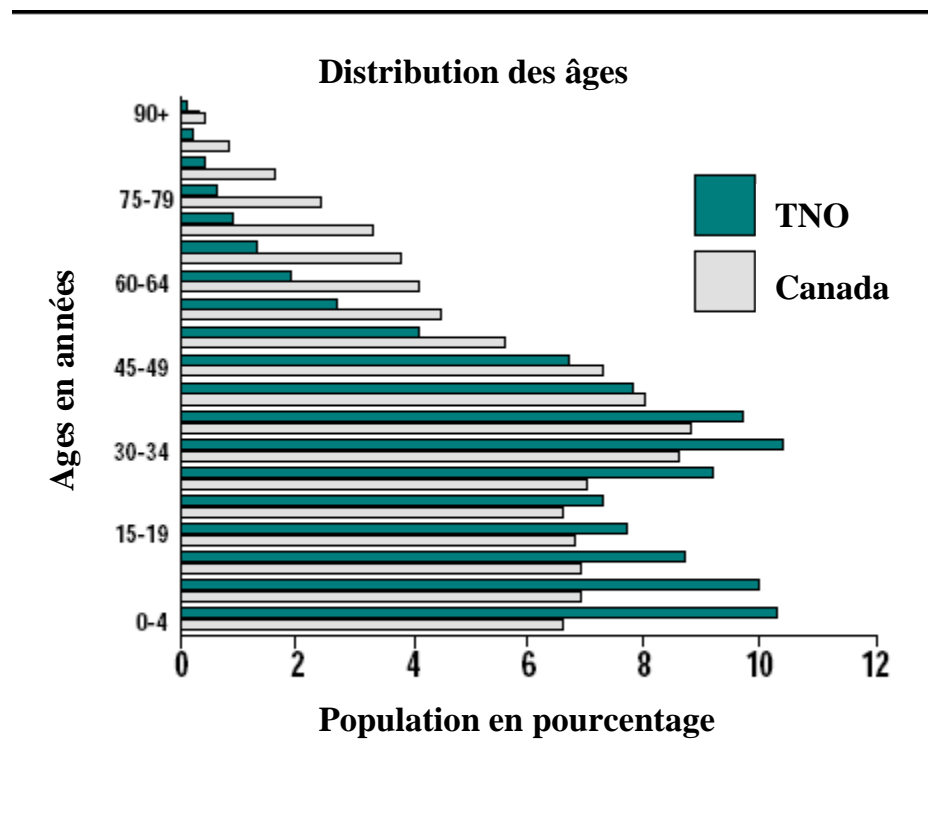


## V. La tuberculose aux Territoires du Nord-Ouest et dans le reste du Canada

L'engagement du gouvernement à lutter contre la tuberculose est mis en évidence par :

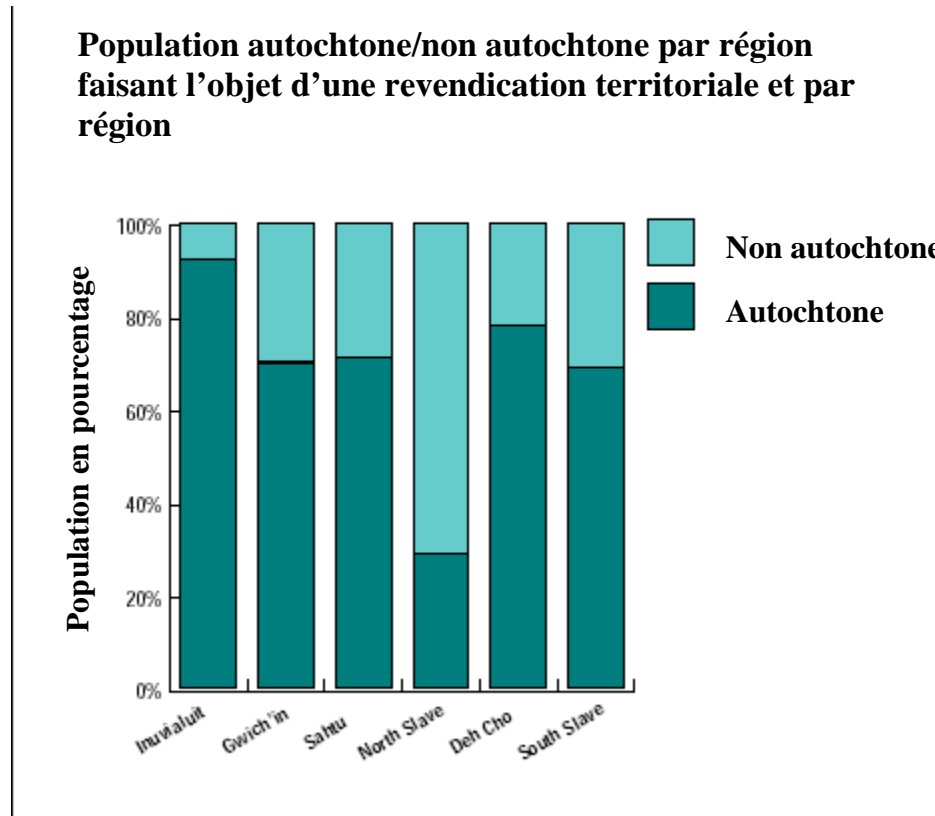
1. Une politique établie — et dont le manuel dans sa version remaniée de 2003 a été endossé.
2. Le manuel sur la tuberculose des TNO exposant les problèmes et leur gestion.
3. La réaction face au décès tragique dû à un cas de tuberculose non diagnostiqué pendant plusieurs mois. (- en fait, une grande leçon doit être tirée de ce cas, car il démontre que le dépistage des patients présentant des symptômes afin qu'ils puissent être traités et la transmission stoppée est le premier et plus important aspect de la lutte antituberculeuse).
4. Le programme énergique de suivi des contacts qui est lui-même suivi de traitements de prophylaxie sous surveillance directe (TPSD).
5. La surveillance dans les groupes à risque élevé afin d'exercer un dépistage précoce suivi de traitements de prophylaxie – ces activités devraient être évaluées régulièrement afin de s'assurer qu'elles identifient vraiment les personnes à risque le plus élevé et qu'elles fonctionnent réellement! (VIH, autre immunosuppression induite par stéroïdes, médicament Remicade et échec de transplantation d'organe).

La **population** des territoires s'élève à 41 000 habitants parmi lesquels 50 % sont des Autochtones. La population se répartit comme suit : 50 % à Yellowknife et 50 % dans des communautés dispersées, les plus importantes étant Inuvik, Hay River et Fort Smith.



La courbe de répartition par âges montre un gonflement chez le groupe des jeunes adultes pour se rétrécir étroitement chez les aînés.

### Origine ethnique de la population



### État de santé

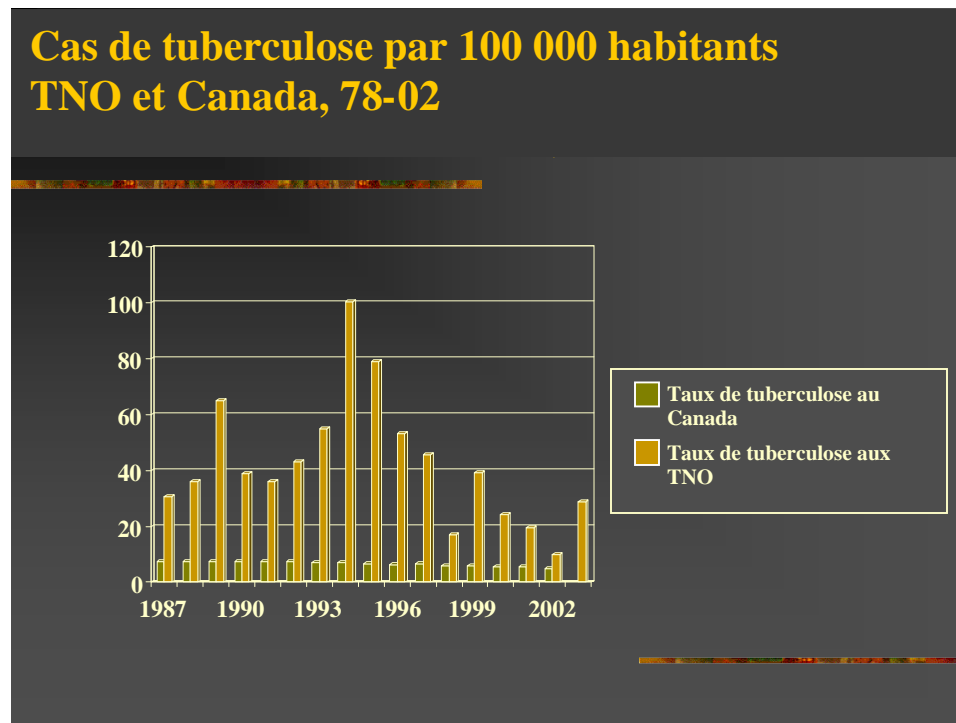
#### Statistiques relatives à la tuberculose

Il est intéressant de noter que le rapport sur la tuberculose au Canada de 2002 ne fait pas une place à part au Yukon, au Nunavut et aux TNO. Puisque chacun est une juridiction séparée et puisque la prévalence de la tuberculose demeure plus élevée dans « Le Nord » que dans le reste du Canada, il semblerait plus logique de les traiter séparément. Avec le consentement de chaque directeur, j'ai présenté les chiffres suivants (aimablement communiqués par Melissa Phypers de Santé Canada) sans les populations, je ne peux toutefois en déterminer les taux. Il est évident que bien que depuis la division en deux unités, les TNO et le Nunavut, les nombres de cas ont décliné aux territoires, ils continuent d'être importants au Nunavut.

| Province/Territoire | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| TNO                 | 65   | 52   | 36   | 31   | 38   | 23   | 10   | 8    | 4    |      |

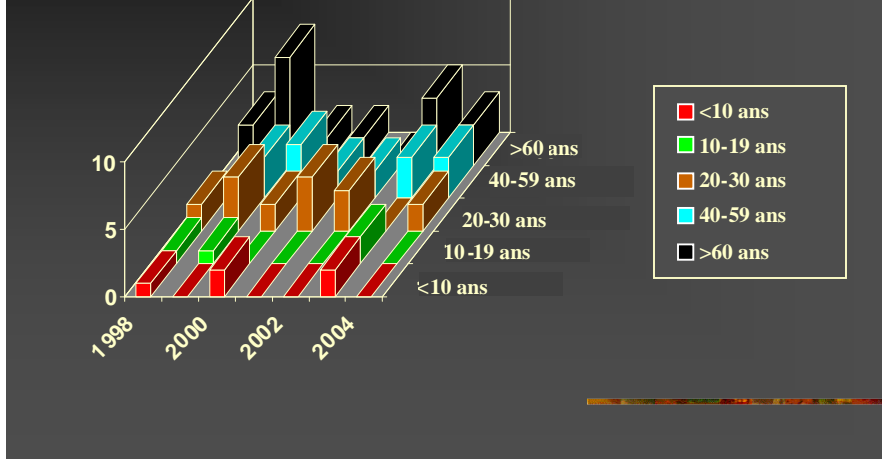
|                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Nunavut après 1999 | -    | -    | -    | -    | -    | 15   | 48   | 40   | 27   |  |
| Yukon              | 10   | 2    | 6    | 2    | 2    | 1    | 3    | ?    | ?    |  |
| Canada en entier   | 2074 | 1931 | 1868 | 1976 | 1791 | 1806 | 1695 | 1702 | 1634 |  |

Taux de tuberculose sur 100 000 aux TNO en comparaison avec le reste du Canada 1978-2002



Depuis 1994, les taux ont chuté de façon constante et sont demeurés sous les 40/100 000. Mais, lorsqu'en 1999 les TNO devinrent une entité distincte du Nunavut, ils perdirent également la population au taux le plus élevé. Ce groupe doit recevoir une attention urgente, car il présente les plus hauts taux au Canada et à cause de l'apparition récente de la tuberculose à résistance pléiotrope. Il semble raisonnable de penser qu'un partage des compétences serait tout à fait possible, car les TNO et le Nunavut sont géographiquement en rapport très étroit et affrontent les mêmes défis d'éloignement. Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, les forces manifestes des TNO pourraient être mises à contribution pour aider le Nunavut, notamment par le partage des séances de discussion et des autres programmes d'éducation et de formation.

## Répartition des cas par âges



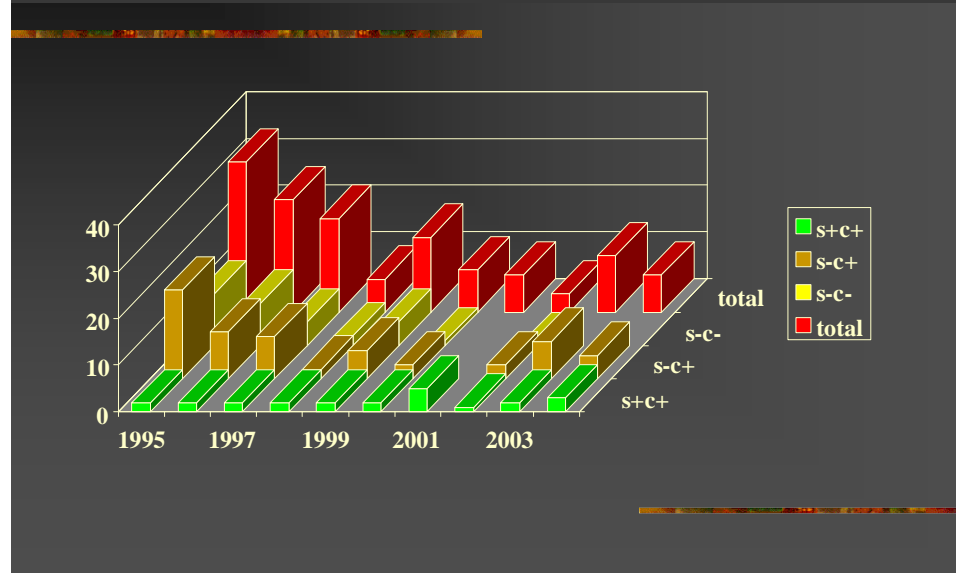
### Nombre de cas par groupe d'âges

Les aînés atteints de plus >60 ans sont très probablement les plus infectieux et les cas déclarés parmi les plus jeunes résultent d'une transmission récente. Dépister les cas chez les plus jeunes exige que l'on poursuive l'investigation plus loin afin d'identifier le foyer d'infection. Les É.-U. se sont fixés un objectif de tolérance zéro en ce qui a trait à la tuberculose infantile. C'est là un but noble qui aborde le point central de la lutte contre la maladie : trouver le foyer d'infection.



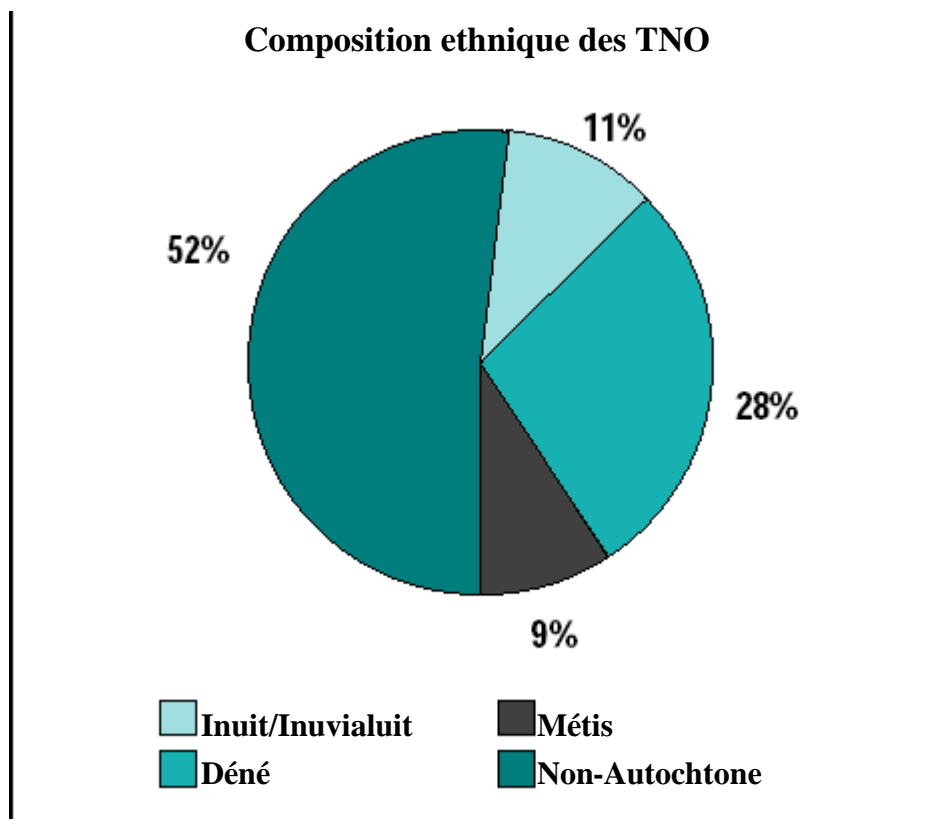
## Cas par résultat des frottis

### Cas par résultat des frottis La tuberculose aux TNO 1995-03

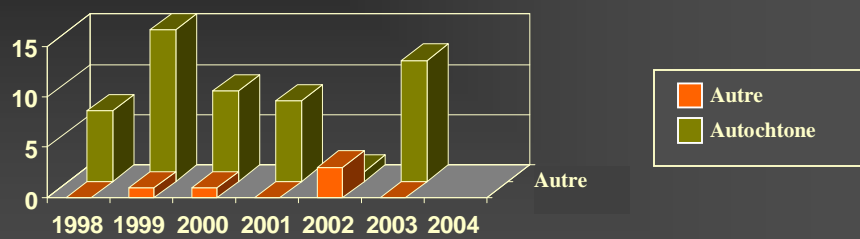


Les moyens employés pour confirmer les cas sont illustrés dans le graphique ci-haut. Il montre que presque tous les cas sont confirmés par culture et que seul un petit nombre (24/65 depuis 1998) sont infectieux, l'indicateur d'infectiosité utilisé étant le frottis positif. Le taux est toujours d'environ 9/100 000 par année. Pour envisager l'arrêt de l'administration du BCG, en ce qui a trait à la tuberculose pulmonaire, le taux recommandé de frottis positif est de 5/100 000.

Telle que rapportée dans le recensement de 1996, l'**origine ethnique** des habitants des TNO était composée de 50 % de non Autochtones et parmi les Autochtones, il y avait 11 % d'Inuits, 9 % de Métis et 28 % de Dénés.



## Origine ethnique des cas 1998-2003



Dans plus de 90 % des cas de tuberculose, l'origine ethnique est autochtone (52/57), ce qui donne à ce groupe un taux de cas de 24/100 000 (moyenne mobile sur 5 ans, 1999-2003) tandis que le groupe non autochtone affiche un taux de cas de seulement 1.1.

**TAUX DE TUBERCULOSE AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST (par 100 000 )**

| Région  | Cas de TB | Taux | #    | taux | #    | taux | #    | taux | #    | taux | # | taux | # | taux | # | taux | #  | taux |   |     |
|---|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|------|---|------|---|------|----|------|---|-----|
| Population  | 1995      | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |   |      |   |      |   |      |    |      |   |     |
| Services de santé et des services sociaux de Deh Cho 3169   | 3         | 90   | 1    | 30   | 1    | 30   | 1    | 30   | 1    | 30   | 0 | 0    | 1 | 29   | 0 | 0    | 3  | 87   | 0 | 0   |
| Conseil des services communautaires de la région des Dogrib 2 471   | 5         | 200  | 4    | 160  | 4    | 160  | 3    | 120  | 8    | 320  | 2 | 80   | 3 | 111  | 0 | 0    | 2  | 71   | 3 | 107 |
| Conseil des services de santé communautaire de Hay River 3 661  | 4         | 109  | 2    | 54   | 2    | 54   | 0    | 0    | 1    | 30   | 0 | 0    | 0 | 0    |   |      |    |      |   | 0   |
| Services de santé et services sociaux de Lutsel K'e 304   | 14        | 4900 | 8    | 2600 | 3    | 900  | 2    | 650  | 3    | 900  | 1 | 329  | 0 | 0    | 1 | 40   | 0  | 0    | 2 | 80  |
| <b>Veillez noter qu'après 2001, j'ai indiqué les taux du Sahtu en les combinant avec ceux de Lutsel 'Ke et Deninu</b> |           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |      |   |      |   |      |    |      |   |     |
| Services de santé et services sociaux de Deninu K'ue 536  | 0         | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 180  | 0 | 0    |   |      |   |      |    |      |   |     |
| Services de santé et services sociaux de Yellowknife 17 275   | 3         | 17   | 4    | 23   | 10   | 52   | 1    | 52   | 0    | 0    | 4 | 23   | 2 | 11   | 3 | 15   | 5  | 25   | 3 | 15  |
| Services de santé et services sociaux de Fort Smith 2 441   | 0         | 0    | 3    | 110  | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 40   | 0 | 0    | 1 | 43   | 0 | 0    | 1  | 4    | 0 | 0   |
| Administration régionale des services de santé et des services sociaux d'Inuvik 9 439                                 | 3         | 31   | 2    |      | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    |      | 2 | 21   | 1 | 14   | 0 | 0    | 1  | 14   | 0 | 0   |
| total 41 270  | 32        | 78   | 24   | 58   | 20   | 49   | 7    | 17   | 16   | 39   | 9 | 24   | 8 | 19   | 4 | 10   | 12 | 29   | 8 | 19  |

Le présent tableau des cas et des taux par communauté fait ressortir clairement que ces taux sont 4 ou 5 fois plus élevés que ceux de la moyenne canadienne. Leur variation d'une année à l'autre s'explique parce qu'il s'agit de petits nombres. L'examen de leur moyenne mobile est fait sur 3 ou 5 ans avec de bons résultats et révèle des taux d'environ 24 cas sur 100 000 pour les autochtones et de 5,5 pour les non Autochtones.

Les cas sont traités quasi exclusivement en consultation dans le Nord par des internistes de Yellowknife et seulement à l'occasion certains sont dirigés vers le Sud. Cela a eu l'effet

bénéfique de créer chez les pédiatres et internistes du Nord un ensemble de compétences. De même, le laboratoire offre de bons services et n'envoie des prélèvements à Edmonton que pour des cultures de seconde intention seulement.

## **VI. Revue des recommandations de 2001, progrès et défis des recommandations de 2004**

Les recommandations soumises en 2001 apparaissent ci-bas en italique. Les réponses données par le gouvernement en 2002 suivent. Viennent ensuite, **les commentaires et les recommandations émises en 2004**. J'ai résumé les recommandations de 2004 dans le Sommaire sous différents titres et sous-titres tout en soulignant les améliorations déjà apportées ainsi que le besoin de maintenir et d'améliorer les progrès dans les domaines de l'éducation et de la dotation en personnel.

### **A. Dépistage des cas**

*Tout patient présentant des symptômes de toux depuis plus de trois semaines ou que le médecin de premier recours, l'infirmière de la santé publique ou le radiologiste interprétant les radiographies soupçonne d'avoir la tuberculose doit subir un prélèvement de ses expectorations pour une culture du germe de la tuberculose pouvant comporter si nécessaire une induction. Les échantillons seront envoyés d'urgence au laboratoire pour analyse dans un délai de 48 heures. Un rendez-vous pour consultation doit être pris chez un interniste ou un pédiatre spécialisé ayant une formation pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.*

Réponse 2001

1. Un avis signalant tous les cas que l'on soupçonne être atteints de tuberculose évolutive sera envoyé au bureau du médecin-hygiéniste en chef.
2. Les méthodes d'investigation des patients soupçonnés d'être atteints de tuberculose sont déjà standardisées dans le manuel qui demande que tous les patients dont le diagnostic de tuberculose a été établi soient vus par un interniste ou un pédiatre.
3. En tant que mécanisme de contrôle de la qualité, le conseiller en maladies transmissibles du Service de protection de la santé passera en revue tous les rapports de radiologie et s'ils indiquent un cas de tuberculose, en avisera le professionnel de la santé et demandera une investigation. Lorsqu'un cas de tuberculose est soupçonné, la décision de diriger le patient est prise après que le professionnel de la santé et le conseiller en maladies transmissibles se sont consultés. Le Service de protection de la santé reçoit toutes les radiographies depuis novembre 2000.
4. Des guides de pratique clinique destinés aux infirmières de santé publique et aux infirmières praticiennes sont en cours de développement. La section traitant des symptômes respiratoires sera adaptée pour inclure la recommandation no 1. En outre, une version mise à jour du Manuel sur la tuberculose est prévue pour le début 2002. Cette nouvelle édition sera plus facile d'utilisation et mettra l'accent sur les questions de gestion clinique.

## **Commentaires et recommandations 2004**

1. L'équipe du bureau du médecin-hygiéniste en chef (CMOH) formée des 3 membres suivants : André Corriveau, Cheryl Case, Wanda White avec l'aide d'Iлона Bachmanek au secrétariat est solide, expérimentée et efficace et on devrait continuer à la soutenir et la renforcer par des ressources éducatives améliorées et en la dotant des trois infirmières de santé publique régionales promises.
2. Tous les cas devraient continuer à être vus par un interniste ou un pédiatre.
3. L'analyse des radiographies pulmonaires se fait mais il y a une impasse au niveau de l'infirmière de santé publique, car elle n'est pas habilitée à enquêter et a besoin de la collaboration du médecin communautaire. C'est là un problème courant qui est abordé de différentes façons selon les communautés : sont recommandées des réunions à intervalles réguliers avec les médecins et les infirmières de Santé publique où à la fois les questions d'ordre clinique et de santé publique sont abordées. Une meilleure solution proposée serait d'envisager qu'un médecin contractuel revoie chaque cas potentiel et communique avec le médecin traitant et l'infirmière de santé publique pour demander que les radiographies anormales soient examinées et qu'un prélèvement d'expectorations soit inclus pour une culture du germe de la tuberculose. Toutes les radiographies anormales ne sont pas dûes à un cas de tuberculose. Des séances de discussion régulières facilitant la communication sont recommandées.
4. Bien qu'un manuel existe, il ne constitue pas un ouvrage de référence facile en ce qui a trait au programme et il ne s'agit pas non plus d'un bon manuel clinique. Plutôt que d'en effectuer la réécriture, un comité pourrait examiner les exemples proposés (voir dans le Manuel les références 1-10, ne retenir que les meilleurs passages et ne rédiger que ce qui s'applique spécifiquement aux TNO).
5. Quelques points supplémentaires concernant le dépistage des cas
  - a. Le dépistage des cas est un défi aussi bien à l'échelle mondiale qu'aux TNO. Il est recommandé que ce soit un exercice passif afin que le système aux ressources déjà limitées ne soit pas engorgé. Mais cela sous-entend que les patients présentant des symptômes sont les plus infectieux et qu'ils seront rapportés en autant qu'une investigation ait lieu. Dans les pays les plus touchés, moins de 70 % des cas estimés sont dépistés. En revanche, dans la phase d'élimination, il serait nécessaire d'explorer de nouvelles démarches afin que les cas puissent être dépistés plus tôt.
  - b. Effectuer une recherche opérationnelle afin d'établir des façons d'accroître le nombre de cas dépistés. FIDELIS est un projet de recherche international qui a justement été entrepris pour élaborer de meilleures façons de dépister ces cas. Il serait intéressant de mettre en oeuvre un projet pour tester les thèses émises à propos des endroits où il faut chercher les cas en mettant à l'essai certaines des méthodes de dépistage.
    - i. Par exemple, on pourrait faire l'essai du « registre des tousseurs » utilisé en Équateur dans un centre de santé représentatif et vérifier si tous ceux inscrits dans le registre courant ont subi une culture du bacille de la tuberculose de leurs expectorations.

- ii. Il est difficile de mesurer en continu la directive exigeant que les cas présentant des symptômes de toux depuis plus de 3 semaines subissent un prélèvement de leurs expectorations. Toutefois, mesurer le nombre de prélèvements d'expectorations par trimestre, par région ou centre de santé pourrait se révéler un indicateur pertinent.
  - iii. Catherine Steel, MLS, de la région d'Inuvik a signalé qu'entre septembre 2003 et septembre 2004, 885 prélèvements provenant de 84 patients hospitalisés et 203 non hospitalisés issus des 11 communautés de la région avaient été répertoriés. Si ces résultats étaient fragmentés en nombre de prélèvements par région et par individu soumettant les prélèvements puis répertoriés par trimestre, nous serions en mesure d'évaluer cette activité. Or, à ma connaissance ces tests n'ont pu dépister aucun cas positif. Par conséquent, nous devons nous demander si ce sont les bons patients qui ont été choisis.
- c. L'objectif de tolérance zéro en ce qui a trait à la tuberculose infantile sous-entend que la transmission doit être interrompue avant qu'un adulte infecté ne contamine un enfant. Le dépistage précoce des tousseurs est, par conséquent, impératif.
- 6. La gestion des cas avec de bonnes voies de communications entre l'hôpital et la Santé publique est excellente.
  - a. Lorsque la directive d'aviser les cas soupçonnés d'être infectés et les cas évolutifs est reçue, les efforts pour continuer à corroborer les résultats, placer le patient en isolement et le traiter sont dynamiques tandis que le suivi des contacts est mis en oeuvre sous la direction de l'équipe centrale. La description des résultats du traitement des cas est détaillée et approfondie et va jusqu'à la guérison du patient.
  - b. Tant que le patient est à l'hôpital de Stanton, son cas est discuté lors des séances hebdomadaires. Dans ce cadre, la communication entre les soins cliniques et la santé publique est excellente et devrait être maintenue. Il serait utile en outre d'inclure le radiologiste dans les discussions.
  - c. Le groupe mérite des félicitations pour l'excellente formule de partage de l'information mise au point ainsi que pour l'enseignement qu'il prodigue en ce qui a trait aux questions cliniques et de santé publique. N'y aurait-il pas moyen d'en faire bénéficier de façon courante également l'hôpital d'Inuvik et les centres de santé régionaux?
- 7. Les résultats du suivi des contacts semblent être liés à la situation de la dotation en personnel des régions.

## **B. Maintenir la vigilance**

*En vue d'assurer un diagnostic précoce de la tuberculose et éviter les complications d'un stade avancé de la maladie, le personnel des services de santé et les communautés doivent maintenir une vigilance en ce qui a trait aux populations à risque d'un bout à l'autre des territoires. Cependant, une fois que la tuberculose a atteint un stade avancé, le pronostic pour cette maladie généralement curable est beaucoup plus réservé.*

Réponses 2001

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux accepte la présente recommandation. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef et les conseillers en maladies transmissibles prodiguent déjà de la formation en cours d'emploi et effectuent des visites sur le terrain pour initier les professionnels de la santé au programme de lutte contre la tuberculose et les former;
- Le ministère cherchera à compléter un programme d'études de la tuberculose axé sur les compétences. Les professionnels de la santé devront obligatoirement en obtenir le diplôme pour être habilités à travailler aux TNO, comme c'est le cas avec le présent Programme d'accréditation en immunisation des TNO. Avant que ce changement ne soit mis en application entièrement, le soutien et la rétroaction des groupes professionnels et des conseils seront requis;
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux établira un partenariat avec le Collège Aurora pour veiller à ce que le programme d'études et de formation des infirmières et des représentants en santé communautaire comporte des modules sur la surveillance et la lutte antituberculeuse.

## **Commentaires et recommandations 2004**

### **1. Connaissance de la tuberculose**

- **La sensibilisation à la tuberculose est un problème sérieux dans toutes les régions de l'Amérique du Nord, car au fur et à mesure que les taux déclinent, l'expérience à son égard diminue. C'est là un problème quant vient le temps de dépister les cas et recommander la prophylaxie;**
- **Certaines idées fausses ont été observées, p. ex. un médecin pensait qu'on ne devait pas administrer de l'isoniazide (INH) à un sujet de plus de 35 ans ayant subi un virage tuberculinique. Il n'y a pas d'âge pour être inadmissible à la prophylaxie, lorsque le risque d'être atteint de tuberculose est important. Peu importe son âge, un sujet ayant subi un virage tuberculinique, en est à sa première année après l'infection, période où le risque de réapparition de la tuberculose est le plus élevé;**
- **À cause de son roulement élevé, la formation du personnel de santé est un défi majeur. Plusieurs observations nous ont été faites à propos des raisons qui découragent les infirmières à effectuer de longs séjours. Les mesures incitatives sont insuffisantes.**

### **2. Recrutement**

- **Les ressources humaines sont la clé de la réussite d'un programme. À une certaine époque, les infirmières des centres de santé du Nord étaient fières de faire partie d'un groupe de personnes compétentes et expérimentées. Elles recevaient des indemnités de déplacement et de service septentrional qui devraient leur être**



versées à nouveau. Elles constituent la meilleure assurance contre de futures épidémies de tuberculose. Ce besoin devrait être porté à l'attention des personnes responsables du recrutement et maintien en poste du personnel aux Ressources humaines du gouvernement;

- Les infirmières venant du Sud restent souvent moins de 3 mois en partie parce qu'elles n'ont pas à payer une pension pendant cette période alors qu'elles doivent en payer une pour les séjours plus longs. Cela est perçu comme un élément dissuasif majeur pour les séjours prolongés;
- Le ministère de la Santé a établi un partenariat avec le Collège Aurora pour qu'une formation en lutte contre la tuberculose soit insérée dans ses programmes d'études;
- Les quatre visites annuelles à Rae et une visite par année à Inuvik servent à la formation;
- Un manuel d'orientation destiné au Groupe de médecine de santé publique a été rédigé, mais je ne l'ai pas vu.

### **Recommandations 2004 :**

#### **Au sujet du recrutement et maintien en poste des travailleurs de la santé**

1. Éveiller l'attention de la fonction publique sur les difficultés de recrutement des travailleurs de la santé de longue durée aux TNO.
2. Favoriser les séjours prolongés du personnel infirmier aux TNO.
3. Supprimer la restriction des 3 mois en ce qui a trait à la pension.
4. Offrir des primes de séjour prolongé et de formation aux personnes embauchées.
5. Que les séances d'apprentissage à distance en cours d'emploi soient incorporées au programme d'études et que des crédits pour la participation à ces séances menant à une accréditation soient accordés.
6. Possibilités d'apprentissage innovatrices en mettant à profit les séances, l'encadrement en cours d'emploi et les infirmières ambulantes d'expérience.
  - a. Je ne sais pas si la formation préalable reçue au Collège Aurora ou même l'obtention du diplôme pourra résoudre le problème du niveau de connaissances suffisant.
  - b. Les progrès accomplis en ce qui a trait au partenariat entre la santé publique et les cliniciens grâce à des séances de discussion régulières m'ont impressionné et je suggère qu'on intensifie ces séances en ayant recours ingénieusement à la télésanté et à la vidéoconférence pour la discussion des cas, des pratiques et des questions de santé publique. Cela m'a semblé particulièrement efficace lors de ma visite en septembre 2004 et de la transmission des échanges via vidéoconférence entre Yellowknife et Inuvik :
    - i. que le médecin assigné à la lutte contre la tuberculose à Inuvik et dans les autres centres de santé régionaux se joigne et participe à ces séances régulières ainsi que les infirmières là où il y a présence de cas.
    - ii. tous devraient être présents une fois par trimestre.
    - iii. que le Nunavut qui connaît une augmentation du nombre de cas et qui

- aura besoin de soutien y soit relié.
- iv. que les séances de discussion sur la tuberculose soient retransmises régulièrement vers Edmonton. Ainsi, les médecins à Edmonton profiteront de l'expérience septentrionale et ceux du Nord de l'expertise du Sud.
  - v. il est possible que les participants de la santé publique et les médecins soient tenus de prouver leur présence à ces séances pour avoir droit aux avantages et obtenir des primes supplémentaires pour la présentation de cas.
- c. La norme générale des programmes nationaux de lutte antituberculeuse exige que les activités sur le terrain soient supervisées par le personnel régional, que le personnel régional soit supervisé par l'équipe centrale et que l'équipe centrale fasse régulièrement l'objet d'une supervision par une autorité externe. Cette supervision sert à prodiguer soutien et éducation. En fait, les programmes se révèlent faibles quand la formation n'est pas suivie d'une supervision. Il est demandé avec insistance qu'une telle structure soit instituée aux TNO. De telles visites ont lieu mais elles devraient être structurées formellement en examens de cas, en révisions des programmes de surveillance et en séances d'éducation au moins une fois par trimestre. La survenue d'un cas évolutif et le besoin d'un suivi de cas constituent des occasions pour ces visites de formation.
  - d. Un comité consultatif formé des médecins assignés à la lutte antituberculeuse de Stanton et des infirmières ambulantes expérimentées comme Lou Richard devraient être utilisés pour passer en revue régulièrement les cas, les suivis de contacts, les programmes et effectuer les recherches opérationnelles visant l'amélioration du dépistage des cas.
  - e. La possibilité de relier régulièrement les infirmières de santé publique assignées à la lutte antituberculeuse de chaque région par des conférences téléphoniques dans le but de créer une communauté d'intérêts pour lutter contre la tuberculose. Ces activités permettent également de communiquer les résultats des cas, le suivi de contacts et de la surveillance. Pour le nouveau personnel, ces séances seront éducatives et constitueront un champ de formation dans un cadre marqué par le roulement élevé du personnel. Elles pourraient également créer un esprit de compétition favorisant l'atteinte des buts visés et une plate-forme pour effectuer les recherches opérationnelles.
  - f. Former un comité d'infirmières de santé publique qui se réuniront au moins une fois par trimestre via les conférences téléphoniques afin de présenter leurs expériences des activités de dépistage et de suivi des contacts. Ces réunions favoriseront la collégialité, permettront le partage d'outils de travail et serviront à parfaire l'éducation du nouveau personnel.

### **C. Suivis de contacts urgents**

*Que tous les suivis de contacts liés à la tuberculose pulmonaire infectieuse soient entrepris au plus tard sept jours après le diagnostic du cas originel. Les membres du cercle intime des contacts devront subir un test cutané à la tuberculine (TST) et, si quelqu'un présente un résultat*

*positif ou des symptômes, ou s'il est âgé de moins de 10 ans, cette personne devra subir une radiographie pulmonaire et on procédera à une culture d'expectorations. Tous les réagissants et les enfants de moins de cinq ans exposés seront soumis à un traitement contre l'infection latente dès qu'on sera certain que la maladie n'est pas active en eux. Si le taux de réactivité dans le cercle intime est plus grand que prévu (10 %), il faudra étendre le suivi de contacts au cercle plus large de gens à risque (contacts occasionnels).*

#### Réponses 2001

1. Une équipe centrale (médecin-hygiéniste en chef et conseillers en maladies transmissibles) du programme de contrôle de la tuberculose aura la responsabilité de s'assurer de l'application de ces normes. Elle vérifiera aussi chaque cas de tuberculose et fournira une rétroaction à tous les intervenants quand ces normes ne sont pas rencontrées.
2. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux travaillera à améliorer sa capacité de fournir du soutien additionnel aux niveaux communautaire et régional quand il y a éclosion (capacité d'appoint). Par exemple, au cours de la prochaine année, on offrira une formation sur la surveillance et le contrôle de la tuberculose à la réserve flottante d'infirmières, qui prêtent assistance aux centres de soins de santé en temps de crise.
3. De plus, le bureau du médecin-hygiéniste en chef jettera de la lumière sur l'autorité qu'il détient sur les administrations pour faire respecter les normes et s'assurer que les rapports mensuels de surveillance des cas infectés et de ceux susceptibles de propager l'infection aux personnes contactées sont soumis au Service de protection de la santé selon les normes et les exigences en usage.

#### Commentaires et recommandations 2004

1. **L'équipe centrale vérifie chaque cas en détail, afin qu'ils n'échappent pas au suivi des contacts et de façon à ce qu'on puisse superviser directement toutes les doses.**
  - a. **La vitesse à laquelle on procède au suivi de contacts est variable : elle semble dépendre du personnel.**
  - b. **Le suivi des contacts constitue une occasion de rentrer en contact avec les personnes aux tests positifs pour leur prodiguer une prophylaxie. On pourrait donc se fixer comme objectif de prodiguer une prophylaxie à tous les réagissants liés à un cas.**
  - c. **Exemple : Le suivi de contacts dans un cas diagnostiqué en octobre 2004 à Lutsel 'Ke; la personne avait déjà eu dans le passé un frottis positif et elle a continué d'avoir des résultats positifs. La liste complète des contacts comptait vingt-six noms. Sept personnes ont subi un test cutané — négatif dans tous les cas —, mais quatre, plus jeunes, ont commencé à recevoir un traitement prophylactique primaire (c'est la procédure normale). Sur les huit réagissants antérieurs et huit personnes ayant été traités auparavant (une prophylaxie ??), personne n'a reçu une prophylaxie. Il s'agit pourtant d'une belle occasion pour souligner la nécessité de la prophylaxie et de l'éducation au sein de la communauté. On saisira peut-être cette occasion lors du suivi de contacts à trois mois. La personne infectée a eu beaucoup de contacts, car il s'agissait d'une vieille dame respectée traitée pour un cancer du sein avec métastases.**

2. Ce cas serait bon en tant que référence de production aux fins d'enseignement, tout en s'assurant de protéger l'identité de la patiente (« Une personne de 70 ans avec une toux chronique et une perte de poids est en traitement pour des métastases au moment où on note un infiltrat au lobe supérieur du poumon droit. Elle a eu la tuberculose en 1966 et a été traitée complètement à la Camsel. Comment poussez-vous l'investigation ? »)
3. Voir commentaires sur la formation à la recommandation 2.
  - a. Il faut davantage de personnel pour disposer de programmes de protection de la santé solides; il faut encourager le personnel à demeurer en poste.
  - b. Il existe un rapport complexe entre l'autorité des Territoires en matière de santé et l'autonomie des administrations régionales et je ne le comprends pas; ce rapport semble lié à des revendications territoriales.
  - c. Le projet d'avoir trois postes d'infirmière en protection de la santé dans chaque région à partir d'avril 2005 devrait être garanti par le Ministre. Il est essentiel de reconnaître l'importance de la protection de la santé et d'examiner l'équilibre à maintenir avec les soins actifs. Les deux aspects sont importants et il ne faut pas en favoriser un aux dépens de l'autre.

#### **Recommandation 4**

*On devrait analyser tous les cas qui donnent lieu à un suivi de contacts, afin d'y puiser des leçons, et il faudrait transmettre les informations aux travailleurs de la santé et aux administrations de santé.*

Réponses 2001

1. Le Ministère est d'accord avec cette recommandation.
2. Actuellement, on effectue manuellement l'évaluation de la gestion des cas et du suivi de contacts. On évalue chaque cas avant la fin du traitement afin de s'assurer que celui-ci est adéquat. Les TNO sont une des rares entités gouvernementales au Canada à vraiment fournir cette information au programme national de lutte antituberculeuse. L'évaluation du suivi de contact est également faite à la main après trois et six mois. On signale les cas non traités à l'infirmière de service du centre de soins de santé et au médecin-hygiéniste. Si le problème persiste, on alerte les infirmières-gestionnaires régionales, qui sont invitées à intervenir. La législation en matière de protection de la santé aide à faire respecter cette norme. On peut légalement forcer les patients qui refusent le traitement à s'y soumettre.
3. Le personnel du Service de protection de la santé publie annuellement à EpiNorth des revues de cas de tuberculose et des activités relatives au programme de lutte antituberculeuse. Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef soumettra aussi un rapport annuel à l'Assemblée législative sur le contrôle des maladies transmissibles.

#### **Commentaires et recommandations 2004**

1. Alors que les cas sont résumés très clairement, il est par contre plus difficile d'établir le lien entre les suivis de contacts et les cas et de connaître l'impact de ces cas. Il faudrait superviser le moment où on effectue le suivi de contacts, en visant à établir la liste de tous les contacts dans un délai d'une semaine à partir du moment où le cas a été détecté,

procéder aux tests en dedans d'une autre semaine et appliquer les traitements prophylactiques avant la fin de la troisième semaine. Cela exigera la collaboration du personnel infirmier et du médecin qui interprètent les radiographies et recommandent la prophylaxie. On pourrait impliquer les médecins-conseils dans cet exercice. On devrait utiliser chaque cas à des fins pédagogiques à l'intention de tout le personnel et de la communauté, afin que tous comprennent les raisons du suivi de contacts et de la prophylaxie.

2. Les données sur les cas sont détaillées et complètes.
3. Le rapport à l'Assemblée législative devrait être axé sur les résultats du programme.
  - a. Les cas traités avec succès.
  - b. Les contacts ayant conduit à des traitements de prophylaxie et le moment où les diverses interventions ont été complétées.
  - c. Rendement de chaque activité de surveillance (comme les enquêtes dans les écoles, chez les personnes âgées, en milieu carcéral, au sein du personnel médical) en termes de nombre de cas découverts et de prophylaxies réalisées.
  - d. Les coûts du programme. Si j'étais un législateur, je voudrais connaître le coût et le rendement de chaque activité. Par exemple, la revue des rapports de radiographie prend du temps : on devrait pouvoir en connaître le rendement.

**Recommandation 5 :**

*Que l'information sur tous les suivis de contacts soit reçue mensuellement par le conseiller en maladies transmissibles ou par le Ministère, afin de s'assurer que les directives sont exécutées promptement et qu'on en garde une forme de résumé, afin de s'assurer que l'information sur le taux de transmission et le traitement de l'infection latente pour chaque cas et chaque communauté soient facilement disponibles.*

Réponses 2001

1. Les conseillers en maladies transmissibles continueront de fournir une rétroaction systématique au personnel sur le terrain et d'assurer le suivi de toutes les personnes qui ont récemment connu un virage tuberculitique.
2. La recherche des contacts est surtout dirigée vers les personnes qui ont récemment connu un virage tuberculitique, car elles ont un risque plus élevé de développer la maladie. Tous les autres cas d'infection latente à la tuberculose seront aussi suivis. Le Service de protection de la santé aidera les administrations à mettre au point un plan d'action proactif pour traiter toutes les infections tuberculeuses latentes au cours des quatre années suivantes. Ce plan insistera sur le développement des ressources locales. Les représentants des services de protection de la santé locaux et les travailleurs concernés par la lutte antituberculeuse pourront prêter main-forte à ce programme. Le recrutement et la conservation du personnel continueront d'être cruciaux pour la viabilité de cet effort au niveau de la communauté.
3. Le Ministère cherchera, en collaboration avec les administrations, à protéger les postes créés pour soutenir l'essentiel des programmes de santé publique, comme celui de médecin hygiéniste régional par exemple. Le Ministère renforcera les directives ministérielles à cet effet.

#### **Commentaires et recommandations 2004**

- 1. Le résumé des activités au niveau des régions est préparé sur une base trimestrielle et contient les détails sur les cas, les tests cutanés à la tuberculine et les radiographies pulmonaires. Il semble que le rapport est transmis à la communauté et aux travailleurs. C'est un élément essentiel de la supervision, car les intéressés sont alors à même de constater que leur travail porte fruit. Cependant, la nature de ce fruit ne m'apparaît pas clairement. Par exemple, il y a eu 2 018 tests cutanés à la tuberculine effectués en 2003. De ce nombre, 169 étaient positifs et 70 personnes ont été traitées pour la LTBI, c'est-à-dire qu'elles ont fait l'objet d'une prophylaxie. Il importe de savoir pourquoi les tests cutanés à la tuberculine ont été réalisés. Les tests devraient cibler les personnes à haut risque et, s'ils sont positifs, constituer un motif pour appliquer un traitement. Le rapport devrait comporter un objectif clair : par exemple, quelle suite les infirmières devraient-elles leur donner? Un résumé à l'intention des administrations, avec une demande de réponses de leur part, pourrait susciter davantage d'intérêt. On pourrait comparer les activités d'une région avec celles d'une autre : cette façon de faire a démontré son efficacité avec les provinces!**
- 2. Voir la recommandation 3 : ce sont les ressources humaines qui constituent la base d'un programme fructueux et il faut les soutenir.**
- 3. On recommande l'analyse du rendement des programmes, afin de juger de leur efficacité. Le rendement ne se mesure pas uniquement en nombre de tests positifs, mais par le résultat des traitements.**

#### **Recommandation 6 :**

*Qu'un financement adéquat permette à l'administration responsable de maintenir le programme.*

Réponses 2001

- Le Ministère travaillera avec l'Administration des services de santé et des services sociaux, dans le cadre du plan d'action annuel, pour s'assurer que des ressources adéquates sont dirigées vers les programmes de protection de la santé essentiels, comme la surveillance et la lutte antituberculeuse.

#### **Commentaires et recommandations 2004 :**

- **Il est impossible d'émettre de commentaires sur le financement, car on ne m'a pas fourni l'information nécessaire. Cela devrait cependant être inclus dans tout mandat futur;**
- **Il existe des fonds pour trois services de protection de la santé additionnels. Il faudrait recruter, entraîner et soutenir le personnel nécessaire.**

#### **Recommandation 7 :**

*Mettre sur pied une capacité d'appoint pour le programme de lutte antituberculeuse, de façon à ce que les communautés où il y a éclosion puissent avoir rapidement accès aux ressources permettant la gestion du suivi des contacts, la prophylaxie et le traitement sous supervision*

*directe du patient. Cela nécessitera du personnel supplémentaire pour au moins une année durant laquelle aucun cas ne devra être détecté.*

Réponses 2001

- Le Service de protection de la santé continuera à aider les commissions à déterminer le moment propice pour l'embauche du personnel et à le recruter, afin de pouvoir gérer de nouveaux cas de tuberculose, avec le suivi que cela implique;
- Le Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les administrations, augmentera cette capacité d'appoint en veillant à former l'actuelle réserve flottante d'infirmières, qu'on pourrait alors employer pour fournir aux communautés ou aux régions les ressources et l'expertise requises.

#### **Commentaires et recommandations 2004 :**

- 1. Le besoin d'une capacité d'appoint existe encore et il ne se limite pas aux TNO, car des éclosions de tuberculose se produisent au Nunavut, récemment en Saskatchewan et parfois en Alberta. Il serait raisonnable de disposer d'un groupe d'infirmières pouvant être dirigées vers une communauté ayant un urgent besoin de suivi de contacts. Avec un programme annuel plus vigoureux, on pourrait les maintenir actives au sein des communautés lourdement frappées par la maladie.**
- 2. Il faudrait mettre en pratique les suggestions de la recommandation 2, à l'effet d'utiliser les travailleurs de la santé qualifiés déjà présents comme conseillers dans le Nord, pour constituer une équipe virtuelle capable de prêter main forte en cas d'éclosion. L'équipe doit comprendre du personnel de protection de la santé ET des cliniciens.**

#### **Recommandation 8 :**

*Il faudrait transmettre annuellement les données des diverses administrations de santé aux membres, accompagnées de comparaisons avec les autres administrations et de la moyenne pour les TNO et pour le Canada. Les administrations aux prises avec des problèmes de tuberculose évidents devraient recevoir des recommandations (ou des orientations) et du soutien de la part d'experts en la matière.*

Réponses 2001

- L'analyse annuelle des données du programme de lutte antituberculeuse continuera d'être réalisée au niveau du Ministère. On fournira aux administrations aux prises avec des niveaux endémiques de tuberculose des directives quant aux priorités et des recommandations à mettre en œuvre;
- Le Service de protection de la santé sondera les centres de soins de santé pour s'assurer que les rapports mensuels sur les activités concernant la tuberculose sont préparés et soumis au moment opportun, et il fournira des rapports sommaires.

#### **Commentaires et recommandations 2004 :**

**Les rapports trimestriels sont envoyés aux administrations de la santé, mais ce qu'elles doivent faire avec ces rapports n'est pas clair. Les administrations ont-elles la chance d'en discuter avec les autres administrations? Serait-il possible, lors des réunions de l'Administration régionale, d'exposer les défis et d'effectuer quelques comparaisons?**

**Les données devraient être redistribuées non seulement aux administrations de la santé,**

mais aussi aux centres de soins infirmiers et aux médecins, afin qu'ils se rendent compte de l'impact de leur bon travail et apprennent des événements.

**Recommandation 9 :**

*Cibler toutes les personnes infectées dans les communautés ayant des taux d'infection supérieurs à la moyenne nationale pour procéder au traitement de l'infection latente (quand on sait que la maladie n'est pas active).*

Réponses 2001

- Le travail relatif à cette recommandation a commencé en 1997. Jusqu'à maintenant, le Service de protection de la santé a déjà travaillé au sein de huit communautés qui connaissaient des taux d'infection plus élevés, afin de mettre au point un plan proactif permettant la détermination des cas et le traitement de l'infection latente. Un tel programme est déjà pleinement fonctionnel à Hay River et Lutselke, et il a été partiellement implanté à Yellowknife, Rae Edzo, Inuvik, Wha Ti et Fort Liard;
- Le Ministère travaillera avec d'autres centres de soins de santé pour implanter pleinement cet élément du programme de lutte antituberculeuse dans toutes les communautés avant la fin de l'année budgétaire 2002-03.

**Commentaires et recommandations 2004**

**Bien que je connaisse l'existence d'un programme dans certains centres, je n'ai pas pu évaluer le rendement.**

**Recommandation 10 :**

*S'assurer du plein soutien de la communauté et de l'administration envers cette démarche.*

Réponses 2001

- Le Service de protection de la santé soutiendra les administrations et son propre personnel au niveau de la communauté, afin de s'assurer que le programme de lutte antituberculeuse se déroule en accord avec les normes spécifiées dans le manuel sur la tuberculose;
- L'ajout d'un second poste de conseiller en maladies transmissibles va effectivement doubler la capacité de soutien du Service de protection de la santé en cette matière.

**Commentaires et recommandations 2004**

**La seule communauté visitée fut Fort McPherson. Elle a manifesté un intérêt et un enthousiasme évidents à l'égard de la lutte antituberculeuse. Les personnes présentes à la rencontre publique souhaitaient également raconter leurs histoires. Je pense que de telles rencontres seront capitales dans le cadre d'une démarche pour éradiquer la maladie et dans le processus décisionnel visant l'abandon du BCG.**

**Recommandation 11 :**

*Procurer du personnel en nombre suffisant possédant une formation et une supervision à jour pour mener à bien une telle entreprise, afin de réduire substantiellement le fardeau des communautés frappées de taux d'incidence de la tuberculose élevés.*



#### Réponses 2001

- Le Ministère est d'accord avec la recommandation;
- Le Ministère s'assurera de protéger les postes affectés à cette tâche au sein du Service de protection de la santé. On mettra davantage l'accent sur l'orientation et la formation d'infirmières gestionnaires régionales et d'infirmières de service;
- On a ajouté un second poste de conseiller en maladies transmissibles pour augmenter le soutien.

#### **Commentaires et recommandations 2004**

##### **Voir la recommandation 2**

##### **Recommandation 12 :**

*Envisager sérieusement la centralisation des responsabilités quant à la formation et la supervision, et fournir à l'équipe centrale un budget de déplacement et de formation lui permettant d'offrir un soutien efficace.*

#### Réponses 2001

- Cette recommandation se situe dans le cadre de la révision du système actuellement réalisée par George Cuff et Associés. Le rapport Fanning a été soumis à l'attention de la commission de révision;
- Entre-temps, le Service de protection de la santé améliorera ses liens et son soutien envers les trois infirmières enseignantes régionales et le médecin-hygiéniste régional, afin qu'ils puissent orienter et entraîner convenablement les fournisseurs de soins de santé de première ligne. On a distribué aux administrations des directives d'orientation et des normes en matière de tuberculose, à l'intention des infirmières et des médecins. Le Service de protection de la santé augmentera la formation dans les communautés et au niveau régional, et il continuera de fournir une formation personnelle quand les administrations en feront la demande.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

##### **Voir la recommandation 2**

**Recommandation 13 :**

***S'assurer que tout le personnel, nouveau et déjà en place, soit formé et prêt à réaliser le programme de lutte antituberculeuse selon les normes du manuel sur la tuberculose du Ministère.***

Réponses 2001

- Le Service de protection de la santé du Ministère continuera d'offrir une formation aux infirmières enseignantes régionales et aux médecins-hygiénistes, et il aidera les administrations à établir une description de la formation et à procéder à des vérifications. Au niveau central, on augmente immédiatement la capacité d'améliorer la prestation de services aux administrations.

**Commentaires et Recommandations 2004**  
**Voir la recommandation 2**

**Recommandation 14 :**

*S'assurer d'une capacité d'appoint, de sorte que, lorsqu'un cas se déclare et qu'il faut un important suivi de contacts, on puisse offrir la formation et que, durant un ou deux ans après l'exécution complète de la tâche, le personnel soit concentré dans la région touchée.*

Réponses 2001

- Le Ministère examinera les diverses options permettant d'assurer une capacité d'appoint, comme la possibilité d'avoir accès à des ressources infirmières grâce à la réserve flottante établie par la stratégie de recrutement et de conservation du personnel;
- La stabilité des effectifs régionaux des fournisseurs de soins de santé constitue une problématique. La conservation du personnel à tous les niveaux est une priorité, mais il faut garder à l'esprit que toutes les provinces et tous les territoires sont aux prises avec des problèmes de recrutement et de conservation. Ce problème ne sera pas résolu dans un avenir rapproché;
- Le Ministère travaille actuellement avec le Collège Aurora à réviser le programme de formation des représentants de la communauté en matière de santé. L'augmentation de la capacité communautaire à l'aide des ressources locales sera mise de l'avant dans la révision du programme de lutte antituberculeuse et du manuel sur la tuberculose révisé.

**Commentaires et Recommandations 2004**  
**Voir la recommandation 2**

**Recommandation 15 :**

*Centraliser et informatiser toutes les données sur chaque cas et sur l'apparition de cas, de même que sur les suivis de contacts, les tests et les traitements ciblés de l'infection tuberculeuse latente. Ces données doivent être à jour, disponibles facilement et transmises au Ministre et à chaque administration de santé trimestriellement (plus fréquemment en périodes d'écllosion). On doit résumer et analyser les données annuellement pour le Ministre et les administrations, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées quant aux interventions et à la dotation en personnel du programme, de façon à pouvoir régler les problèmes.*

Réponses 2001

- L'analyse des données est centralisée;
- Le Service de protection de la santé améliorera les services courants pour les administrations et transmettra les données au moins tous les trois mois, afin qu'on puisse apporter des correctifs;
- La mise à jour de la base de données du registre sur la tuberculose afin d'améliorer le caractère d'actualité et l'efficacité de ce processus sera une des priorités du prochain plan d'action du Ministère.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

**Les données sur les cas sont complètes. Les données sur les contacts et les résumés de laboratoire pourraient être accessibles plus facilement.**

#### **Recommandation 16 :**

*Comme le manuel sur la tuberculose contient des normes et non des directives, on s'attend à ce que les administrations les mettent obligatoirement en application. Le Ministère a la responsabilité de veiller à ce que les normes soient appliquées. Cela devrait inclure l'identification des obstacles, comme le manque de ressources ou d'expertise, et l'aide apportée aux administrations pour corriger et rencontrer les normes.*

Réponses 2001

- Le personnel du Service de protection de la santé se rend actuellement sur le terrain pour vérifier les programmes concernant les maladies transmissibles et pour fournir aux administrations une copie des rapports sur ces visites;
- Le Ministère reconnaît qu'il faut davantage de personnel pour le programme de lutte contre les maladies transmissibles. L'embauche d'un deuxième conseiller en maladies transmissibles a été approuvée et le recrutement est déjà en cours pour pourvoir à ce poste.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

**Voir la recommandation pour plan de supervision**

#### **Recommandation 17 :**

*Les médecins-hygiénistes en région devraient être supervisés par le Service de protection de la santé central. Les médecins assignés doivent s'attendre à recevoir une formation et être rompus au fonctionnement des programmes de protection de la santé; ils doivent en outre être rémunérés convenablement dans le cadre de leur participation à l'amélioration de ces programmes. La centralisation de ces postes pourrait être de nature à attirer et conserver le personnel qualifié.*

Réponses 2001

- Le Ministère est d'accord en principe avec la recommandation de centraliser la transmission des rapports des médecins-hygiénistes. Cependant, cette recommandation se situe dans le cadre de la révision du fonctionnement actuel; on ne peut l'appliquer en faisant abstraction du modèle général de prestation de services;
- Les normes d'orientation en matière de protection de la santé sont déjà à la disposition des administrations grâce au *NWT Physician's Public Health Manual*, au *NWT TB Protocol Manual* et au *NWT Communicable Disease Manual*. En plus de devoir transmettre des rapports, tous les médecins-hygiénistes font l'objet d'une orientation et reçoivent un soutien continu de la part du Service de protection de la santé sur la surveillance et la lutte antituberculeuse;
- Le Ministère se penchera sur la possibilité de rendre obligatoires une orientation et une formation en protection de la santé, pour pouvoir œuvrer en première ligne comme fournisseur de soins de santé aux TNO.

**Commentaires et Recommandations 2004**  
**Voir Recommandation pour la supervision et les cycles.**

**Recommandation 18 :**

*Il est essentiel de pouvoir disposer d'une infirmière-enseignante permanente afin de soutenir le Service de protection de la santé du Ministère dans sa tâche de formation et de supervision des travailleurs de la santé en matière de contrôle de la tuberculose.*

Réponses 2001

- Malgré que le Service de protection de la santé soit en période de recrutement pour pourvoir à un poste additionnel de conseiller en maladies transmissibles, il n'est ni faisable ni souhaitable de centraliser toutes les activités d'orientation et de formation. En agissant en sorte que plusieurs personnes, tant au Ministère que dans les administrations et au Collège Aurora, soient capables de voir aux besoins des travailleurs de la santé sur le terrain, on s'assure d'une flexibilité et d'une synergie accrues.

**Commentaires et Recommandations 2004**

**La formation devrait comporter plusieurs facettes, mais le programme doit pouvoir, avec des ressources limitées, avoir accès à toutes les innovations possibles.**

**Recommandation 19 :**

*La formation devrait constituer un article du budget central, de façon à financer les calendriers et les protocoles de formation, ainsi que le transport. Elle devrait aussi constituer un article budgétaire pour chaque commission, afin de s'assurer que la formation rejoigne tout le personnel, ancien et nouveau, et qu'elle soit révisée et mise à jour annuellement en cas d'éclosion.*

Réponses 2001

- Le plan d'action du Service de protection de la santé inclut déjà des objectifs précis en matière de formation;
- Chaque administration a également la responsabilité de former le personnel approprié pour tous les programmes cliniques et les programmes de protection de la santé. Le Ministère vérifiera dans quelle mesure les administrations s'en acquittent, afin de pouvoir présenter des rapports annuels, dans le cadre de l'imputabilité en matière de réalisation des programmes de base.

**Commentaires et Recommandations 2004**

**Malheureusement, même la stratégie globale pour les traitements antituberculeux sous supervision directe sur courte période néglige de mentionner la formation, sans laquelle aucun programme ne peut continuer. Ses responsables supposent que les pays et les régions y voient. Les ressources humaines constituent la partie la plus importante de tout programme de lutte contre une maladie. Il faut y veiller avec soin. Les ministères de la santé doivent s'assurer que les travailleurs de la santé reçoivent le soutien nécessaire pour bien s'acquitter de leur tâche; il faut assurer l'accroissement des chances de formation et la sécurité d'emploi. Il en résultera des travailleurs compétents et un bon programme.**

**Recommandation 20 :**

***Augmenter le nombre d'infirmières-gestionnaires en tuberculose à l'intérieur du Service de protection de la santé, afin de faciliter la formation de tout le personnel et sa supervision subséquente.***

Réponses 2001

- Le Service de protection de la santé est en train de pourvoir à un second poste de conseiller en maladies transmissibles, qui sera principalement affecté au programme de lutte antituberculeuse. Cependant, il importe de maintenir une flexibilité, afin que le personnel puisse répondre à toutes les maladies transmissibles. L'impact de ce deuxième poste sera évalué après un an.

**Commentaires et Recommandations 2004**

**L'équipe du conseiller en maladies transmissibles est forte et efficace, mais elle a besoin d'un soutien accru sur le terrain.**

**Recommandation 21 :**

***L'éducation des communautés devrait faire partie des programmes de lutte antituberculeuse; sa planification devrait être centralisée, mais son exécution décentralisée. Il est essentiel que les administrations se sentent concernées.***

Réponses 2001

- Les outils d'éducation en matière de tuberculose, sous forme de vidéos, d'imprimés et d'informations sur les ondes des radios communautaires, ont été mis à la disposition des communautés de manière limitée;
- Il est souvent mieux de mettre au point l'éducation communautaire localement. Le Ministère peut créer des occasions pour partager les meilleures pratiques en cette matière, par exemple en ce qui concerne les ateliers et les conférences des représentants de la communauté en matière de santé et des infirmières;
- Le Service de protection de la santé travaillera avec les administrations et les responsables de la promotion de la santé pour procéder à une évaluation qui formera la base d'une stratégie d'éducation pour toute la communauté;
- Le Ministère élaborera une stratégie de communication dans le but de conscientiser davantage le public dans tout le territoire. La Journée mondiale de la tuberculose, le 24 mars, servira d'occasion annuelle pour souligner ce problème.

**Recommandation 22 :**

***Le registre de la tuberculose que possède le Service de protection de la santé permet la surveillance des cas individuels, le suivi de contacts, la surveillance de fond et la production de rapports en n'importe quel temps. On devrait maintenir à jour ce registre à l'aide des informations recueillies sur le terrain; cela permettrait de remettre des rapports trimestriels et annuels aux administrations. Cela permettrait aussi d'adapter en conséquence les suivis de contacts ultérieurs.***

Réponses 2001

- L'amélioration du registre de la tuberculose est une des priorités du plan d'action de la prochaine année et un contrat a maintenant été accordé pour en commencer

la planification.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

##### **Recommandation 23 :**

*Il faudrait que des réviseurs externes entreprennent de revoir complètement le programme de lutte antituberculeuse en collaboration avec l'équipe centrale. Comme pour toutes les autres supervisions, cet exercice aurait une utilité pédagogique.*

Réponses 2001

- Le Ministère verra à ce qu'il y ait une révision du programme de lutte antituberculeuse par des gens de l'extérieur au moins tous les trois ans.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

**Voir la recommandation 2**

##### **Recommandation 24 :**

*Un consultant devrait évaluer la capacité du programme actuel de lutte antituberculeuse de se maintenir à jour et de produire des rapports.*

Réponses 2001

- Le registre actuel de la tuberculose a déjà fait l'objet d'une évaluation et il existe un plan pour son remplacement. (Voir la recommandation 21).

##### **Recommandation 25 :**

*En s'assurant les services à plein temps d'une personne colligeant les données, on s'assurerait que le programme reçoit les informations du terrain et que des rapports sont périodiquement remis aux centres de soins de santé et aux administrations sous la direction de l'équipe centrale.*

Réponses 2001

- Le Ministère appuie cette recommandation. Une personne s'occupe actuellement de colliger les données sur la tuberculose, mais on se prépare présentement à créer un poste pour au moins les trois prochaines années, ou jusqu'à ce que l'incidence de la tuberculose aux TNO soit redescendue au niveau national. Cela sera pris en considération dans le prochain cycle du plan d'action.

#### **Commentaires et Recommandations 2004**

- **La disponibilité des données a augmenté.**

##### **Recommandation 26 :**

*Il faut porter une attention spéciale aux groupes particulièrement à risque et aux paramètres (comme les moyens de corrections et les paramètres des soins de santé) par rapport aux tests ciblés et au traitement des infections latentes à la tuberculose.*

Réponses 2001

- Les tests ciblés sur les groupes à haut risque sont clairement définis dans les normes du plan de lutte antituberculeuse. Depuis 1996, il y a eu un dépistage régulier des détenus et des patients des établissements de soins prolongés. Le

- dépistage dans les groupes à haut risque est extrêmement variable et dépend du personnel;
- Le Service de protection de la santé aidera l'Administration dans l'identification des groupes à haut risque au cours des deux prochaines années et il produira des recommandations, en plus de faire rapport aux parties intéressées sur l'état de ce programme.

## VII Questions additionnelles

### a. Recours au vaccin BCG aux TNO

Sur demande du docteur André Corriveau, on revoit l'opportunité du recours au vaccin BCG et on émettra des recommandations.

#### À l'échelle mondiale

Le bacille Calmette Guérin (BCG) tient son nom des deux hommes qui ont mis au point le vaccin à partir du *Mycobacterium bovis*. On l'utilise afin d'induire une reconnaissance immunitaire permettant plus tard une réponse immédiate par la prolifération des lymphocytes, qui peuvent alors défendre l'organisme contre la bactérie plus virulente *M tuberculosis*.

Malgré que les nombreux essais exploratoires et ceux réalisés en comparaison avec des témoins aient procuré des niveaux de protection variables, en général on continue d'utiliser ce vaccin : on l'administre à 88 % de tous les nouveaux nés. Les complications résultant de ce vaccin sont la formation d'abcès locaux, l'infection locale des tissus et des os et sa dissémination. Malgré que le BCG soit inutile dans la prévention de l'infection, selon toutes les études il protège de manière continue les enfants contre les formes graves de tuberculose miliaire et méningée.

À l'occasion de l'abandon du BCG, on a recommandé la mise en place des critères suivants :

1. Instauration d'un système de surveillance efficace.
2. Taux de notification moyen annuel de frottis positifs < 5/100 000.
3. Taux annuel de méningite < 5/1 000 000 dans les cinq années antérieures.
4. Taux annuel d'infection < 0.1 %. On détermine le taux d'infection par des tests de cohortes sur les enfants d'un âge précis s'étendant sur plusieurs années.

#### Au Canada

Au Canada, le vaccin a été testé sur le terrain par Ferguson, dans les années trente, et il s'est révélé qu'il offrait une protection. Dans la plupart des provinces, on l'a administré aux travailleurs de la santé jusque dans les années soixante; le Québec l'a utilisé jusque dans les années soixante-dix. Par contre, jusque dans la dernière décennie, on n'a jamais cessé d'offrir le BCG de façon continue aux enfants des Premières Nations dès leur naissance.

D'après les études de 2004, le BCG a continué d'être utilisé seulement dans le nord-ouest de l'Ontario, à Thuder Bay et à Sioux Lookout, dans la plupart des communautés des Premières Nations du Manitoba, dans les communautés de la Saskatchewan sous la juridiction de la Northern Inter-Tribal Authority, dans les communautés 25/65, ainsi qu'aux TNO et le Nunavut. Aux TNO, on offre le BCG à tous les nouveaux-nés qui sont à risque à cause de leurs antécédents familiaux ou communautaires en matière de



tuberculose.

Durant la dernière décennie, les taux d'incidence de la tuberculose au Canada ont chuté à 5/100 000, ce qui est assez bas pour cesser la distribution du vaccin.

Cependant, la recommandation contient un avertissement stipulant que la population doit être consciente qu'il y aura quelques cas de tuberculose miliaire et méningée chez les enfants.

Durant les dernières décennies, le taux d'incidence de la tuberculose au Canada a chuté sous le seuil de 2,2 pour les moins d'un an et sous 3,2 pour les enfants âgés d'un à quatre ans; par contre, les données de 2002 indiquent que le taux pour les enfants âgés d'un à quatre ans dans le Nord était de 65/100 000. Il faudrait obtenir les données pour chaque région du Nord et pour une moyenne de trois ans, car la population y est faible. Cependant, dans le même temps il y a eu dix cas d'infection BCG disséminée chez les enfants dont le système immunitaire était affaibli.

En septembre 2004, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) accueillait toutes les provinces et tous les territoires ainsi que les représentants des Premières Nations, qui ont recommandé d'estimer que lorsque l'index de réactivité des voies respiratoires est inférieur à 0,1 %, le taux d'incidence des cas positifs de tests par frottis est alors inférieur à 5/100 000. Sur la foi d'études de tests cutanés, le guide d'immunisation de 2002 a recommandé le BCG là où le taux annuel d'infection était supérieur à 1 %. Cette même année, il y a eu 1 634 cas, soit un taux de 5,2/100 000; seulement 93 personnes atteintes avaient moins de 15 ans, soit un taux de 3/100 000. Les Premières Nations et les Inuits représentent seulement 3 % de la population canadienne, mais ils comptent 15-20 % des cas de tuberculose. Par contre, entre 1997 et 2000, 38 % des cas provenaient de seulement dix communautés. Dans le Nord de la Saskatchewan, le taux d'incidence de la tuberculose était, en 2002, de 117/100 000.

Les critères de cessation de la distribution du BCG exigent la détermination des taux de réaction positive au frottis, des taux de méningite sur une période de cinq ans et de l'index de réactivité des voies respiratoires. **À mon avis, malgré que nous n'en soyons pas encore là, le temps viendra bientôt où il sera approprié de cesser la distribution du BCG. Mais en attendant, il serait approprié de mettre sur pied un programme d'éducation impliquant la communauté, car il est probable que des cas de tuberculose méningée ou miliaire se déclarent occasionnellement après la cessation de la distribution du BCG.**

## **b. Questions relatives aux laboratoires**

1. La région est bien desservie par le laboratoire de tuberculose de l'Hôpital Stanton, qui traite tous les échantillons provenant des TNO. Le nombre d'échantillons reçus de toutes les régions est ---

Par exemple, la région d'Inuvik a fourni 885 échantillons durant les douze mois compris entre septembre 2003 et septembre 2004. De ce nombre, 203 provenaient de patients externes et 84 de malades hospitalisés. Je n'ai pas pu déterminer si ces nombres représentent des échantillons ou des patients.

Résumé des résultats de cultures :

|  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| <b>Nombre de cultures positives</b>  | 33 (1,1 %)             | 55 (1,7 %)  |
| <b>Nombre de M. tuberculosis</b>   | 18 (0,6 %)             | 39 (1,2 %)  |
| <b>Nombre de patients avec MTB</b><br>Patients des TNO<br>Patients du NU                                     |                        | 8* {2}<br>1   |
| <b>Nombre de MOTT</b>  | 15 (0,5 %)             | 16 (0,5 %)  |
| <b>M. gordanae</b>   | 5                      | 11  |
| <b>M. avium</b>  | 1                      |   |
| <b>M. avium-complex</b>  | 3                      | 2   |
| <b>M. fortitum</b>   | 2                      |   |
| <b>M. kansasii</b>   | 2                      | 1   |
| <b>M. pergrinum</b>  |                        | 1   |
| <b>M. terrae</b>   | 2                      |   |
| <b>M. senegase</b>   |                        | 1   |
| <b>M. scrofulaceum</b>   | 1                      |   |
|  |                        |   |
|  |                        |   |
|  |                        |   |
| <b>Nombre de cultures contaminées</b><br>(cultures rejetées avant 7 semaines, par suite d'une contamination) | 45                     | 13 (0,4 %)  |
| <b>Milieux LJ</b>  |                        | 96 (3 %)  |
| <b>Liquides</b>  | 1,5 %<br><b>Bactec</b> | 32 (1 %)<br>(Bactec/Mgit)   |
| <b>Les deux cultures</b>   |                        | 13 (0,4 %)  |
| <b>Notes :</b>   |                        | <b>Le LJ a commencé en février 2003</b><br><b>MGIT a commencé en mai 2003</b><br><b>*Ce nombre n'inclut pas les échantillons positifs de tissus prélevés chirurgicalement qui n'ont pas été traités à Stanton</b><br><b>{patients positifs sur la foi d'échantillons non traités à Stanton, c.-à-d. tissus, etc.}</b> |

Les résultats des cultures tuberculeuses du laboratoire de l'Hôpital Stanton de Yellowknife montrent que 1,1 % de tous les échantillons étaient positifs; la moitié de ces échantillons positifs l'étaient à cause de mycobactéries non tuberculeuses (MNT). Je ne

connais pas le nombre idéal d'échantillons positifs, mais je cherche conseil. Ce faible rendement laisse croire que la sélection des patients n'a pas su retenir ceux qui présentaient des symptômes. Il semble y avoir une augmentation dans la contribution des mycobactéries non tuberculeuses au total, probablement causée par une plus grande sensibilité des techniques de culture.

Sur les 885 cultures de la région d'Inuvik effectuées en un an, 85 provenaient de l'hôpital et les autres venaient de patients externes. On souhaiterait détecter les personnes symptomatiques dans la communauté, mais les plus malades sont hospitalisées et donc probablement soumises à un plus haut risque de contamination à la tuberculose.

On devrait envisager, en guise d'essai, de recueillir davantage de cultures d'expectorations des personnes symptomatiques. Le laboratoire est une importante source d'informations concernant le contrôle de la qualité et il faudrait prendre le temps de préparer des résumés chaque année. Ces résumés indiqueraient le nombre d'échantillons envoyés par chaque région et le rendement. Cela pourrait constituer un autre sujet de recherche au niveau des opérations.

Dans les communautés, le registre des toux pourrait augmenter le nombre de cas soumis. À l'hôpital, la participation du médecin de la communauté au programme pourrait être utile à mesure que les cycles des tests augmentent.

### **c. Groupes spéciaux pour tests ciblés**

Présélection ciblée – *South MacKenzie Correctional Centre*

|  |                    |
|--|--------------------|
| Nombre total de détenus testés                           | 55                 |
| Nombre total de tests de Mantoux                         | 38                 |
| Nombre total de tests de Mantoux négatifs                | 34                 |
| Nombre total de tests de Mantoux positifs                | 2                  |
| Nombre total de CXR                                      | 19                 |
| Nombre total de clichés pulmonaires négatifs             | 17                 |
| Nombre total de clichés pulmonaires anormaux             | 2                  |
| Nombre total d'expectorations                            | 2                  |
| Nombre total d'expectorations négatives                  | 2                  |
| Nombre total d'expectorations positives                  | 0                  |
| Nombre total de LTBI                                     | 3 (2 déjà traités) |
| Nombre total de détenus en traitement (tuberculose/LTBI) | 0                  |
| Nombre total de détenus souffrant de la tuberculose      | 0                  |

Commentaire : Cet exercice a exigé beaucoup de ressources humaines et il est réconfortant de savoir qu'aucun cas de tuberculose n'a été détecté, mais ce serait une bonne occasion d'administrer une prophylaxie aux deux réagissants et à ceux qui se seraient révélés positifs antérieurement.

Il faudrait analyser l'impact, le rendement et le coût de tous les programmes.

#### **d. Défis de la gestion de la lutte antituberculeuse dans les régions à faible fréquence**

Le plus grand défi consiste à détecter les cas de tuberculose dans un environnement à faible fréquence. Les derniers cas d'infection ont pu occasionner une dissémination durant la période où ils demeuraient non détectés. On estime qu'une personne demeurant infectieuse contamine quinze autres personnes par année.

En ce qui a trait à la tuberculose extrapulmonaire, normalement moins infectieuse, en cas de non-détection la maladie progresse et devient plus difficile à traiter. Même au Canada aujourd'hui, 10 % de tous les patients atteints de tuberculose meurent habituellement à cause d'un diagnostic trop tardif.

Le CDC (US) (*Centre for Disease Control and Prevention* américain) a publié un document intitulé *Progressing Toward Tuberculosis Elimination in Low-Incidence Areas of the United States: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis (reference)*.

En période de régression de la fréquence de la maladie, des éclosions peuvent survenir à cause de diagnostics tardifs. Il est donc essentiel de maintenir une capacité d'appoint permettant de gérer le traitement de chaque cas, le suivi de contacts et la prophylaxie des personnes nouvellement infectées.

La mise en commun de l'expertise du personnel de laboratoire en soins médicaux, à l'occasion de réunions trimestrielles, afin de passer en revue les cas courants, les retards dans leur diagnostic et les défis posés par leur traitement, contribuera à maintenir un certain niveau d'expertise dans la région.

#### **Recommandation du CDC :**

**La révision de la réglementation et des directives en matière de tuberculose** tous les deux ans. Les questions révisées sont : l'administration du programme, la formation, les usages relatifs à la présentation de rapports et la surveillance, le traitement des personnes atteintes de tuberculose et d'infection latente, les enquêtes sur le terrain, les tests ciblés pour dépister l'infection latente et les normes en matière de réponse à des situations adverses prévisibles (par exemple, des patients qui ne coopèrent pas, des éclosions et des cas de tuberculose multirésistante).

Il recommande que chaque état dispose d'un plan d'éradication comprenant les éléments suivants : des stratégies pour faire face aux particularités épidémiologiques de la tuberculose dans l'état, incluant les besoins des groupes et des communautés ayant des taux d'incidence plus élevés. Les services de lutte antituberculeuse exigent une approche adaptée aux distinctions culturelles et juridictionnelles; idéalement, on les mettra au point en collaboration avec les autorités des tribus en matière de santé.

#### **Détection des cas**

Le conseiller en maladies transmissibles souligne que, peu importe la capacité de l'équipe centrale à gérer le cas, elle dépend du praticien pour sa détection. Si la maladie frappe rarement, il est en général difficile de garder constamment à l'esprit que la tuberculose est une cause possible de la toux. Le retard dans la détection de cas de tuberculose au niveau local est un facteur contribuant à la transmission de cette maladie. Il faut soutenir

et encourager les personnes ayant une expertise connue, et on devrait les mettre à contribution dans des équipes chargées de décider des politiques.

Il faudrait former les fournisseurs de soins de santé en première ligne afin d'augmenter leurs connaissances en matière de diagnostic, surtout dans les localités où cette expertise est déficiente. Le ministère de la santé de plusieurs états offre des conférences et s'efforce de contacter les fournisseurs de soins de santé afin de les informer sur des sujets concernant la santé publique; le programme de lutte antituberculeuse peut profiter de ces événements pour transmettre et mettre à jour des messages, dans le cadre d'une éducation permanente.

Une équipe de gestion permet au programme de lutte antituberculeuse de suivre les progrès du patient, de former le fournisseur de soins et de faire la promotion des services offerts par le programme en établissant des rapports entre le public et le secteur privé. Les fournisseurs de soins de santé qui autrement refuseraient qu'on supervise directement la thérapie de leurs patients pourraient se laisser convaincre après avoir pris connaissance des soins offerts par le Ministère de la santé.

La prévention : dépistage et gestion de l'infection à la tuberculose latente

Il faudrait souligner la contribution apportée par le traitement de l'infection latente. Cela exige trois étapes. Premièrement, seulement ceux qui risquent une réactivation en cas d'infection devraient faire l'objet de tests cutanés! Cela signifie que si l'on détecte un cas positif, alors, une fois que par la recherche de symptômes et par une radiographie pulmonaire, on a éliminé le diagnostic de maladie, on devrait entreprendre le traitement à l'isoniazide (INH). J'ai découvert qu'il circulait une idée fautive selon laquelle le fait d'être âgé de plus de 35 ans serait une contre-indication à l'isoniazide. Or, il n'en est rien.

| <u>Risque de maladie</u>  | <u>Risque d'exposition</u>  | <u>Autres</u> |
|---|---|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>V.I.H.+ ou risque</b></li> <li>• <b>Contact HH</b></li> <li>• <b>Radiographie anormale</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Immigrant depuis moins de 5 ans</b></li> <li>• <b>Utilisateur de drogues injectables</b></li> <li>• <b>Résident ou employé dans des environnements résidentiels</b></li> <li>• <b>Travailleurs de la santé/lab</b></li> <li>• <b>Silicose</b></li> <li>• <b>Diabète sucré, facteur rhumatoïde, lupus, perte de poids</b></li> <li>• <b>Lymph. leucémie, tête/cou</b></li> </ul> |               |

|                   |                    |                  |
|-------------------|--------------------|------------------|
|                   | <b>ca10 %</b>      |                  |
| <b>&gt; = 5mm</b> | <b>&gt; = 10mm</b> | <b>&gt; 15mm</b> |

*La mise en application des recommandations du conseiller en maladies transmissibles aux TNO, tandis qu'on se dirige vers l'éradication.*

*(L'expansion de la structure des cycles existants de l'Hôpital Stanton, de manière à inclure les régions à l'aide de vidéoconférences avec des discussions au moins une fois par mois, augmentera aussi la conscientisation des intervenants et la capacité de détection et de traitement de cas.*

*La capacité actuelle du laboratoire est bonne, mais on transfère les cultures témoins à Edmonton. La capacité d'accomplir une tâche de qualité dépend de la fréquence à laquelle cette tâche est accomplie; le temps pourrait donc venir où les échantillons devront être transférés.*

*De même, on devrait s'exercer régulièrement à la gestion des cas dans une communauté exempte d'éclosions, afin d'emmener les infirmières à connaître et comprendre la tuberculose. Chaque cas constitue une occasion pour apprendre et garder le personnel infirmier conscient des exigences sévères en matière de traitement sous supervision directe.*

*Le fait de garder les gens à l'hôpital simplement pour leur administrer des médicaments est particulièrement contre-productif et déplaisant pour le patient. Les gens de la communauté sentent alors qu'on n'a pas de confiance en leurs capacités et, après avoir été soignés, ils craignent que leur maladie soit encore infectieuse.)*

## Références

1. Fanning, 2001 Report on Status of TB Control in NWT
2. Aboriginal Self Government in NWT Supplement 4. Our Population Profile.
3. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Statement by Committee on TB Control on Criteria for Discontinuation of BCG Vaccination in Countries of Low Prevalence of TB
4. Arnadottir T. Rieder HL. Trebucq A. Waaler HT. Guidelines for conducting tuberculin skin test surveys in high prevalence countries. [Journal Article] *Tubercle & Lung Disease*. 77 Suppl 1:1-19, juin 1996.
5. Progressing Toward Tuberculosis Elimination in Low-Incidence Areas of the United States: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis
6. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease Tuberculosis Programs: Review Planning Technical support, 1998
7. Déclaration concernant le vaccin bacille Calmette-Guérin (BCG), Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), 1<sup>er</sup> décembre 2004.

## Manuels de référence pouvant servir de modèles

1. All you needed to know about TB for Med Students 2005, Fanning, pages 1-6.
2. TB Skin Test and Other Guides. Fichier PDF à [http://www.umdnj.edu/ntbcweb/pr\\_frame.html](http://www.umdnj.edu/ntbcweb/pr_frame.html)
3. TB Care Management.
4. TB Control in Alaska 2001.
5. TB Handbook Manitoba, 1990 (style et format seulement).
6. CDC Self-Study Modules, 1999 (1 de 6) Contact Investigation.
7. TB Six Case Studies, Charles Felton, National TB Center of Harlem.
8. (CD-ROM) TB Information.
9. CDC December 2004. Interactive, core curriculum: What the Clinician Should Know. CDC octobre 2004.

## **Annexe I**

### **Notes de visite, septembre 2004**

Notes annexées

Séance d'information

#### **Activités de l'équipe centrale**

L'équipe fait partie de la section de la protection de la santé au bureau du médecin-hygiéniste en chef. Elle comprend André Corriveau, médecin-hygiéniste en chef et deux conseillers en maladies transmissibles : Cheryl Case (tuberculose 0,5) et Wanda White (tuberculose 0,2).

Ils agissent en tant que conseils pour les régions. Ils établissent les normes, surveillent le travail et interviennent en cas d'éclosion ou s'il y a des lacunes.

Ils ont la responsabilité de former annuellement le personnel de chaque région : un conseiller effectue une visite d'une journée auprès du personnel de la protection de la santé. Chaque conseiller visite trois communautés par année (18) pour une vérification de la situation concernant la tuberculose.

On compare les données du laboratoire avec les données cliniques, en veillant à ce qu'un laboratoire copie tous les rapports et les envoie à l'équipe centrale, qui appelle immédiatement l'infirmière de service ou le médecin afin de confirmer le début du traitement.

Des consultations sur la tuberculose ont lieu toutes les deux semaines avec le conseiller en médecine internationale, le radiologiste, le superviseur du laboratoire de microbiologie, le pédiatre hospitaliste (le médecin qui, cette semaine-là, s'occupe des admissions sur appel).

Les lits d'hôpitaux disponibles sont les 125 lits de Stanton. Il y a cinq salles d'isolation respiratoire sur le point d'être rénovées (la capacité va passer de 9 à 12 changements d'air à l'heure); l'une des chambres comportera une antichambre. Il y aura également une alarme de mauvais fonctionnement du mécanisme assurant la pression négative.

1. Réviser le manuel.
2. Révision des dossiers de traitement des cas, incluant les diagnostics, les médicaments, les traitements sous supervision directe et la surveillance.
3. En ce qui concerne la section de la protection de la santé, c'est l'infirmière de service qui gère le cas. Mais parfois il n'y a que des infirmières communautaires et **le roulement du personnel est élevé.**

Voir visites.

1. Service de protection de la santé de Yellowknife : le personnel comprend des infirmières de protection de la santé. Lou Richard s'occupe de la tuberculose. L'hôpital lui signale tous les nouveaux cas. Elle rend visite aux malades à l'hôpital; dans son rôle de soutien du traitement, elle commence par établir des liens de communication. On s'occupe d'abord du suivi des contacts. Cette tâche devrait aussi servir à instruire les infirmières des autres régions. On établit ainsi un pont entre le volet protection de la santé



et le volet soins actifs du système de soins de santé, ce qui est essentiel pour que celui-ci soit vraiment efficace.

2. Service de protection de la santé d’Inuvik.

3. Bureau de Fort MacPherson.

La visite de Fort McPherson, le mercredi, comprenait deux heures et demie de route depuis Inuvik, ce qui soulignait le sentiment d’éloignement de cette communauté de 800 habitants. Cheryl et Anne étaient accompagnées du docteur Chuck McNeil, un médecin qui a œuvré à Inuvik pendant une décennie et qui a aussi été le médecin de Fort McPherson durant cette période, visitant cette communauté pendant une semaine toutes les cinq semaines. Sa cordialité et sa connaissance de la région et de ses habitants sont évidentes; elle a de toute évidence suscité un sentiment de confiance dans le personnel infirmier et dans la population.

Le poste de soins infirmiers existe depuis douze ans, mais il est propre et bien entretenu. L’équipement comprend tout ce qu’il faut pour prodiguer des soins actifs, une clinique dentaire, un dispensaire doté de réserves de médicaments. On se procure les médicaments relatifs à la tuberculose par l’intermédiaire de l’hôpital régional d’Inuvik et ils sont achetés chez Shoppers Drug Mart. J’y vois deux problèmes. On pourrait tout d’abord réduire le coût en achetant en grandes quantités. D’autre part, la forme des ordonnances et les doses diffèrent d’une région à l’autre. Ce serait donc une bonne idée de centraliser la commande des médicaments, mais pour cela il faut savoir estimer les réserves nécessaires et les programmes de distribution, de manière à ne pas créer de pénurie. Plus particulièrement, la pharmacie stipule les médicaments qui devraient être en stock dans cet hôpital; or, le rifampin, qui faisait partie de la liste, n’était pas en stock. Comme il n’y a que deux cas en prophylaxie à l’isoniazide dans la communauté, il n’y a pas urgence. La route depuis Inuvik est ouverte, le traversier est en service jusqu’à la formation des glaces et la route de glace permet plus tard la reprise de la circulation : sur le plan de l’approvisionnement, il n’y a donc qu’un seul mois difficile.

Le personnel du centre de soins de santé mérite d’être mentionné. L’infirmière de service est Eilen Wilson Evelyn, une infirmière de la communauté. Elle est en congé de maternité. L’infirmière qui est demeurée le plus longtemps dans la communauté est Sandra McIver, qui, malgré qu’elle vienne d’ailleurs, est très dévouée envers la communauté. Son intérêt et son dévouement sont évidents; de plus, son souci concernant de bien diagnostiquer la tuberculose est très à propos. L’infirmière en chef de la communauté, Winnie Greenland, est un atout inestimable : la confiance dont elle jouit dans la communauté assure qu’on se conforme aux ordonnances (j’ai vu deux registres d’isoniazide à administrer deux fois par semaine qui étaient tous les deux à jour et qui indiquaient une observance parfaite dans un cas et deux semaines de manquement dans l’autre cas. On a discuté de la possibilité d’ajouter ces deux semaines à la fin du traitement. Le deuxième patient était surveillé à domicile par de bons parents et il était possible de faire des vérifications à l’aide de bandelettes réactives à l’isoniazide dans l’urine).

Il y a eu une rencontre communautaire à 15 h et 25 membres de la communauté étaient présents. Anne Fanning a décrit la maladie en illustrant certains cas et elle a ensuite invité les gens à poser des questions. Plusieurs personnes ont accepté de partager leur expérience passée avec la tuberculose. À l’âge de sept ans, Neil a pris des médicaments pendant deux semaines et son état s’est amélioré; il a ensuite reçu des injections pendant

dix-huit mois. Il a aussi révélé que la tuberculose avait tué plusieurs de ses amis. On a souligné que la prévention le protégerait d'une future réactivation. Son témoignage a encouragé trois autres personnes à décrire leur traitement à l'acide para-amino-salicylique et à la streptomycine à l'hôpital d'Aklavik. Durant la rencontre, deux personnes toussaient constamment : on les a encouragées à consulter le poste de soins infirmiers afin de s'assurer que la tuberculose n'était pas en cause.

4. La visite à l'hôpital d'Inuvik avait pour raison d'être la participation aux tournées. L'hôpital accueille le docteur John Morse, qui effectue une semaine de consultations avec le docteur Cheryl, qui est en résidence dans le cadre du programme d'internat d'Edmonton. Il y avait aussi Marguerite, du programme de médecine communautaire de Queen, Winlay, un étudiant de l'université de Colombie-Britannique, le docteur Brom de Klerk, le médecin-chef, le docteur Mike Mulherin, le docteur Davey Dhillon, un nouveau membre du personnel qui a travaillé avec Médecins sans frontières au Congo, le docteur Leah Seaman et le docteur Gordon Mowat, psychiatre d'Edmonton.

Je reviendrai souvent sur le sujet du recrutement et de la conservation du personnel. Il faut s'assurer de la satisfaction professionnelle, d'un environnement sûr, d'un logement et d'indemnités adaptées au travail dans le Nord. La possibilité d'offrir une formation spécialisée au travail constituerait un stimulant additionnel qu'on pourrait offrir sur Internet.

Liens  
Gouvernement

Hôpital

Stanton  
Lors de notre visite à l'urgence, nous avons trouvé un médecin sympathique et très adroit dans la réalisation de sutures.

Inuvik  
Le merveilleux nouvel établissement de cette ville en croissance dessert 6 800 personnes sur le terrain et en laboratoire.  
Le nombre d'échantillons traités chaque année par Stanton, le pourcentage de cultures positives, le pourcentage de mycobactéries non tuberculeuses et le pourcentage de tests positifs par région sont inconnus.

Bandes [d'Autochtones] régionales

### **Tâche 3.**

#### **Formation**

#### **Idées**

**Créer un groupe d'étude pour les infirmières en protection de la santé dans chaque région; elles se rencontreraient trimestriellement par conférences**

**téléphoniques, afin de comparer les cas et de faire une présentation.  
Créer un cours sur Internet sur la tuberculose pour les infirmières en  
protection de la santé.**

Préparez un horaire pour les visites sur le terrain avec des affectations de tâches pour les membres de l'équipe et un calendrier des visites. Indiquez les rendez-vous avec les personnes que vous devrez rencontrer.

Préparez une liste des informations que vous souhaiteriez obtenir de chacune de ces personnes.

## Annexe II

### Grandes lignes tirées de la révision semestrielle de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires et du manuel de révision de l'Organisation mondiale de la santé

#### Préambule

Cette révision est menée à la requête du Ministère de la Santé du gouvernement de \_\_\_\_\_. La coordination avec tous les intéressés est importante. La planification est importante afin d'éviter l'interruption du programme. L'agence qui requiert la révision est propriétaire des documents qui en résultent. Au niveau national, la révision devrait impliquer la lutte antituberculeuse nationale et des représentants des Premières Nations.

#### Raison de la révision :

1. Programme de lutte antituberculeuse \_\_\_\_\_ pour améliorer ses conclusions de 2001 grâce à un suivi semestriel.
2. But  
Mesurer les progrès  
Remettre à niveau le soutien  
S'occuper des secteurs problématiques.

#### But de la révision

1. Assurer et renforcer l'implication gouvernementale (lourd fardeau ou mauvais programme).
2. Redéfinir les buts et les orientations
3. Élargir le soutien universitaire et des autres intervenants impliqués dans la protection de la santé, incluant les ONG
4. Gérer les changements (comme la décentralisation).
5. Améliorer l'efficacité
6. Améliorer la capacité du programme national de lutte antituberculeuse à résoudre les problèmes et à superviser les activités

#### Fréquence

On suggère de procéder à une révision à l'interne tous les deux ans et de l'extérieur tous les cinq ans, dans le but d'améliorer les services existants.

#### Calendrier des visites sur le terrain

| Jour de la visite      | L | M | M | J | V |  | L | M | M | J | V |  | L | M | M | J | V |
|------------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| Équipe centrale        | x |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| Ministère              |   | x |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| Équipe VIH             |   |   | x |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| Partenaires ONG        |   |   | x |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| Médicaments essentiels |   |   | x |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |

|   |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
|---|--|--|--|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|---|--|---|---|
| Hôpitaux urbains                                  |  |  |  | x | x |  |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| Région désignée                                   |  |  |  |   |   |  | x | x |   |   |   |  |   |   |  |   |   |
| Région désignée 2                                 |  |  |  |   |   |  |   |   | x | x |   |  |   |   |  |   |   |
| Région désignée 3                                 |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   | x |  | x |   |  |   |   |
| Résumé  |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |  | x |   |  |   |   |
| Équipe centrale, finale                           |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   | x |  |   |   |
| Rapport   |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |  | x |   |
| Médecin-conseil en protection de la santé, finale |  |  |  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |  |   | x |

### **Visites planifiées :**

Première semaine (et dernière rencontre avec le Ministre, pour lui remettre le rapport.)

Note : Il est essentiel de planifier la distribution du rapport. Celui-ci appartiendra à ceux qui l'auront demandé, mais, afin d'en tirer le meilleur parti et pour s'assurer que les recommandations approuvées sont appliquées, il faudrait, assez tôt durant l'exercice, établir un plan pour assurer une large distribution.

Durant la première semaine, on se familiarisera avec le système de santé et les éléments logistiques essentiels à l'implantation d'un programme national de lutte antituberculeuse. L'équipe centrale constitue le groupe dont dépendent le succès ou l'échec; les conseillers sont là pour soutenir et renforcer l'équipe.

#### 1. Rencontre avec l'équipe centrale

- a) Refaire le point sur la situation par rapport à la tuberculose depuis la dernière visite et sur l'implantation des dernières recommandations souhaitées;
- b) Discuter des problèmes perçus;
- c) Planifier la visite.

#### 2. Ministre de la santé

Une rencontre avec le Ministère de la Santé est très importante, par courtoisie et pour d'autres considérations : il s'agit d'exprimer l'importance de la mission, de souligner la contribution du programme de lutte antituberculeuse au système de soins de santé et à l'économie en général. Cette rencontre sert aussi à évaluer l'importance que le Ministre attache à la mission et à préparer le terrain pour le rapport final.

#### 3. Autres programmes nationaux de la santé pertinents

- a) Le programme de lutte contre le VIH est spécialement important dans les pays à forte incidence; il est sage d'établir des liens aux fins de formation et de futur partage des programmes;
- b) Santé pulmonaire;
- c) Santé pulmonaire chez les enfants;
- d) Immunisation : en arriver à une claire compréhension de la politique d'immunisation et des taux d'immunisation au BCG;
- e) Personnel de surveillance de la santé publique;

- f) Personnel affecté aux réserves de médicaments du gouvernement central;
- g) Personnel médical de l'armée, de la police et des établissements de détention.

4. Fonctionnaires d'autres ministères :

- a) Éducation (supérieure), afin de déterminer la disponibilité des travailleurs de la santé, des techniciens de laboratoire, des médecins et des pharmaciens formés. Le nombre de ces intervenants est important, mais aussi leur curriculum et leur lien avec les organismes de protection de la santé.

5. Partenaires donateurs et autres intervenants dans la lutte contre les maladies au pays. Il est utile de faire partie de l'équipe nationale de planification pour le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'autres organismes parallèles qui contribuent à coordonner la lutte contre les maladies.

- a) Gouvernements donateurs, comme la Norvège et le Japon;
- b) Organisations internationales, comme l'Organisation mondiale de la santé et l'Unicef;
- c) Autres, comme Médecins sans frontières;
- d) Chefs religieux?

### **Deuxième semaine**

Le comité de révision se divisera en deux ou trois équipes, avec un membre extérieur sur chaque équipe et il visitera les régions. Ces visites ont pour but de déterminer la fonction du programme dans la découverte de cas, la pose de bons diagnostics et le traitement curatif.

La visite devrait se concentrer sur le département de la gestion, probablement dans les hôpitaux du Soudan. Comme on ne peut tous les visiter, il faudrait bien sélectionner les hôpitaux en milieu urbain et rural pour visiter ceux qui fonctionnent bien et ceux qui éprouvent des difficultés.

Les visites devraient toujours commencer par le responsable du district. C'est une question de courtoisie et cela permet de gagner la confiance et le soutien envers le programme. Les visites devraient comprendre :

L'infirmière en charge du registre des cas, afin de voir le registre et le comparer avec celui du laboratoire en ce qui concerne les frottis. Le registre fournit aussi des informations sur l'occurrence de cas et il permet de vérifier la validité du rapport central. Le technicien de laboratoire, pour voir son équipement et les dossiers des microplaquettes positives et négatives.

Les réserves de médicaments, pour s'assurer de la sécurité et de l'approvisionnement.

Les dossiers de patients pour l'exactitude de la prise de médicaments.

Il est important de s'assurer de voir les patients et, si possible, vérifier leur habitudes de prise de médicaments.

Aux fins de défense du programme, il est utile de vérifier la manière dont le programme est perçu.

### **Troisième semaine**

Les constatations sont résumées par l'équipe de révision et le rapport est rédigé par l'équipe en consultation avec l'équipe centrale du programme national de lutte antituberculeuse. Une fois que tous sont d'accord sur les conclusions, le rapport est prêt à être présenté au Ministre.

À la fin de la semaine, on convient d'un rendez-vous avec le Ministre pour lui présenter les conclusions et les recommandations du comité de révision.

Il faut mettre au point un plan pour que le rapport soit largement distribué à une liste sur laquelle on se sera mis d'accord. Finalement, il faudrait fixer la date de la prochaine révision et les objectifs pour les recommandations.

### **Annexe III**

**Présentations faites au personnel des hôpitaux d’Inuvik et de Stanton par Anne Fanning (disponibles sur demande).**