

ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : juin 1998

Volume 24S2

Supplément

Compte rendu de la Conférence nationale de concertation sur la tuberculose

3-5 décembre 1997

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

**Compte rendu de la
Conférence nationale
de concertation
sur la tuberculose**

du 3 au 5 décembre 1997

Préparé par la
Division de la lutte antituberculeuse
Bureau des initiatives spéciales en matière de santé
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada

REMERCIEMENTS

Le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada tient à remercier Citoyenneté et Immigration Canada ainsi que la Direction générale des services

médicaux, Santé Canada, pour leur appui financier de la Conférence nationale de concertation sur la tuberculose.

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	1
ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE	2
RÉFÉRENCES	8

RECOMMANDATIONS DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE CONCERTATION SUR LA TUBERCULOSE

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX PROGRAMMES ET À LA PRISE EN CHARGE DES CAS	9
RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES LABORATOIRES	11
RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX PEUPLES AUTOCHTONES	13
RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'IMMIGRATION	13
RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA TUBERCULOSE ET L'INFECTION À VIH.	14
RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA RECHERCHE.	15

ANNEXE I

MEMBRES DU CET	16
--------------------------	----

ANNEXE II

LISTE DES PARTICIPANTS	17
----------------------------------	----

CONTEXTE

En 1994, devant la fin de la tendance à la baisse de la tuberculose au Canada et l'évolution de l'épidémiologie dans d'autres pays, et notamment l'émergence de la tuberculose multirésistante et la propagation de l'épidémie de co-infection VIH-tuberculose, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé Canada a tenu une conférence nationale afin de définir son rôle dans le cadre d'une stratégie nationale renouvelée de prévention et de lutte contre la tuberculose. L'une des recommandations issues de la conférence avait trait à la formation d'un groupe consultatif d'experts qui serait chargé d'examiner des moyens de juguler et, en bout de ligne, d'éliminer les diverses menaces que fait planer la tuberculose au Canada.

Le groupe consultatif ainsi créé, le Comité d'experts sur la tuberculose (CET), a établi plusieurs sous-comités pour étudier certaines questions précises : les programmes et la prise en charge des cas, les questions relatives aux laboratoires, les peuples autochtones, l'immigration, la co-infection tuberculose-VIH et la recherche. Au terme d'un processus de consultation, chaque sous-comité a rédigé un rapport et des recommandations concernant des mesures à prendre

pour éliminer cette maladie au Canada. Les recommandations ont été soumises à un auditoire plus vaste lors de la Conférence nationale de concertation sur la tuberculose, qui a eu lieu à Toronto du 3 au 5 décembre 1997. Le présent rapport décrit brièvement les aspects épidémiologiques de la tuberculose dans le monde entier et au Canada et présente les recommandations finales pour une stratégie nationale de lutte antituberculeuse qui ont été arrêtées par voie de consensus lors de cette réunion.

Des claviers électroniques ont servi à mesurer le degré de consensus pour chaque recommandation proposée et à maintenir la confidentialité du scrutin. Pour chaque recommandation, l'on s'est convenu sur les critères suivants pour parvenir au consensus :

- (a) au moins 80 % des participants au scrutin étaient en faveur de la recommandation;
- (b) au moins 80 % des participants au scrutin qui s'étaient classés parmi les intéressés du domaine de la recommandation en étaient en faveur.

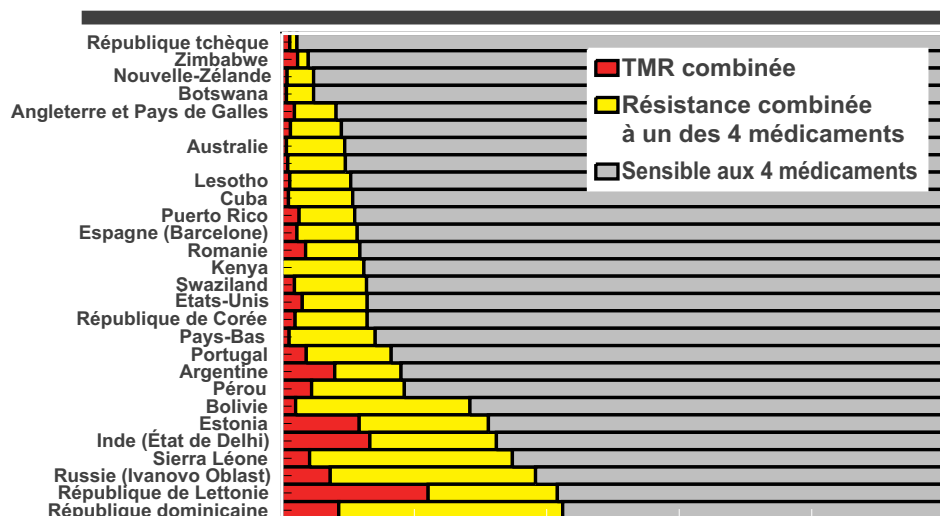
ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

À l'échelle mondiale, la tuberculose continue d'être une cause importante de morbidité et de mortalité. On estime que le tiers de la population mondiale est infectée par le bacille tuberculeux et que trois millions de décès sont imputables à cette maladie chaque année. En 1993, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que la tuberculose était une urgence mondiale; il s'agit de la première maladie ainsi classée dans toute l'histoire de cette organisation.

Dans les pays en développement, l'impact de la tuberculose s'est accentué avec la propagation de l'infection à VIH et du sida, et la maladie a atteint des

proportions épidémiques; dans les pays industrialisés, les changements dans les tendances de l'immigration, l'augmentation du nombre de sans-abri, la réduction des budgets consacrés aux programmes de santé publique et la multiplication des voyages à l'étranger ont entraîné un renversement des tendances à la baisse bien établies des taux de tuberculose. Selon les chiffres de l'OMS publiés en 1997⁽¹⁾, les taux d'incidence régionaux déclarés pour 1995 variaient de 33,0 pour 100 000 habitants dans les Amériques à 98,5 pour 100 000 dans le Sud-Est asiatique.

Figure 1 : Prévalence d'une résistance combinée à tout médicament et à la tuberculose multirésistante (TMR) 1994-1997



Source : Le OMS/UICTMR – Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance

Figure 2 : Incidence déclarée et décès dus à la tuberculose au Canada, 1924-1995

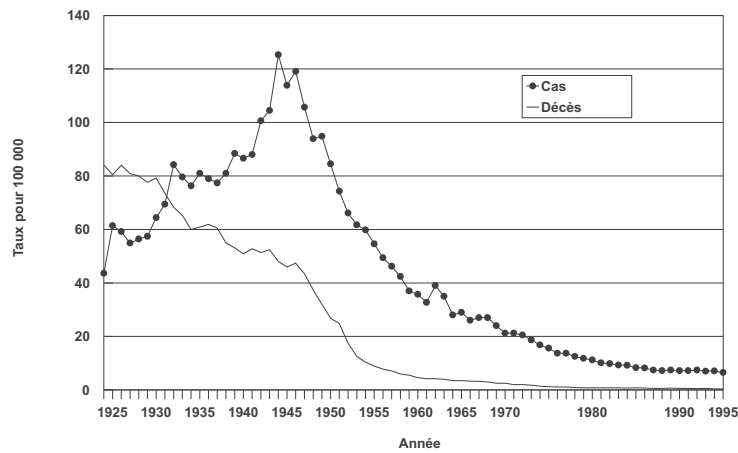
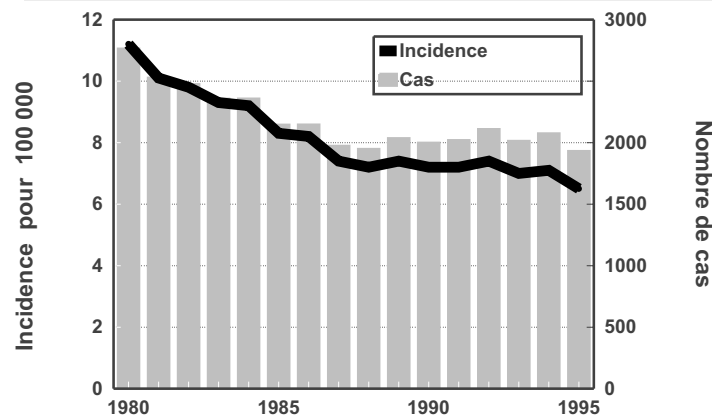


Figure 3 : Tuberculose déclarée au Canada, 1980-1995



Par suite de la propagation de l'infection à VIH, qui affaiblit le système immunitaire et accroît le risque de tuberculose active chez une personne infectée par le bacille tuberculeux, on s'attend à dénombrer 1,4 million de cas de tuberculose active dans le monde entier chaque année chez des personnes infectées par le VIH d'ici la fin du siècle. La tuberculose représente déjà la première cause de décès chez les personnes séropositives pour le VIH à l'échelle mondiale.

L'une des grandes préoccupations de l'OMS est l'émergence de souches de bacilles tuberculeux résistantes aux médicaments, en particulier dans les pays en développement. Ces souches, et surtout celles qui résistent à plus d'un des médicaments de première ligne habituellement utilisés pour traiter la maladie, constitueront une menace très sérieuse si elles se propagent rapidement dans le monde entier.

Malheureusement, ce phénomène est surtout imputable à un régime thérapeutique incomplet ou inadéquat. Le traitement sous observation directe, qui consiste en un traitement administré sous surveillance étroite pour faire en sorte que chaque dose soit prise jusqu'à la fin de la période prescrite, est une méthode qui est fortement recommandée pour garantir l'observance du traitement et la guérison et prévenir l'apparition d'une résistance aux médicaments.

Le rapport récemment publié par l'OMS/UICTMR (Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires) intitulé : «Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance»⁽²⁾ met en lumière ce problème de plus en plus important (figure 1). Entre 1994 et 1997, la prévalence de la résistance combinée (primaire et acquise) à l'un quelconque des antituberculeux courants chez les cas étudiés dans les

Figure 4 : Taux bruts de cas de tuberculose déclarés au Canada par sous-groupe de population, 1995

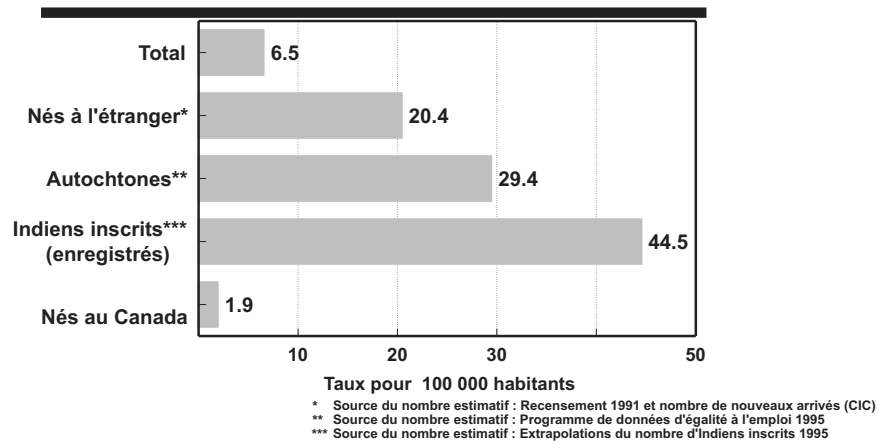
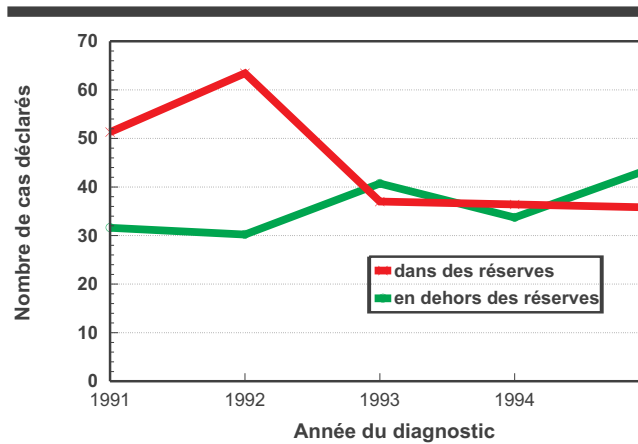


Figure 5 : Incidence de la tuberculose chez les Indiens inscrits selon leur résidence, 1991-1995



pays participant au projet s'échelonnait de 2,3 % en République tchèque à 42,4 % en République dominicaine. La prévalence de la tuberculose multirésistante, définie comme la résistance à au moins l'isoniazide et la rifampicine, variait de 0 % au Kenya à 22,1 % dans la République de Lettonie. La moyenne pondérée de la résistance globale dans les pays participants s'établissait à 16,7 %, alors qu'elle était de 4,3 % dans le cas de la tuberculose multirésistante.

Au Canada, la tuberculose n'a pas atteint de proportions épidémiques. Elle a cependant été une cause importante de morbidité et de mortalité au début du siècle. Le taux de mortalité s'établissait à 84 pour 100 000 en 1924, et le taux d'incidence déclaré a atteint un sommet de 119 pour 100 000 en 1946 (figure 2). Avec l'amélioration des conditions de vie, les programmes de santé publique et l'avènement de

l'antibiothérapie, les taux de morbidité et de mortalité ont chuté de façon radicale depuis le milieu des années 40. Les taux d'incidence et de mortalité déclarés en 1995 s'établissaient à 6,5 et 0,4 pour 100 000 respectivement. Cependant, la tendance à la baisse de l'incidence qui prévalait depuis plusieurs décennies s'est infléchie depuis 1987 (figure 3).

Au Canada, certains groupes de la population sont à risque accru de tuberculose : il s'agit notamment des peuples autochtones (les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits, les Métis, les Inuit et les Innus), les personnes nées à l'étranger qui sont issues de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée, les populations désavantagées des vieux quartiers pauvres et les personnes infectées par le VIH. En 1995, le taux d'incidence de la tuberculose était de 1,9 pour 100 000 chez les non-Autochtones nés au Canada, alors que chez

Figure 6 : Incidence de tuberculose déclarée chez les peuples autochtones au Canada par province/territoire, 1995 (n=343)

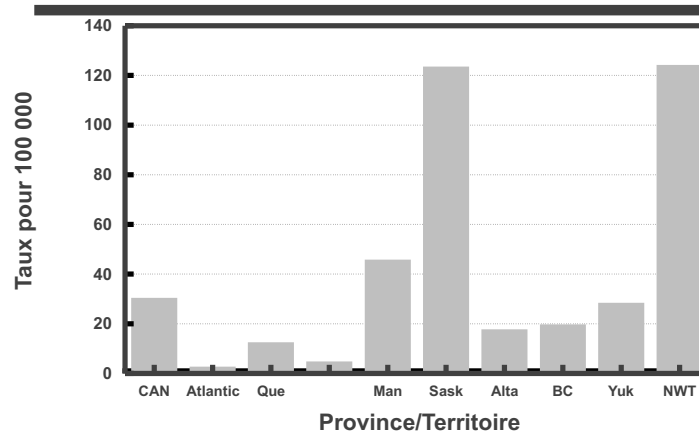
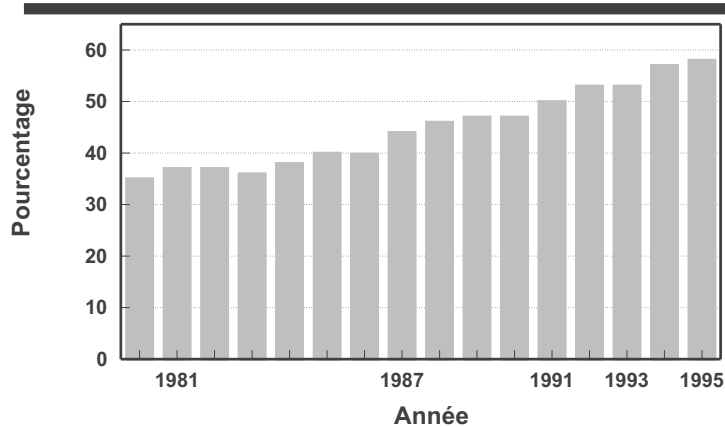


Figure 7 : Pourcentage de cas de tuberculose déclarés au Canada chez les personnes nées à l'étranger, 1980-1995



les Indiens inscrits, tous les Autochtones et les résidents nés à l'étranger, il s'établissait à 44,5 pour 100 000, 29,4 pour 100 000 et 20,4 pour 100 000 respectivement (figure 4).

Le taux d'incidence déclaré chez les Indiens inscrits vivant dans des réserves a chuté depuis 1992, alors que celui des Indiens vivant en dehors des réserves est à la hausse depuis 1990 (figure 5). S'il est vrai que le taux d'incidence global pour les populations autochtones est demeuré relativement stable au cours des quelques dernières années, on note des variations considérables dans les taux d'incidence parmi les provinces et les territoires (figure 6).

Au fil des ans, la proportion des cas de tuberculose survenant chez des personnes nées à l'étranger a

augmenté (figure 7). En 1980, 35 % de tous les cas déclarés ont été observés chez des résidents nés à l'extérieur du Canada tandis qu'en 1995, la proportion avait atteint 58 %. On ne s'étonnera pas du fait que la plupart des pays d'origine de ces personnes sont situés dans des régions où l'on observe une forte prévalence de la maladie (figure 8). Une proportion importante de ces cas sont diagnostiqués dans les quelques années qui suivent l'arrivée au pays (figure 9).

L'impact de l'infection à VIH sur l'épidémiologie de la tuberculose au Canada n'a pas été établi de façon précise, quoiqu'il ne semble pas très marqué. Des groupes comme les Autochtones et les utilisateurs de drogues injectables courent un risque particulier. À la fin de 1996, 606 personnes atteintes du sida avaient également reçu un diagnostic de tuberculose, ce qui

Figure 8 : Principaux pays d'origine des cas de tuberculose au Canada chez les personnes nées à l'étranger, 1990-1995

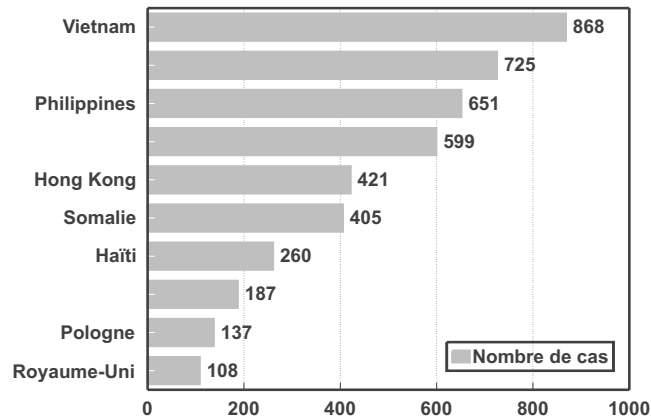


Figure 9 : Cas de tuberculose rapportés chez les personnes nées à l'étranger selon leur année d'arrivée, 1995

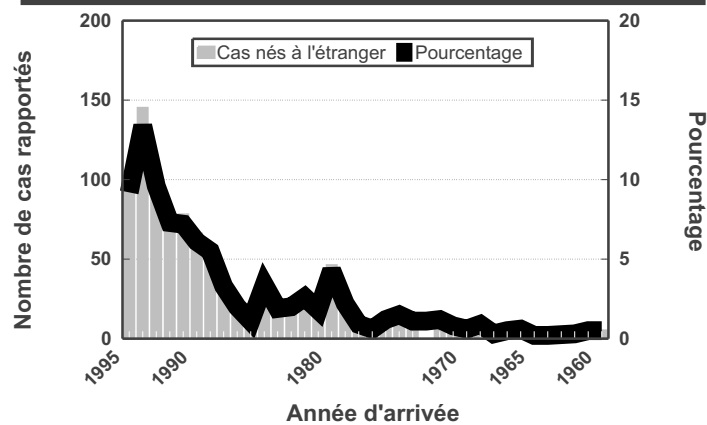
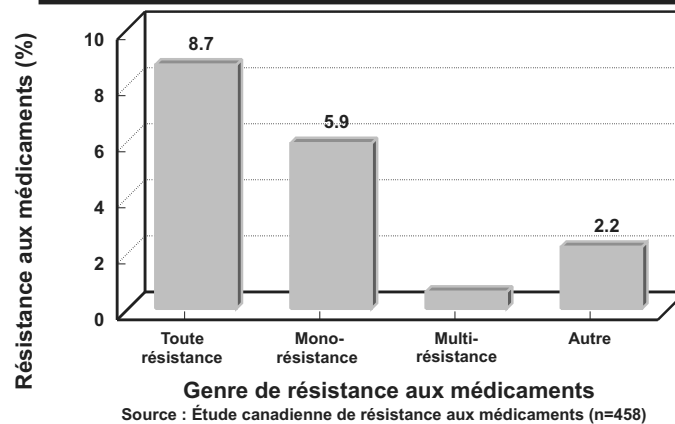


Figure 10 : Prévalence de la résistance aux médicaments parmi les cas de tuberculose au Canada, 1993-1994



représente 4,2 % de tous les cas de sida déclarés. Il y a cependant lieu de croire que ce chiffre représente une sous-estimation de la réalité et il faudrait étudier davantage la question.

Pour ce qui est de la résistance aux médicaments, on possède jusqu'ici des données limitées à l'échelle nationale concernant l'ampleur du problème. Une étude

nationale réalisée en 1993-1994 révélait que 8,7 % des isolats de tuberculose étudiés étaient résistants à au moins un antituberculeux courant et que 0,6 % étaient multirésistants (figure 10).

Références

1. Global Tuberculosis Programme, WHO. *Global tuberculosis control — WHO report 1997*. Geneva: WHO, 1997.
2. Global Tuberculosis Programme, WHO. *Anti-tuberculosis drug resistance in the world: the WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance*. Geneva: WHO, 1997.

RECOMMANDATIONS DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE CONCERTATION SUR LA TUBERCULOSE*

DU 3 AU 5 DÉCEMBRE 1997

Recommandations relatives aux programmes et à la prise en charge des cas

- 1.1 Chaque province et territoire au Canada devrait se fixer, comme objectif global d'élimination de la tuberculose, de ramener le nombre de cas à moins de 1 pour 100 000 habitants, en réduisant chaque année le nombre de cas de 5 % et en axant particulièrement les interventions sur les groupes à risque élevé (comme les Autochtones et les personnes nées à l'étranger); cet objectif de réduction devrait être revu tous les 5 ans.
- 1.2 Les provinces et les territoires devraient s'engager conjointement à mettre en oeuvre un programme national d'élimination de la tuberculose qui serait coordonné à l'échelle nationale, qui jouirait d'un financement garanti et dont l'exécution serait assurée par un comité de coordination composé de représentants des autorités fédérales, provinciales et territoriales.
- 1.3 Voici les principes qui devraient sous-tendre un tel engagement :
 - i) le programme devrait être permanent (une infrastructure permanente devrait être en place à l'échelle nationale);
 - ii) il devrait exister à l'échelle du pays;
 - iii) il devrait être adapté aux besoins des régions (en partenariat avec les collectivités);
 - iv) il devrait s'intégrer au système de santé.
- 1.4 Il y aurait lieu d'élaborer et d'approuver au niveau national un manuel de définitions de cas et de régimes thérapeutiques.
- 1.5 Sans négliger les impératifs de sécurité et de confidentialité, il faut veiller à déclarer tous les cas aux autorités de la santé publique de la région concernée et fournir suffisamment de données démographiques pour qu'on puisse clairement définir les catégories de risques en cause, la confirmation bactériologique du diagnostic et le profil de sensibilité. Par la suite, ces données devraient être recueillies et analysées au niveau national.
- 1.6 Sur le plan de la gestion du programme, l'observation directe du traitement devrait être la norme, étant entendu que l'objectif ultime d'un traitement

*Vous trouverez au dernier paragraphe de la page 1, la façon dont on a procédé pour parvenir au consensus pour chaque recommandation.

est dans tous les cas soit la guérison soit l'achèvement du traitement, et que cet objectif peut être atteint par d'autres moyens.

- 1.7 Il faut disposer de personnel qualifié pour mettre en oeuvre les programmes de lutte antituberculeuse.
- 1.8 Il faut assurer un contrôle de la qualité tant dans les laboratoires qu'en milieu clinique et de santé publique, notamment par une supervision adéquate, assortie d'une évaluation des interventions et de leur issue.
- 1.9 Chaque province ou territoire doit veiller à ce que son programme de lutte antituberculeuse satisfasse aux normes nationales établies.
- 1.10 Il faudrait améliorer la recherche passive de cas en veillant à ce que les aspects cliniques de la tuberculose et ceux reliés à la lutte antituberculeuse soient intégrés à la formation de base des professionnels de la santé (médecins, infirmières, techniciens, paramédicaux, etc.), de même qu'aux programmes de perfectionnement et de formation continue des médecins et des infirmières.
- 1.11 Chaque province ou territoire devrait mettre en place des mesures de dépistage et de prophylaxie à l'intention des groupes à haut risque. (Voir ci-après les recommandations portant sur les peuples autochtones, les immigrants et les personnes infectées par le VIH.)
 - a) Dans les refuges pour sans-abri, il est recommandé de mettre en place auprès de la clientèle des programmes de dépistage de la tuberculose.
 - b) Dans les établissements de soins prolongés pour personnes âgées, il est recommandé de procéder à des tests cutanés à la tuberculine (TCT) de référence (en deux étapes) au moment de l'admission, et d'assurer une vigilance continue à l'égard de la tuberculose, afin qu'on puisse le plus rapidement possible diagnostiquer les cas éventuels, amorcer leur traitement et assurer le suivi des contacts.
 - c) Dans les établissements correctionnels, il est recommandé que le personnel, les bénévoles et les détenus fassent l'objet d'un dépistage à leur arrivée, puis une fois l'an (si le séjour est supérieur à 1 mois). L'information sur l'état du détenu en ce qui a trait à la tuberculose

devrait toujours le suivre, étant donné qu'elle est un élément fondamental de son dossier de santé.

- d) Chez les personnes immunodéprimées, il est recommandé de procéder à une évaluation clinique pour la tuberculose et à une prophylaxie lorsque les circonstances l'indiquent.
 - e) Dans les programmes de désintoxication, il est recommandé de procéder à un dépistage auprès de la clientèle au moment de l'admission.
 - f) Dans les établissements de santé et de soins prolongés, il est recommandé que le dépistage auprès du personnel s'effectue conformément aux *Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada*.
 - g) Il est déconseillé de procéder à un dépistage systématique chez les enfants appartenant à des populations à faible risque.
- 1.12 Le Canada devrait se fixer pour objectif de diagnostiquer tous les cas de tuberculose active et de parachever le traitement dans la totalité (100 %) des cas.
 - 1.13 Tous les cas de tuberculose active, particulièrement les cas de tuberculose pulmonaire, doivent être déclarés au service de santé publique concerné dans les 24 heures du diagnostic.
 - 1.14 Chaque cas de tuberculose active doit :
 - a) avoir un responsable attribué, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'une infirmière hygiéniste, qui serait chargé de surveiller l'observance du traitement et de rechercher au moins une fois par mois la présence éventuelle d'une toxicité médicamenteuse;
 - b) amorcer un traitement antituberculeux approprié dans les 24 heures suivant le diagnostic;
 - c) faire l'objet d'un traitement complet.
 - 1.15 Tous les cas de tuberculose pulmonaire hospitalisés devraient être traités suivant les *Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada*; les personnes traitées à la maison ne

devraient réintégrer leur travail que lorsqu'elles ne sont plus contagieuses.

1.16 Tout établissement qui entreprend d'isoler des cas de tuberculose doit s'être doté d'un programme rigoureux de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose.

1.17 Un médecin spécialiste de la tuberculose doit être consulté chaque fois que l'on observe un cas de résistance aux médicaments.

1.18 Tous les médicaments antituberculeux doivent être fournis gratuitement aux patients.

1.19 Il faut rendre compte de l'issue de chaque traitement par l'un des termes suivants :

guérison (cas qui a terminé le traitement et dont les résultats de frottis étaient négatifs à la fin de celui-ci);

traitement complété (cas qui a terminé le traitement mais qui n'a pas subi de frottis à la fin de celui-ci);

décès (cas qui est décédé en cours de traitement, peu importe la cause);

échec (cas avec frottis positif, dont le frottis demeure ou redevient positif 5 mois ou plus après le début du traitement);

abandon (cas qui, après son inscription, n'est pas passé prendre ses médicaments pendant au moins 2 mois);

transfert (cas qui a été transféré à un autre centre participant et dont les résultats du traitement sont inconnus).

1.20 La recherche de tous les contacts des cas de tuberculose doit commencer dans les 7 jours suivant la déclaration du cas index.

1.21 Tous les contacts des cas de tuberculose avec frottis positif doivent être évalués au moyen d'un TCT et, ceux qui sont positifs (≥ 5 mm) devraient subir une radiographie pulmonaire et culture des expectorations dans les 30 jours suivant la déclaration du cas index.

1.22 Tous les contacts des cas avec frottis positif chez qui l'on a diagnostiqué l'infection devraient se voir offrir une prophylaxie à l'isoniazide, conformément

aux *Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose*.

1.23 Les groupes de personnes à risque de réactivation de la tuberculose devraient se voir offrir une chimioprophylaxie conformément aux *Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose*.

1.24 Il faudrait poursuivre la prophylaxie à l'isoniazide pendant 6 à 12 mois et procéder à une surveillance mensuelle de la toxicité médicamenteuse conformément aux *Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose*.

1.25 Les résultats du programme de chimioprophylaxie devraient être évalués.

1.26 Le LLCM, en collaboration avec les provinces et territoires, devrait être le chef de file dans l'instauration d'un système national intégré de surveillance de la tuberculose.

1.27 Le Canada devrait considérer le problème de la tuberculose sous l'angle de l'épidémie mondiale afin que ses démarches portent fruit auprès de la très grande proportion des membres de la population touchée qui sont nés à l'étranger. En conséquence, le Canada devrait investir ressources et savoir-faire dans l'assistance aux programmes de lutte antituberculeuse mis en oeuvre dans les pays où la maladie est très répandue.

Recommandations concernant les laboratoires

2.1 Le Laboratoire national devrait assurer et coordonner les services, comme une gamme complète de services de vérification de la compétence, de contrôle de la qualité et de normalisation, selon les besoins des provinces et des territoires.

2.2 Le Laboratoire national devrait faciliter, dans la mesure du possible, les transferts technologiques, y compris les services de formation.

2.3 Il faudrait élaborer des modalités pour la transmission de l'information des provinces et des territoires au Laboratoire national ou au LLCM.

2.4 Il faudrait élaborer des modalités pour la transmission rapide et régulière de l'information aux provinces et aux territoires.

- 2.5 Les laboratoires participants devraient faire parvenir l'information sur la sensibilité aux médicaments, avec des codes d'identification uniques, à un système de surveillance centralisé (base de données) situé au LLCM, dans le trimestre de l'obtention des résultats.
- 2.6 Des rapports cumulatifs devraient être envoyés aux programmes provinciaux et aux laboratoires participants dans un délai acceptable. Les déclarations de cas et les rapports de laboratoire devraient être réunis dans un seul et même système de surveillance.
- 2.7 La collection nationale d'espèces de *Mycobacterium* (y compris des organismes ayant un profil d'identification atypique) devrait être tenue en permanence. Les souches résistantes aux médicaments devraient être réunies soit au Laboratoire national, soit au laboratoire provincial ou territorial qui a envoyé l'échantillon (en vue de la prise d'empreintes génétiques ou de leur conservation pour référence future), à titre de ressource pour le Réseau national des laboratoires sur la tuberculose.
- 2.8 Tous les prélèvements qui doivent faire l'objet d'une culture mycobactériologique devraient être transportés rapidement à un laboratoire approprié le plus tôt possible, conformément aux *Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose*.
- 2.9 Les laboratoires devraient veiller à faire appliquer les méthodes et protocoles permettant la collecte d'échantillons de haute qualité, leur traitement optimal et la communication rapide des résultats.
- 2.10 Dès réception d'un prélèvement, les laboratoires devraient être en mesure de respecter les délais moyens suivants :
- Examen microscopique*
1 jour ouvrable
 - Détection de la croissance*
14 jours ouvrables
 - Identification*
7 jours à partir de la date d'isolement
 - Étude de la sensibilité*
30 jours (pour les antituberculeux de première ligne)
- e. *Communication des résultats*
Dans les 24 heures, par téléphone, au médecin traitant (ou son représentant) et aux autorités sanitaires.
- 2.11 Les mécanismes de réception et de diffusion des résultats devraient être clairement définis.
- 2.12 De concert avec le Laboratoire national, les laboratoires des provinces et des territoires devraient élaborer des programmes d'assurance de la qualité pour toutes les méthodes de laboratoire.
- 2.13 Dans les cas où l'on décide de recourir à des méthodes d'amplification, celles-ci ne devraient être utilisées qu'en guise de complément à l'examen microscopique et à la culture jusqu'à ce que l'on ait démontré qu'elles sont équivalentes ou supérieures à la culture sur les plans de la sensibilité et de la spécificité.
- 2.14 La validation des études de sensibilité au moyen de la vérification de la compétence devrait se poursuivre afin d'éviter d'avoir à procéder à des enquêtes nationales périodiques de la sensibilité. Le Laboratoire national devrait organiser et financer cette évaluation de la compétence en permanence.
- 2.15 Tous les laboratoires de mycobactériologie devraient satisfaire aux critères de biosécurité de niveau 3 énoncés dans les *Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire* (2^e édition, 1996).
- 2.16 Le typage des souches devrait être exécuté dans des circonstances bien définies, et il devrait y avoir une collaboration étroite entre les épidémiologistes et le personnel de laboratoire.
- 2.17 Le typage des souches devrait être effectué dans des laboratoires qui possèdent un personnel expérimenté, et ce personnel devrait participer à l'interprétation des résultats du typage.
- 2.18 Chaque province ou territoire devrait s'assurer qu'elle ou il dispose de services de laboratoire susceptibles de répondre aux besoins de son programme de tuberculose, et que ces services de laboratoire sont reliés au programme clinique de la tuberculose.
- 2.19 La surveillance continue de la résistance aux médicaments devrait être effectuée au Canada tant à l'échelle nationale qu'aux échelons provinciaux

et territoriaux en vue de détecter rapidement toute évolution dans les profils de sensibilité aux médicaments.

Recommandations relatives aux peuples autochtones

- 3.1 Les autorités sanitaires fédérales, provinciales et territoriales doivent travailler en partenariat avec les autorités sanitaires des communautés autochtones (définies comme regroupant les Indiens inscrits vivant ou non dans des réserves, les Indiens non inscrits, les Métis, les Inuit et les Innus) à la prise en charge par ces communautés de leurs programmes de santé, de façon qu'une surveillance efficace puisse être assurée et que les communautés puissent avoir accès aux ressources dont elles ont besoin pour la mise en oeuvre des programmes de lutte antituberculeuse.
- 3.2 Les autorités sanitaires fédérales, provinciales et territoriales doivent travailler en partenariat avec les peuples autochtones vivant ou non dans des réserves à l'élaboration d'une démarche nationale concertée de lutte contre la tuberculose dans les communautés autochtones du Canada.
- 3.3 Tout en respectant le caractère confidentiel des informations concernant les patients, il faut établir une collaboration entre les organismes oeuvrant dans le domaine du sida et ceux oeuvrant dans le domaine de la tuberculose afin de mieux faire face aux risques et aux questions entourant les soins et afin de mieux comprendre la co-infection sur le plan épidémiologique.
- 3.4 Les pouvoirs publics et les communautés doivent reconnaître les conditions sociales qui contribuent à l'apparition de la tuberculose et collaborer à leur élimination.
- 3.5 Une stratégie nationale pour l'élimination de la tuberculose doit comporter des activités reconnues en matière de lutte antituberculeuse, comme le traitement sous observation directe. Tous les ordres de gouvernement doivent contribuer au financement de ces mesures.
- 3.6 De même, le gouvernement doit s'engager, tant du point de vue des politiques que du point de vue des ressources, à assurer en permanence un système centralisé de surveillance de la tuberculose.
- 3.7 On doit disposer d'une source de financement centralisée et dédiée pour la prise en charge des éclosions dans la communauté. Le financement doit couvrir les coûts cachés de la gestion des éclosions de tuberculose, comme ceux ayant trait au transport, aux soins infirmiers complémentaires, aux services de laboratoire et aux services radiographiques.
- 3.8 Les documents d'information sur la tuberculose destinés aux communautés autochtones devraient être élaborés par elles ou en collaboration avec elles.
- 3.9 Il y aurait lieu d'offrir aux agents de santé communautaire une formation et une éducation sanitaire qui tiennent compte des différences culturelles.
- 3.10 En raison des taux élevés de tuberculose qui sévissent dans les communautés autochtones, il y aurait lieu d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer des lignes directrices en matière de dépistage qui soient adaptées aux particularités des régions.

Recommandations relatives à l'immigration

- 4.1 Il y aurait lieu de reconnaître que la tuberculose chez les immigrants, les réfugiés, les visiteurs, les étudiants et les autres personnes venant de régions du monde où la maladie est endémique, représente le principal problème en ce qui concerne le contrôle et l'élimination de la tuberculose; tant au moment de leur entrée au pays qu'avant et après.
- 4.2 La tuberculose ne devrait pas être un motif pour restreindre l'immigration.
- 4.3 Les politiques et stratégies actuelles en matière de lutte antituberculeuse auprès de ces populations ne semblent pas porter fruit, d'où la nécessité de les réévaluer sans tarder.
- 4.4 Il y aurait lieu de modifier les stratégies existantes ou d'en élaborer de nouvelles, dans les plus brefs délais, de manière à détecter et à prévenir efficacement la tuberculose chez ces groupes.
- 4.5 La lutte contre la tuberculose chez ces groupes doit tenir compte des éléments suivants : dépistage par le TCT, dépistage du VIH, obstacles à la recherche et au suivi des cas, procédures particulières dans le

cas de personnes issues de pays à haut risque, prédominance de la maladie chez certains groupes par rapport à d'autres, éducation, assurance-maladie, multiculturalisme, participation des groupes touchés et accès au système de soins de santé.

Recommandations relatives à la tuberculose et l'infection à VIH

Recommandations concernant les politiques

- 5.1 Devant la possibilité d'une augmentation du nombre de cas de tuberculose chez les personnes infectées par le VIH et le risque de tuberculose multirésistante dans cette population, les décideurs doivent fournir les ressources nécessaires pour donner suite aux *Recommandations concernant la pratique clinique*.
- 5.2 Le LLCM, en collaboration avec les organismes provinciaux et territoriaux, devrait créer un fichier national de données épidémiologiques concernant la co-infection tuberculose-VIH, et recueillir, analyser et diffuser ces données, tout en assurant la sécurité et la confidentialité des fichiers en question.
- 5.3 Le LLCM et les provinces et territoires devraient adopter des formules de déclaration de l'infection à VIH et de la tuberculose afin de recueillir des données sur la co-infection lorsque cela est possible et justifié.
- 5.4 Le LLCM devrait soutenir et coordonner la tenue d'enquêtes spéciales, en plus d'y participer, dans le but de déterminer l'ampleur de la co-infection tuberculose-VIH au Canada. En guise de soutien, il devrait notamment fournir savoir-faire, ressources et personnel.
- 5.5 Le LLCM, en collaboration avec des partenaires provinciaux et territoriaux, les laboratoires et des groupes communautaires, devrait participer aux enquêtes entourant les éclosions et les concentrations de cas de co-infection tuberculose-VIH. Il devrait notamment fournir savoir-faire, ressources et personnel. Des enquêtes épidémiologiques ciblées devraient également être menées en fonction des besoins dictés par l'évolution de l'interaction tuberculose-infection à VIH.

5.6 Le LLCM devrait veiller à la diffusion rapide d'information au sujet de la co-infection tuberculose-VIH à partir de modèles de communication de type participatif. Cette question revêt une importance particulière en raison de la dynamique et de l'évolution constante des stratégies de lutte contre cette co-infection, comme la mise au point de certains traitements antirétroviraux qui sont susceptibles d'interagir avec des agents antituberculeux. En outre, l'administration du BCG aux nouveau-nés chez qui le VIH a été transmis verticalement nécessite la prise de précautions particulières.

5.7 Il faudrait recourir aux centres sentinelles et aux organismes communautaires pour l'évaluation des interventions contre la co-infection tuberculose-VIH et, en particulier, des obstacles qui réduisent leur efficacité.

5.8 Il faudrait encourager les médecins et les autres prestataires de soins à offrir des tests de dépistage du VIH dans les centres où l'on traite des tuberculeux et à prévoir un counselling adéquat avant et après le test; à l'inverse, il faudrait encourager l'administration du TCT dans les endroits où l'on traite des personnes infectées par le VIH.

5.9 Il faudrait favoriser l'amélioration des communications et une collaboration accrue entre les programmes de lutte contre le sida et les programmes de lutte antituberculeuse lorsqu'ils fonctionnent en parallèle, de même qu'entre ces programmes et les organismes communautaires. L'éducation des travailleurs de la santé et des membres de la communauté est essentielle.

Recommandations concernant la pratique clinique

5.10 Il est de plus en plus clair qu'une intervention précoce auprès des personnes infectées par le VIH, en particulier le recours à la polythérapie, incluant des antirétroviraux, est susceptible d'influer sensiblement sur le cours de leur infection, c'est pourquoi il faudrait tout mettre en oeuvre pour identifier les personnes infectées par le VIH. Il y aurait donc lieu de faire subir des épreuves sérologiques à tous les patients atteints de la tuberculose, une fois qu'on a obtenu leur consentement éclairé et qu'on leur a offert un counselling adéquat avant et après le test.

- 5.11 Étant donné que l'apparition d'une tuberculose chez une personne infectée par le VIH semble accélérer l'évolution du déficit immunitaire sous-jacent, il est essentiel de faire subir régulièrement des TCT à toutes les personnes infectées par le VIH afin de déceler chez eux la présence éventuelle d'une infection tuberculeuse. Il n'est pas recommandé d'administrer systématiquement des tests d'anergie tuberculique.
- 5.12 En présence d'une co-infection tuberculose-VIH, il est fortement recommandé d'administrer une chimioprophylaxie appropriée conformément aux *Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose*.
- 5.13 Tous les patients hospitalisés qui sont atteints de tuberculose infectieuse devraient être placés en isolement respiratoire jusqu'à ce qu'on ait établi qu'ils ne sont plus contagieux conformément aux *Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada*. Il est recommandé de faire preuve d'une très grande prudence dans le cas de patients atteints de tuberculose multirésistante ou de ceux qui quittent l'hôpital pour être admis dans un établissement ou un milieu communautaire où l'on trouve une forte prévalence de personnes infectées par le VIH.
- 5.14 Les organismes communautaires devraient avoir un programme adéquat de surveillance et de dépistage de la tuberculose à l'intention de leur personnel et de leur clientèle afin d'identifier le plus rapidement possible les personnes atteintes d'une infection tuberculeuse ou de tuberculose active.
- 5.15 Les pouvoirs publics doivent reconnaître le risque de transmission de la tuberculose qui existe au sein des organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes infectées par le VIH, et participer à l'élaboration de stratégies visant à atténuer ce risque. Au coeur de cette action se trouvent le dépistage et le traitement précoces de l'infection. Il y aurait lieu d'optimiser les politiques régissant les milieux de travail et les évaluations environnementales, et d'envisager le recours à des techniques de pointe selon leur rentabilité et leur efficacité.
- 5.16 Les professionnels de la santé oeuvrant dans le domaine de la tuberculose doivent recevoir une formation sur les dimensions psychosociales du sida et de l'infection à VIH, et en particulier sur les aspects juridiques, les questions éthiques et les droits de la personne, ainsi que sur l'incidence de

facteurs socio-économiques sur les personnes atteintes d'une co-infection tuberculose-VIH.

- 5.17 Les personnes qui travaillent auprès des sans-abri infectés par le VIH devraient obtenir régulièrement des échantillons d'expectorations des personnes symptomatiques afin de permettre le diagnostic précoce des cas de tuberculose active.

Recommandations relatives à la recherche

- 6.1 Il y aurait lieu de reconnaître que la recherche, qu'elle soit fondamentale, épidémiologique ou reliée à la santé publique ou communautaire, fait partie intégrante d'une stratégie nationale d'élimination de la tuberculose.
- 6.2 Tous les ordres de gouvernement ainsi que les autres sources éventuelles de financement doivent activement faire la promotion de la recherche sur la tuberculose et en assurer le soutien en conséquence.
- 6.3 Il faut accroître les fonds engagés pour la formation, l'infrastructure et la recherche sur la tuberculose, notamment par l'entremise de mécanismes d'examen par les pairs. Au nombre des éventuels bailleurs de fonds figurent le Conseil de recherches médicales, les ONG et l'entreprise privée.
- 6.4 Il faudrait établir des mécanismes pour l'établissement de priorités en ce qui concerne la recherche sur la tuberculose qui permettraient d'atteindre l'objectif de l'élimination. Le processus mettrait à contribution tous les groupes d'intéressés, et sa coordination pourrait relever du Comité d'experts sur la tuberculose (CET).
- 6.5 Il faut renforcer les efforts de coordination et de collaboration dans le domaine de la recherche sur la tuberculose au Canada et promouvoir les études multicentriques. La coordination pourrait être assurée par le LLCM; le CET servirait de comité consultatif.
- 6.6 Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les organismes de financement doivent travailler en partenariat avec les communautés et engager les ressources nécessaires à la réalisation des recherches visant à s'attaquer aux problèmes complexes posés par la tuberculose.

Annexe I

MEMBRES DU CET

David Haldane (président)

Richard Menzies

Gail Bissett

Monika Naus

Anne Fanning

Lindsay Nicolle

Mark FitzGerald

Terry Tannenbaum

Beth Henning

Earl Hershfield

Howard Njoo (secrétaire général, LLCM)

Annexe II

LISTE DES PARTICIPANTS

D^r Lewis Abbott

Medical Microbiologist
Queen Elizabeth Hospital
Riverside Drive
P.O. Box 6600
Charlottetown, P.E.I. C1A 8T5
T: (902) 894-2300
F: (902) 894-2385
E-mail: labbott@isn.net

D^r Alix Adrien

Direction de la santé publique
Unité des maladies infectieuses
Hôpital général de Montréal
1616, boul. René-Lévesque ouest
3^e étage, Suite 310
Montréal (Québec) H3H 1P8
T: (514) 932-3055 Ext.:4581
F: (514) 932-1502
E-mail: aadrien@santepub-mtl.qc.ca

D^{re} Monica Avendano

Respirologist, Respirology Program
Department of Medicine
West Park Hospital
82 Buttonwood Avenue
Toronto, Ontario M6M 2J5
T: (416) 243-3631
F: (416) 243-8947
E-mail: davendano@westpark.org

D^{re} Maureen Baikie

Medical Officer of Health
Central Region, Public Health
Services
3rd Floor, Sunnyside Place
1600 Bedford Highway
Bedford, N.S. B4A 1E8
T: (902) 424-8113
F: (902) 424-0542
E-mail: baikiem@ns.sympatico.ca

D^r Christofer Balram

Director
Provincial Epidemiology Service &
Provincial Epidemiologist
Dept. of Health & Community
Services
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, N.B. E3B 5G8
T: (506) 453-3092
F: (506) 453-2780
E-mail: chrisba@gov.nb.ca

D^{re} Alison Bell

Director
Communicable Disease Epidemiology
Services
B.C. Centre for Disease Control
Society
655 West 12th Avenue, Room 2104
Vancouver, B.C. V5Z 4R4
T: (604) 660-6063
F: (604) 660-0197
E-mail: alison.bell@bccdc.hnet.bc.ca

M^{me} Elaine Benjamin

Disease Control & Prevention
TB Control
Alberta Health
10025 Jasper Avenue, 9th Floor
Edmonton, Alberta T5J 2N3
T: (403) 415-2806
F: (403) 422-5149
E-mail:
benjamin@mail.health.gov.ab.ca

M^{me} Paulette Bertrand

National Consensus Conference
Assistant
Tuberculosis Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 954-8498
F: (613) 952-8286
E-mail:
paulette_bertrand@hc-sc-gc.ca

M^{me} Gail Bissett
TB Nurse Coordinator
TB Control, Saskatoon Clinic
Royal University Hospital
5th Floor, Ellis Hall
103 Hospital Drive
Saskatoon, Saskatchewan
S7N 0W8
T: (306) 933-6482
F: (306) 933-7198

D^r John Blatherwick
Medical Officer of Health
Vancouver & Richmond
1060 West 8th Avenue, 3rd Floor
Vancouver, B.C. V6H 1C4
T: (604) 730-7602
F: (604) 734-7897
E-mail: john_blatherwick@vrhb.bc.ca

M. Paul Boudreau
Sioux Lookout First Nations Health
Authority
TB Control Nurse
P.O. Box 1300
54 Queen Street
Sioux Lookout, Ontario P8T 1B8
T: (807) 737-4411
F: (807) 737-2141
E-mail: slfnhatb@sl.lakeheadu.ca

D^r Paul Brassard
Médecin conseil, Maladies
infectieuses
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Montréal-Centre
Direction de la santé publique
1616, boulevard René-Lévesque ouest
3^e étage
Montréal (Québec) H3H 1P8
T: (514) 932-3055 Ext.: 4457
F: (514) 932-1502
E-mail: pbrassar@santepub-mtl.qc.ca

M^{me} Sandy Brown
Registered Nurse
Saskatoon City Hospital
Aboriginal Nurses Association of
Canada
701 Queen Street
Saskatoon, Saskatchewan S7K 0M7
T: (306) 978-1348
F: (306) 655-8800

D^r Lorne Clearsky
A/Regional Programs Medical Officer
Manitoba Region
Medical Services Branch, Health
Canada
300-391 York Avenue
Winnipeg, Manitoba R3C 4W1
T: (204) 984-7182
F: (204) 983-6018
E-mail: lorne-clearsky@inet.hwc.ca

M^{me} Edith Costello
Canadian Nurses Association
Associate Professor
Queen's University, School of
Nursing
90 Barrie Street
Kingston, Ontario K2L 3N6
T: (613) 545-6000 Ext.:4753
F: (613) 545-6770
E-mail: costello@post.queensu.ca

D^r Robert Cowie
Medical Director, Tuberculosis
Services
Southern Alberta
Foothills Hospital
1403 - 29th Street North West,
Room EG-11
Calgary, Alberta T2N 2T9
T: (403) 670-1661
F: (403) 297-3845
E-mail: cowie@acs.ucalgary.ca

D^r Serge Déry
Régie régionale de la Santé et des
services sociaux Nunavik
Édifice no. 746
Case postale 900
Kuujuaq (Québec) J0M 1C0
T: (819) 964-2222
F: (819) 964-2888
E-mail: Serge_Dery@ssss.gouv.qc.ca

D^{re} Monique Douville-Fradet
Épidémiologiste provinciale
Direction générale de la santé
publique
Ministère de la Santé et des services
sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
T: (418) 646-9509
F: (418) 528-2651
E-mail: jffradet@sympatico.ca

D^r Jeffrey Edelson
Director of Research & Academic
Affairs
St-Michael Hospital
30 Bond Street, Room 2120B
Toronto, Ontario M5B 1W8
T: (416) 864-5918
F: (416) 864-5417
E-mail: edelsonj@smh.toronto.on.ca

D^r Lawrence Elliott
Epidemiologist
Epidemiology Unit
Manitoba Health
800 Portage Avenue, Suite 405
Winnipeg, Manitoba R3G 0N4
T: (204) 945-1551
F: (204) 948-2190
E-mail: lelliott@gov.mb.ca

D^r Kevin Elwood
Director, Division of TB Control
BC Centre for Disease Control
Society
655 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V5Z 4R4
T: (604) 660-6102
F: (604) 660-1950
E-mail:
kevin.elwood@bccdc.hnet.bc.ca

M. Duane Etienne
HIV/AIDS Program Coordinator
National Indian Brotherhood
Assembly of First Nations
1 Nicholas Street, Suite 1002
Ottawa, Ontario K1N 7B7
T: (613) 241-6789 Ext.:320
F: (613) 241-5808
E-mail: detienne@afn.ca

D^{re} Anne Fanning
Professor
Division of Infectious Disease
University of Alberta
Walter Mackenzie Health Sciences
Centre
8440-112 Street, Room 2E4.11
Edmonton, Alberta T6G 2B7
T: (403) 492-6455
F: (403) 492-7137

D^r Ezzat Farzad
Epidemiologist
Tuberculosis Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 952-8228
F: (613) 952-8286
E-mail: ezzat_farzad@hc-sc.gc.ca

D^r Mark FitzGerald
Director, TB Services to Aboriginals
TB Control
BC Centre for Disease Control
Society
655 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V5Z 4R4
T: (604) 660-6127
F: (604) 660-1950
E-mail: markf@unxg.ubc.ca

D^r Ian Gemmill
Acting Medical Officer of Health
Kingston, Frontenac
Lennox and Addington Health Unit
221 Portsmouth Avenue
Kingston, Ontario K7M 1V5
T: (613) 549-1232
F: (613) 549-7896
E-mail:
gemmil99@mail1.noh.gov.on.ca

M^{me} Leila Gillis
Community Nurse
Sheshatshiu Innu Band Council
P.O. Box 160
Sheshatshiu, Labrador, NF A0P 1M0
T: (709) 497-8375 or 8423
F: (709) 497-8366
E-mail: leilactif.sympatico.ca

D^r George Giovinazzo
Regional Director
Overseas Medical Services
Citizenship and Immigration Canada
365 Laurier Avenue West
16th Floor, Jean Edmonds Tower
South
Ottawa, Ontario K1A 1L1
T: (613) 954-6554
F: (613) 957-6992
E-mail:
george.giovinazzo@cina.cic.x400.gc.ca

D^r Richard Gould
Associate Medical Officer of Health
City of Toronto Public Health
Downtown Health Area
277 Victoria Street, 7th Floor
Toronto, Ontario M5B 1W1
T: (416) 392-2716
F: (416) 392-7418
E-mail: rgould@city.toronto.on.ca

D^r Brian Graham
Executive Director
Saskatchewan Lung Association
1231 - 8th Street East
Saskatoon, Saskatchewan S7H 0S5
T: (306) 343-9511
F: (306) 343-7007
E-mail: info@sk.lung.ca

D^r David Haldane
Director
Bacteriology & Special Pathogens
Division of Medical Microbiology
Queen Elizabeth II Health Sciences
Centre
5788 University Avenue
Halifax, N.S. B3H 1V8
T: (902) 473-2392
F: (902) 473-4432

D^{re} Beth Henning
Women's Health of London
58 Victoria Street
London, Ontario N6A 2B3
T: (519) 673-4022
F: (519) 858-5029
(c/o: Dr. Harris)
E-mail: bhenning@jalian.uwo.ca

D^r Earl Hershfield
Director of TB Control
Respiratory Hospital
810 Sherbrook Street, Room RS112
Winnipeg, Manitoba R3A 1R8
T: (204) 787-2977
F: (204) 787-2420
E-mail: ehersh@cc.umanitoba.ca

D^r Neil Heywood
Director, Immigration Health Policy
Division
Selection Branch
Citizenship and Immigration Canada
300 Slater Street, 7th Floor
Jean Edmonds Tower - North
Ottawa, Ontario K1A 1L1
T: (613) 957-5939
F: (613) 954-8653
E-mail:
neil.heywood@8365ssh.cina.cic.x400.gc.ca

D^r Vernon Hoepfner
Director, Saskatchewan TB Control
Program
Royal University Hospital
5th Floor, Ellis Hall
103 Hospital Drive
Saskatoon, Saskatchewan S7N 0W8
T: (306) 933-6347
F: (306) 933-8312
E-mail: hoepfner@duke.usask.ca

M^{me} Geraldine Izon, RN
Tuberculosis Research Study Nurse
Respiratory Hospital
RS124 - 810 Sherbrook Street
Winnipeg, Manitoba R3A 1R8
T: (204) 787-1685
F: (204) 787-2420
E-mail: izon@cc.umanitoba.ca

D^r Frances Jamieson
Medical Microbiologist
Ontario Ministry of Health
Laboratory Services Branch
81 Resources Road
Etobicoke, Ontario M9P 3T1
T: (416) 235-5841
F: (416) 235-5951
E-mail:
jamiesonf@health.moh.gov.on.ca

D^r Peter Jessamine
Microbiology & Immunology
Ottawa Civic Hospital
1053 Carling Avenue
Ottawa, Ontario K1Y 4E9
T: (613) 798-5555 Ext.:4972
F: (613) 761-5401
E-mail:
pgjessamine@exchange.civich.ottawa.cn

D^{re} Wendy Johnson

Associate Director of Bacterial
Diseases
Bureau of Microbiology
Health Protection Branch, Health
Canada
HPB Bldg. 7, Room 240
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0702E3
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 957-1356
F: (613) 941-2408

D^{re} Barbara Kawa

Director/Associate Medical Officer
of Health Region of Peel
199 County Court Blvd.
Brampton, Ontario L6W 4P3
T: (905) 791-7800, Ext.:2216
F: (905) 796-0975
E-mail: kawab@region.peel.on.ca

D^r Dennis Kunimoto

Canadian Infectious Disease Society
Associate Professor of Medicine
Department of Medical Microbiology
& Infectious Diseases
University of Alberta
1-41 Medical Sciences Building
Edmonton, Alberta T6G 2H7
T: (403) 492-4139
F: (403) 492-7521
E-mail: dennis.kunimoto@ualberta.ca

D^r Karim Kurji

Associate Medical Officer of Health
York Region Health Department
P.O. Box 147
17250 Yonge Street
Newmarket, Ontario L3Y 6Z1
T: (905) 895-4511
F: (905) 895-3166
E-mail: karim.kurji@sympatico.ca

M^{me} Clem Kuyper

Tuberculosis Worker
Sheshatshiu Innu Band Council
P.O. Box 160
Sheshatshiu, Labrador A0P 1M0
T: (709) 497-8375 or 8423
F: (709) 497-8366

D^r Alan Li

19 Belshaw Place
Toronto, Ontario M5A 3H6
T: (416) 364-2261
F: (416) 364-0822
E-mail: alanli@writeme.com

M^{me} Margaret Litt

Senior Epidemiologist
CD-Surveillance
MSB, Health Canada
Jeanne Mance Bldg.
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 1920D
Ottawa, Ontario K1A 0L3
T: (613) 954-6848
F: (613) 941-8904
E-mail: margaret_litt@hc-sc.gc.ca

D^r Richard Long

Chairperson
CTS Tuberculosis Committee
WMC 2E4.39
University of Alberta Hospitals
8440 - 112 Street
Edmonton, Alberta T6G 2B7
T: (403) 492-6266
F: (403) 492-6384

D^{re} Noni E. MacDonald

Canadian Paediatric Society
Chief, Division of Infectious Disease
CHEO
401 Smyth Road
Ottawa, Ontario K1H 8L1
T: (613) 737-2651
F: (613) 738-4832
E-mail: macdonald_n@cheo.on.ca

M^{me} Gail MacIntyre

Program Coordinator, TB Control
Program
First Nations Health Authority
54 Queen Street, P.O. Box 1300
Sioux Lookout, Ontario P8T 1B8
T: (807) 737-4011
F: (807) 737-1076
E-mail: slfnhatb@sl.lakeheadu.ca

M^{me} Joann MacMorran, RN

Co-ordinator, Tuberculosis Nursing
Respiratory Hospital
RS - 201, Sherbrook Street
Winnipeg, Manitoba R3A 1R8
T: (204) 787-2341
F: (204) 787-2295

D^r Darcy Marciniuk

Associate Professor of Medicine
Divisions of Respiratory Medicine
and TB Control, Royal University
Hospital
5th Floor, Ellis Hall
103 Hospital Drive
Saskatoon, Saskatchewan S7N 0W8
T: (306) 966-8274
F: (306) 966-8694

D^r Gerald S. Marks

Medical Research Council of Canada
Professor
Dept. of Pharmacology and
Toxicology
Queen's University
Botterall Hall, Stuart Street
Kingston, Ontario K7L 3N6
T: (613) 545-6108
F: (613) 545-6412
E-mail: jsm@post.queensu.ca

M^{me} Sandra Mather

Correctional Services of Canada
Health Services-NHQ
340 Laurier Avenue
Ottawa, Ontario K1A 0P9
T: (613) 995-3098
F: (613) 995-6277
E-mail:
sandra.mather@ngq.csc.scc.x400.gc.ca

M. Tom McAulay

Board Member
c/o B.C. Persons with AIDS Society
Pacific AIDS Resource Centre
1107 Seymour Street
Vancouver, B.C. V6B 5S8
T: (604) 681-2122 Ext. 269
F: (604) 893-2251
E-mail: tomcc@parc.org

M. Frank McGee
Coordinator, AIDS Bureau
Ontario Ministry of Health
8th Floor, 5700 Yonge Street
North York, Ontario M2M 4K5
T: (416) 327-7431
F: (416) 327-9388
E-mail: mcgeef@health.gov.on.ca

D^r Lyle Melenka
Medical Consultant - TB Control
10025 Jasper Avenue, 23rd Floor
Box 1360
Edmonton, Alberta T5N 1J3
T: (403) 422-2444
F: (403) 422-5149
E-mail:
melenka@mail.gov.health.ab.ca.7207
3.3557@compaserve.com

D^r Dick Menzies
Respiratory Epidemiology Unit
1110 Pine Avenue West
Lady Meredith House, McGill
University
Montreal, Quebec H3A 1A3
T: (514) 398-8122
F: (514) 398-8981
E-mail:
menzies@meakins.lan.mcgill.ca

D^r John Millar
Provincial Health Officer
BC Ministry of Health
1810 Blanshard Street, 3rd Floor
Victoria, B.C. V8V 1X4
T: (250) 952-0876
F: (250) 952-0877
E-mail: jsmillar@bcsc02.gov.bc.ca

D^r Stephen Moses
Medical Advisor
Communicable Disease Control
Public Health Branch, Manitoba
Health
800 Portage Avenue, Room 301
Winnipeg, Manitoba R3G 0N4
T: (204) 945-7117
F: (204) 948-2040
E-mail: smoses@cc.umanitoba.ca

D^r David Mowat
Chief Medical Officer of Health and
Director of Public Health Branch
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge St., 8th Floor
North York, Ontario M2M 4K5
T: (416) 327-7392
F: (416) 327-7438
E-mail:
mowat99@mail1.moh.gov.on.ca

M^{me} Penny Nault
Database Manager
Tuberculosis Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Location: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 941-6121
F: (613) 952-8286
E-mail: penny_nault@hc-sc.gc.ca

D^{re} Monika Naus
Physician/Manager
Disease Control Service
Public Health Branch
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge Street, 8th floor
Toronto, Ontario M2M 4K5
T: (416) 327-7419
F: (416) 327-7439
E-mail:
haus99@mail1.moh.gov.on.ca

M^{me} Mai Nguyen, MSc
Research Analyst
Division of HIV/AIDS and STD
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B1
Ottawa, Ontario K1A 0K9
T: (613) 954-5168
F: (613) 954-5414
E-mail: mai_nguyen@hc-sc.gc.ca

M. Trong Nguyen
Associate Director
Quarantine and Migration Health
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 957-7817
F: (613) 952-8286
E-mail: trong_nguyen@hc.sc.gc.ca

D^{re} Lindsay Nicolle
Head of Medicine
Health Sciences Centre
GC430 - 820 Sherbrook Street
Winnipeg, Manitoba R3A 1R9
T: (204) 787-7772
F: (204) 787-4826
E-mail: nicolle@cc.umanitoba.ca

D^r Howard Njoo
Director
Tuberculosis Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 941-1191
F: (613) 952-8286
E-mail: howard_njoo@hc-sc.gc.ca

D^{re} Pamela Orr
Associate Professor
Dept. of Medicine
Medical Microbiology and
Community Health Sciences
Health Sciences Centre
820 Sherbrook Street,
Room GC410
Winnipeg, Manitoba R3A 1R9
T: (204) 787-3391
F: (204) 787-4826

D^r William Osei

Provincial Epidemiologist
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, Saskatchewan S4S 6X6
T: (306) 787-1580
F: (306) 787-3237
E-mail: wosei@health.gov.sk.ca

D^{re} Louise Pelletier

Medical Specialist, Tuberculosis
Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 952-6628
F: (613) 952-8286
E-mail: louise_pelletier@hc-sc.gc.ca

M^{me} Sharron Pollock

Manager, Communicable Diseases
and Epidemiology Services
City of Toronto Public Health Dept.
Downtown Health Area
277 Victoria Street, 4th Floor
Toronto, Ontario M5B 1W1
T: (416) 392-7420
F: (416) 392-0667
E-mail: spollock@city.toronto.on.ca

D^r Jean-François Proulx

Coordonnateur, maladies infectieuses
Direction régionale de la santé
publique
Régie régionale de la santé et des
services sociaux du Nunavik
2,400 d'Estimaerville
Beauport (Québec) G1E 7G9
T: (418) 666-7000 Ext.:482
F: (418) 666-2776
E-mail: jfproulx@cspq.qc.ca

M^{me} Colleen Regehr

TB Coordinator
Communicable Disease Control Unit
Health & Social Services
Yukon Territorial Government
#4, Hospital Road
Whitehorse, Yukon Y1A 3H8
T: (867) 667-8371
F: (867) 667-8349
E-mail: colleen.regehr@gov.yk.ca

D^r Paul Rivest

Médecin conseil, maladies
infectieuses
Direction de la santé publique
1616 boul. René-Levesque Ouest,
3^e étage
Montréal (Québec) H3H 1P8
T: (514) 932-3055
F: (514) 932-1502
E-mail: privest@santepub-mtl.qc.ca

D^{re} Kirsten Rottensten

Senior Medical Consultant
Disease Control Service
Public Health Branch,
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge Street, 8th Floor
North York, Ontario M2M 4K5
T: (416) 327-7419
F: (416) 327-7439
E-mail: rottenki@epo.gov.on.ca

D^r Claude Roy

Senior Policy Advisor
Medical Research Council
Holland Cross, Tower B, 5th Floor
1600 Scott Street
Ottawa, Ontario K1A 0W9
T: (613) 954-2086
F: (613) 952-2277
E-mail: clroy@hnb.hwc.ca

M^{me} Dorothy Russell

TB Control Educator
Medical Services Branch
150 Main Street West, Suite 500
Hamilton, Ontario L8P 1H8
T: (905) 540-3169
F: (905) 572-2047
E-mail: Dorothy_Russell@hc-sc.gc.ca

D^r Ronald K. St. John

Director
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 954-8505
F: (613) 952-8286
E-mail: ronald_stjohn@hc-sc.gc.ca

D^{re} Mary Scott

Project Manager
Public Health Management Services
Dept. of Health and Community
Services
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, N.B. E3B 5G8
T: (506) 453-5983
F: (506) 453-8702
E-mail: marysc@gov.nb.ca

M^{me} Monique Simoneau

National Consensus Conference
Coordinator
Tuberculosis Control
Office of Special Health Initiatives
Health Protection Branch, Health
Canada
Brooke Claxton Building
Tunney's Pasture,
Postal Locator: 0900B
Ottawa, Ontario K1A 0L2
T: (613) 941-0238
F: (613) 952-8286
E-mail:
monique_simoneau@hc-sc.gc.ca

M^{me} Rena Southwind

Executive Assistant
First Nations Health Authority
P.O. Box 1300
Sioux Lookout, Ontario P8T 1B8
T: (807) 737-4011
F: (807) 737-1076
E-mail: slfnhatb@sl.lakeheadu.ca

M^{me} Seraphine Stewart

Public Health Nurse
Medical Services Branch
Merritt Health Centre
2090 Coutlee Avenue, Suite 103
Merritt, B.C. V1K 1B8
T: (250) 378-4747
F: (250) 378-8855
E-mail: Health Centre, Merritt-
Nurse@inet.hwc.ca

D^{re} Faith Stratton

Director, Disease Control and
Epidemiology
Department of Health
West Block, Confederation Building
P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland A1B 4J6
T: (709) 729-3430
F: (709) 729-5824
E-mail: fstratton@health.gov.nf.ca

D^r James Talbot

Acting Director
 Provincial Laboratory for Public Health
 Dept. of Microbiology and Public Health
 University of Alberta
 Walter Mackenzie Health Sciences Centre
 8440-112 Street, Room 1B1.14
 Edmonton, Alberta T6G 2J2
 T: (403) 492-8903
 F: (403) 492-8984
 E-mail: jatobugs.uah.ualberta.ca

D^r Terry Nan Tannenbaum

Chef des programmes de prévention et Programmes de contrôle de la tuberculose et des MTS-HIV/sida
 Unité des maladies infectieuses
 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
 Direction de la santé publique
 1616 Boulevard René-Lévesque ouest
 3^e étage
 Montréal, (Québec) H3H 1P8
 T: (514) 932-3055 Ext.:4492
 F: (514) 932-1502
 E-mail: ttannenb@santepub-mtl.gc.ca

M^{me} Louise Thibert

Programme de Mycobactériologie
 Laboratoire de Santé Publique de Québec
 20045 chemin Sainte-Marie
 Ste Anne de Bellevue (Québec)
 H9X 3R5
 T: (514) 457-2070
 F: (514) 457-6346
 E-mail: lspq@interlink.net

D^r Roger Thomas

Professor of Family Medicine
 University of Ottawa
 The College of Family Physicians of Canada
 2754 Howe St.
 Ottawa, Ontario K2B 6W9
 T: (613) 820-9924
 F: (613) 241-1971

M. Nicholas Trudel

Project Manager, TB-Evaluation
 MSB, Health Canada
 Jeanne Mance Building
 Tunney's Pasture,
 Postal Locator: 1920D
 Ottawa, Ontario K1A 0L3
 T: (613) 946-8110
 F: (613) 941-8904
 E-mail: nicholas_trudel@inet.hwc.ca

M^{me} Catherine Ulmer

Regional Nursing Officer
 Saskatchewan Region
 MSB, Health Canada
 911 Broad Street
 Regina, Saskatchewan S4P 1Y1
 T: (306) 780-5043
 F: (306) 780-6026
 E-mail: cathy_ulmer@inet.hc.sc.gc.ca

D^{re} Mary Vearncombe

President
 Canadian Association of Medical Microbiologists
 Women's College Hospital
 76 Grenville Street
 Toronto, Ontario M5S 1B2
 T: (416) 323-6278
 F: (416) 323-6116
 E-mail: vearncom@ftn.net

D^r Mark Vooght

Public Health Unit
 Canadian Public Health Association
 800 Central Avenue, 2nd Floor
 Prince Albert, Saskatchewan
 S6V 6G1
 T: (306) 953-5606
 F: (306) 953-5650
 E-mail: mvvooght@sk.sympatico.ca

M^{me} Janet West

Nursing Manager, TB & VPD Program
 York Region Health Services
 Department
 17250 Yonge Street, Box 147
 Newmarket, Ontario L3Y 6Z1
 T: (905) 895-4511
 F: (905) 895-3166
 E-mail: janetw@idirect.com

M^{me} Wanda White

Health Protection Unit
 Health & Social Services
 Government of N.W.T.
 5022 49th Street, Centre Square Mall
 Yellowknife, N.T. X1A 2L9
 T: (867) 873-7721
 F: (867) 873-0442
 E-mail: wanda_white@gov.nt.ca

D^{re} Sara Whitehead

Medical Health Officer
 Northern Inter-Tribal Health Authority
 Community Health Status & Surveillance Unit
 1004 First Avenue West, Suite 200
 Prince Albert, Saskatchewan
 S6V 4Y4
 T: (306) 953-0670
 F: (306) 922-0166
 E-mail: swhitehead@sk.sympatico.ca

M^{me} Denise Whittaker, RN

Contact Tracing Coordinator
 Nurse Consultant
 Disease Control and Prevention
 10025 Jasper Avenue
 Box 1360 St-Main
 Edmonton, Alberta T5J 2N3
 T: (403) 415-2814
 F: (403) 422-5149
 E-mail: whittd@mail.health.gov.ab.ca

M. Bill Wilson

Canadian Pharmacists Association
 602 Antigua Crescent
 Oshawa, Ontario L1J 6B4
 T: (416) 586-5016
 F: (416) 586-8353
 E-mail: biwilson@mtsinai.on.ca

D^{re} Wendy Wobeser

Consultant
 Citizenship & Immigration Canada
 188 Union Street
 Kingston, Ontario K7L 2P6
 T: (613) 547-3156 or
 (613) 548-6078
 F: (613) 547-3196
 E-mail: wendy.wobeser@utoronto.ca

M^{me} Shirley Woods

Nurse Epidemiologist
Northern Inter-Tribal Health
Authority
Community Health Status &
Surveillance Unit
1004 First Avenue West, Suite 200
Prince Albert, Saskatchewan
S6V 4Y4
T: (306) 953-0670
F: (306) 922-0166
E-mail: swoods@sk.sympatico.ca

M. Ralph Wushke

Treatment Information Consultant
Community AIDS Treatment and
Information Exchange
517 College Street, Suite 420
Toronto, Ontario M6G 4A2
T: (416) 944-1916
F: (416) 928-2185
E-mail: rwushke@catie.ca

D^{re} Lilian Yuan

Assistant Professor
Department of Public Health Sciences
Faculty of Medicine, University of
Toronto
12 Queens Park Crescent West,
4th Floor
Toronto, Ontario M5S 1A8
T: (416) 978-0962
F: (416) 978-8299

M^{me} Elisse Zack

HIV/TB Project Coordinator
Canadian AIDS Society
399 Church Street, 4th Floor
Toronto, Ontario M5B 2J6
T: (416) 340-8484
F: (416) 340-8224