


Direction de santé publique

Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Décembre 2025

Volume 9

Numéro 4



LA CHRONIQUE INFECTIEUSE

LA TUBERCULOSE

Québec 

MESSAGES CLÉS

- Il faut suspecter une tuberculose pulmonaire active lorsqu'un patient présente une toux chronique (> 3 semaines) non expliquée, en présence ou non de symptômes systémiques compatibles. Le risque d'exposition, comme le pays d'origine ou un séjour dans une zone endémique à la tuberculose, ainsi que les facteurs de risque, comme une co-infection au VIH, doivent être pris en considération lors de l'évaluation.
- Si vous suspectez une tuberculose pulmonaire active, l'examen diagnostique primaire de choix est la radiographie pulmonaire. En présence de signes de tuberculose à la radiographie pulmonaire, une consultation en pneumologie ou en infectiologie est recommandée pour confirmer le diagnostic.
- Les tests de dépistage tels que le test cutané à la tuberculine (TCT) et le test de libération d'interféron gamma (TLIG) ne sont pas utiles pour diagnostiquer une tuberculose pulmonaire active.
- Les cliniciens doivent déclarer tous les cas de tuberculose à la direction de santé publique de la région de résidence du cas puisqu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO).
- La tuberculose active est la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) au Québec.

INTRODUCTION

L'incidence de la tuberculose est en hausse significative au Québec et dans la région de la Capitale Nationale depuis les dix dernières années, principalement en raison de l'immigration. Il s'agit d'une préoccupation majeure en matière de santé publique, touchant souvent des populations vulnérables et mobilisant beaucoup de ressources et de partenaires du réseau de la santé. Cette recrudescence justifie un rappel des éléments essentiels à retenir pour les cliniciens.

LA TUBERCULOSE

ÉTIOLOGIE

La bactérie la plus souvent isolée chez des patients atteints de tuberculose est *Mycobacterium tuberculosis*. D'autres bactéries du complexe *Mycobacterium*, moins fréquentes au Québec, peuvent également causer la tuberculose, telles que *Mycobacterium africanum* et *Mycobacterium bovis*. La tuberculose est le plus souvent d'**origine pulmonaire**, mais des atteintes extra pulmonaires sont possibles (ganglionnaire ou atteinte d'autres organes).



TRANSMISSION ET CONTAGIOSITÉ

La tuberculose se transmet par **voie aérienne**. Lorsqu'une personne tousse, éternue, parle ou chante, des aérosols sont générés et peuvent demeurer dans l'air pendant plusieurs heures. Les particules inhalées sont à l'origine de la contagion, survenant majoritairement dans des espaces clos. D'autres modes de transmission sont possibles, mais ils sont beaucoup plus rares. Le **degré de contagiosité** des cas de tuberculose varie selon plusieurs facteurs. La présence de toux, la sévérité des anomalies observées à la radiographie pulmonaire (telles que les cavités ou l'atteinte de plusieurs lobes) ainsi que la positivité des frottis révélant la présence du bacille tuberculeux sont des exemples de facteurs qui indiquent un plus haut niveau de contagiosité. Les formes extra pulmonaires ne sont pas contagieuses a priori, mais une investigation doit toujours être faite afin d'exclure une atteinte pulmonaire concomitante.



INFECTION TUBERCULEUSE ET TUBERCULOSE ACTIVE

Lors d'une primo infection au bacille tuberculeux, la réponse immunitaire peut mener à une infection latente, dite infection tuberculeuse (ITB). L'ITB est asymptomatique et non contagieuse. Par la suite, selon certains facteurs de risque, l'ITB peut évoluer vers une forme active de tuberculose. Parmi les personnes atteintes d'ITB sans facteur de risque, **10% des cas développeront la forme active** au cours de leur vie, dont la moitié dans un délai de 18 à 24 mois après l'infection (INSPQ, 2025).

La **toux chronique** constitue le principal symptôme de la tuberculose pulmonaire active. Selon la durée de la maladie, d'autres symptômes peuvent se manifester tels que la fièvre, des sueurs nocturnes, des douleurs thoraciques, des hémoptysies, l'anorexie ou la perte de poids. L'examen physique se révèle souvent sans particularité, mais des **anomalies radiologiques sont fréquentes** au niveau pulmonaire. En effet, l'atteinte des régions pulmonaires supérieures, la présence de cavités et la perte de volume sont des manifestations radiologiques fréquentes associées à la tuberculose. Les personnes âgées, les enfants ou les individus avec des déficiences immunologiques comme le VIH sont sujets à des présentations radiologiques atypiques.

Les **complications** de la tuberculose varient selon l'organe atteint (pulmonaire ou extra pulmonaire). Dans la tuberculose pulmonaire, les complications incluent principalement le pneumothorax, l'insuffisance respiratoire causée par la destruction du parenchyme pulmonaire et des hémoptysies massives. La tuberculose peut également évoluer vers une forme disséminée de la maladie. Ces conséquences peuvent entraîner ultimement un décès. Le risque de complications est plus grand chez les personnes immunosupprimées, les très jeunes enfants et les personnes âgées.

LES FACTEURS DE RISQUE DE PROGRESSION D'UNE ITB VERS UNE FORME ACTIVE

Les facteurs de risque d'activation d'une ITB dépendent principalement de l'âge et de la présence de certaines comorbidités. Les **enfants sont plus à risque, particulièrement les moins de 5 ans**. Par exemple, chez les enfants de moins d'un an atteints d'ITB, 30 à 40 % d'entre eux vont développer une tuberculose pulmonaire (INSPQ, 2025).

Certaines comorbidités médicales augmentent le risque de progression de façon très élevée, soit le **VIH et la silicose**. D'autres comorbidités majorent le risque dans une moindre mesure (risque élevé) : l'insuffisance rénale chronique (stade 4 ou 5), la greffe d'organe (organe solide ou hématopoïétique), les maladies fibronodulaires, l'immunosuppression et certains cancers (par exemple sarcomes, poumon, lymphome et tractus gastro intestinal). Enfin, le risque de progression est considéré modéré en présence d'un diabète, d'un granulome à la radiographie pulmonaire, d'une consommation d'alcool (≥ 3 consommations/jour) et d'un tabagisme actif (≥ 1 paquet/jour).

DIAGNOSTIC

Dans le cas d'une tuberculose pulmonaire active, le **diagnostic microbiologique** requiert trois prélèvements (expectorations spontanées ou induites, ou échantillons prélevés par lavage broncho alvéolaire) sur lesquels on peut faire une analyse microscopique des **frottis** (coloration Ziehl-Neelsen/Auramine), un **test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)** et une **culture avec un antibiogramme**. Les résultats d'analyse microscopique des frottis et de TAAN sont rapides. Le résultat du frottis permet de juger du niveau de contagiosité du cas. En effet, la probabilité de transmission lors d'un frottis positif serait de 5 à 10 fois plus élevée que lors d'un frottis négatif (INSPQ, 2025). Il est important de noter que des résultats de frottis et de TAAN négatifs ne permettent pas d'exclure un diagnostic de tuberculose. C'est la culture qui permettra d'exclure ce diagnostic. Le résultat de la culture peut nécessiter un délai allant jusqu'à 8 semaines. L'imagerie pulmonaire et le tableau clinique appuient également le diagnostic.

ASPECTS LÉGAUX ET ADMINISTRATIFS DE LA TUBERCULOSE

Au Québec, la Loi sur la santé publique encadre la surveillance et le contrôle de la tuberculose. Ainsi, la tuberculose est une [maladie à déclaration obligatoire \(MADO\)](#) qui doit être déclarée par les professionnels de la santé dans un délai de 48 heures suivant le diagnostic. Cette pathologie est aussi assujettie à un traitement obligatoire. En effet, il s'agit de la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) au Québec, puisqu'elle représente une menace sanitaire importante. Dans le cas où une personne refuse ou néglige de se faire examiner alors que tout porte à croire qu'elle a une tuberculose ou qu'elle refuse de se traiter adéquatement, le professionnel de la santé doit en aviser la direction de santé publique du territoire dans les plus brefs délais. Des recours judiciaires sont possibles afin de faire respecter les recommandations de santé publique dans l'objectif de préserver la santé de la population.

PORTRAIT ÉPIDÉMIOLOGIQUE AU CANADA ET DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

L'incidence de la tuberculose est prépondérante chez les communautés autochtones et les personnes immigrantes. Le Pacifique occidental, l'Amérique latine, l'Afrique et l'Asie du Sud-Est sont les principales régions d'origine des immigrants atteints de tuberculose. Au Canada, en 2022, la majorité des cas de tuberculose active (80,7%; n = 1 590) ont été identifiés dans les provinces les plus peuplées, soit l'Ontario (38,4%; n = 756), la Colombie-Britannique (15,6%; n = 308), le Québec (14,3%; n = 282) et l'Alberta (12,4%; n = 244). Bien qu'une faible proportion des cas se retrouve au Nunavut (2,7%; n = 53), il s'agit de la province avec l'incidence la plus élevée au pays (130,8 cas pour 100 000 habitants/année) (Agence de la santé publique du Canada, 2025).

Avec l'immigration grandissante dans la région de la Capitale-Nationale, le taux d'incidence le plus élevé depuis la dernière décennie avait été observé en 2024, soit 3,1 cas de tuberculose pour 100 000 personnes (Figure 1). Au 31 octobre 2025, il y avait déjà 32 cas déclarés depuis le début de l'année, ce qui surpasse le nombre total de cas déclarés au cours de l'année 2024 (Figure 2).

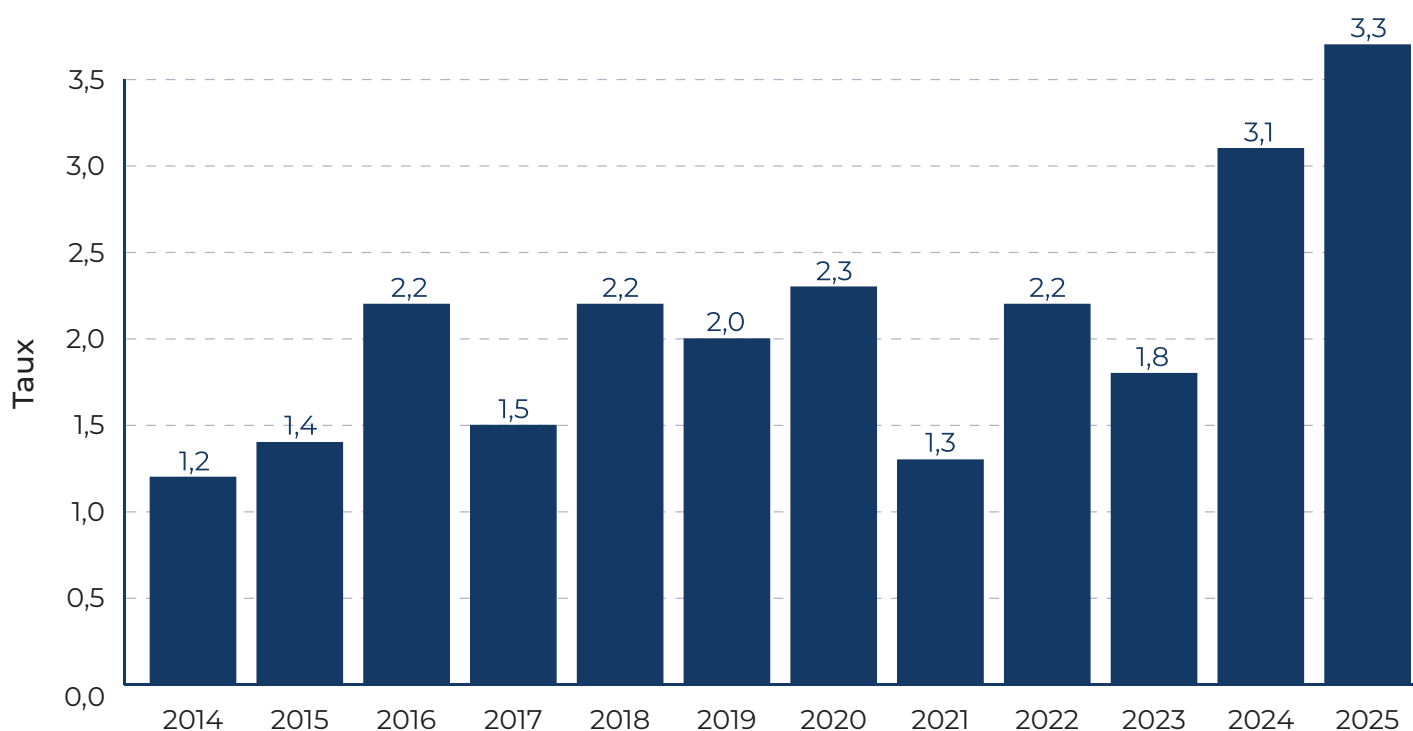


Figure 1: Taux d'incidence par 100 000 personnes de tuberculose dans la région de la Capitale Nationale, par année, de 2014 au 30 novembre 2025 (Source: Infocentre de santé publique).

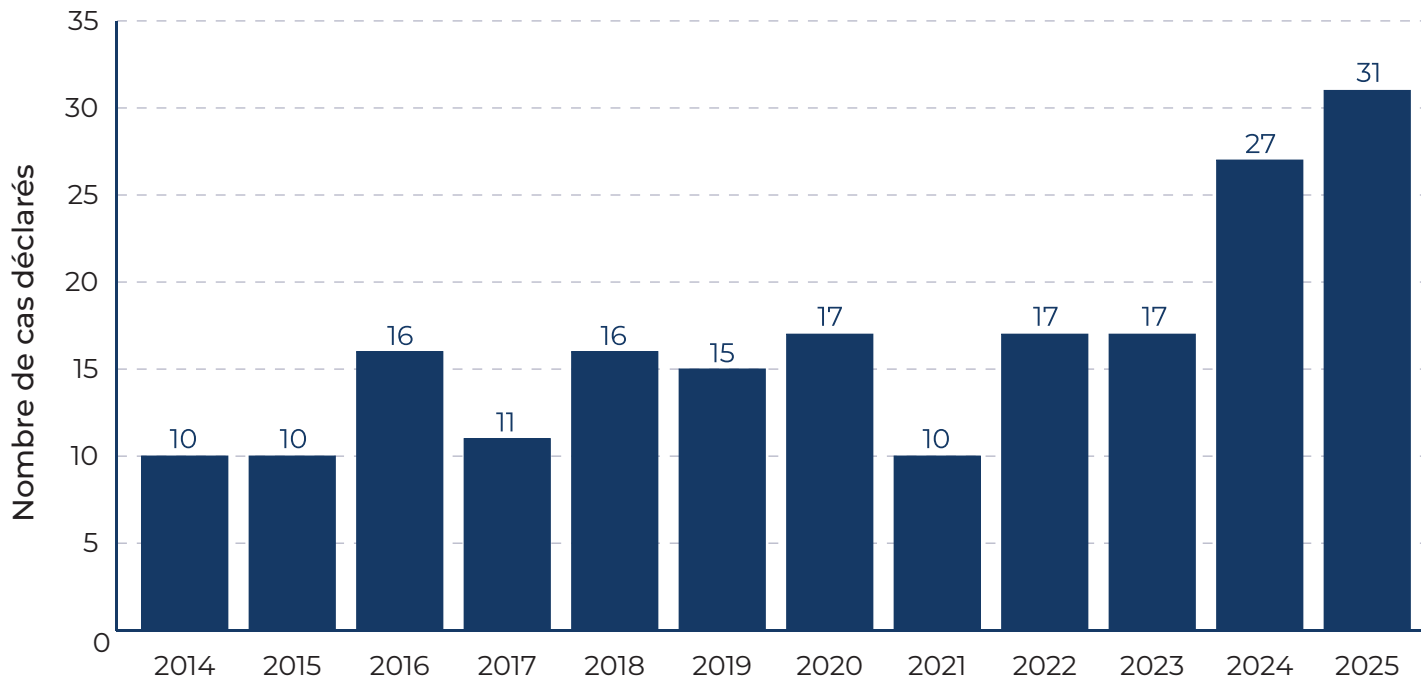


Figure 2: Nombre de cas déclarés de tuberculose dans la région de la Capitale Nationale, par année, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 octobre 2025 (Source: Infocentre de santé publique).

INDICATIONS DE DÉPISTAGE

Un dépistage de l'ITB est envisagé dans le cadre d'une **exposition à un cas contagieux de tuberculose**. L'objectif est alors d'identifier une ITB chez les personnes à risque accru de développer une forme active afin qu'elles puissent bénéficier d'un traitement ou d'un suivi approprié.

Il y a également d'autres circonstances où un dépistage est recommandé :

1. **Certains travailleurs ou voyageurs** qui sont susceptibles d'être exposés dans des zones à haut risque;
2. Chez **certains immigrants** en provenance de pays endémiques à la tuberculose;
3. En présence de **certaines comorbidités comme le VIH**, augmentant le risque de progression d'une ITB vers la forme active, en présence ou non d'une exposition.

Pour plus de détails, se référer aux [indications de dépistage du Protocole d'immunisation du Québec](#).

LES MOYENS DE DÉPISTAGE

L'ITB est causée par une réponse immunitaire à médiation cellulaire (hypersensibilité retardée) dirigée contre les antigènes du bacille, pouvant être détectée par un **test cutané à la tuberculine (TCT)** ou par un **test de libération d'interféron gamma (TLIG)**. Ces tests ne peuvent distinguer si l'infection est d'acquisition ancienne ou récente, ni si l'infection est active ou latente (ITB). Le TCT consiste en une injection intradermique d'une solution de tuberculine. Pour plus d'informations sur le TCT, il importe de consulter le [Protocole d'immunisation du Québec](#). Le TLIG est, quant à lui, effectué sur un prélèvement sanguin. Le tableau 1 présente les situations où il est plus approprié d'utiliser l'un ou l'autre des moyens de dépistage.



Tableau 1. Test de dépistage à favoriser selon différents cas de figure (adapté de INSPQ, 2025)

CAS DE FIGURE	TCT	TLIG
Tests qui devront être répétés dans le temps (par exemple personnes exposées à répétition à la tuberculose comme certains travailleurs)	X	
Enfants de < 10 ans, sans antécédent de vaccination contre la tuberculose (BCG)	X	X
Enfants de < 10 ans ayant reçu un BCG		X
Personnes de ≥ 10 ans, sans BCG ou ayant reçu un BCG avant l'âge d'un an	X	X
Personnes de ≥ 10 ans ayant reçu un BCG à partir de l'âge d'un an, qui en ont reçu plusieurs ou qui ne savent pas quand elles l'ont reçu		X
Absence de personnel formé et qualifié pour administrer et interpréter un TCT ou TCT non disponible		X
Personne testée à risque de ne pas revenir pour lecture du TCT (2 ^e visite)		X
Contre indication au TCT (se référer au PIQ)		X
Personnes atteintes du VIH	X	X
Besoin d'accroître la spécificité à la suite d'un résultat positif du TCT dans un contexte de risque faible d'ITB (ou suspicion de résultat faussement positif en raison d'un BCG)		X

INTERPRÉTATION D'UN TCT

L'interprétation d'un TCT doit tenir compte de plusieurs facteurs qui déterminent si le test est positif ou non (tableau 2).

Tableau 2. Interprétation des résultats d'un TCT (adapté de INSPQ, 2025)

RÉSULTAT DU TCT	SITUATIONS OÙ LE TCT EST CONSIDÉRÉ POSITIF
0-4 mm	Généralement considéré négatif. Cependant, des mesures sont recommandées dans les cas d'exposition en lien avec des populations vulnérables, comme les enfants de moins de 5 ans et les personnes immunosupprimées.
≥ 5 mm	Infection à VIH
	Contact récent (< 2 ans) avec un cas de tuberculose contagieuse
	Maladie fibronodulaire visible à la radiographie pulmonaire
	Greffe d'organe (associée à un traitement immunosuppresseur)
	Traitement immunosuppresseur en cours
	Insuffisance rénale chronique (stade 4 ou 5) avec ou sans dialyse
≥ 10 mm	Virage récent (< 2 ans) du TCT de négatif à positif
	Diabète de tout type
	Malnutrition (< 90 % de la masse corporelle idéale)
	Tabagisme (quelle que soit la quantité)
	Consommation quotidienne de > 3 boissons alcoolisées
	Silicose
	Hémopathies malignes (leucémie et lymphome) et certains carcinomes (par exemple de la tête, du cou, des poumons et du tractus gastro-intestinal)
	Tout autre groupe considéré à faible risque de maladie

Il existe aussi un outil pour aider les cliniciens à [l'interprétation d'un TCT](#).

VACCINATION

Un vaccin BCG existe, mais il n'est offert que dans certaines circonstances via le [Programme d'accès spécial \(PAS\)](#) de Santé Canada. Par exemple, il est recommandé pour les nourrissons et les enfants vivant dans des communautés à risque accru de contracter une ITB. Il importe de se référer au [Protocole d'immunisation du Québec](#) pour connaître toutes les indications.

La vaccination par le vaccin BCG peut réduire la spécificité du TCT. Toutefois, cet effet diminue avec le temps, surtout chez les personnes vaccinées avant l'âge d'un an.

LES TRAITEMENTS

INFECTION TUBERCULEUSE

Bien que l'ITB ne soit pas contagieuse, le **traitement est tout de même bénéfique** puisqu'il contribue à diminuer le risque de développer une tuberculose active dans le futur. Le traitement est dans la majorité des cas recommandé, mais dépend de plusieurs facteurs, notamment du risque de progression vers la forme active, des contre indications et des effets indésirables de la médication. Le traitement repose fréquemment sur la rifampicine, bien qu'il existe d'autres options thérapeutiques. Dans la région de la Capitale-Nationale, les patients atteints d'ITB peuvent être référés pour une prise en charge à la [Clinique de traitement de l'infection tuberculeuse latente du CIUSSS de la Capitale-Nationale](#).

TUBERCULOSE ACTIVE

Dans le cas d'une tuberculose active, le schéma classique de traitement comprend de 2 à 4 antituberculeux pendant une durée de 6 mois. Dans la plupart des cas de tuberculose contagieuse, après 5 jours de traitement adéquat, la contagiosité est à faible risque (Shah *et al.*, 2024). Cependant, il existe plusieurs critères à considérer pour décider de lever l'isolement. Cette décision est prise par l'équipe traitante et nécessite **minimalement 2 semaines de traitement efficace**. Une thérapie par observation directe (TOD) où le patient ingère le médicament devant témoin comme un pharmacien est à considérer selon la présence de facteurs de risque d'inobservance. La vidéo de traitement directement observé où le patient se filme lors de la prise médicamenteuse est une nouvelle forme de TOD qui peut aussi être envisagée.

L'annexe 6 du [Guide de gestion par les intervenants de santé publique des cas et de leurs contacts dans la communauté](#) présente différents schémas de traitement pour la tuberculose active et l'ITB. Les sections 4.4 et 4.5 de ce document propose également différentes informations pertinentes sur le remboursement médicamenteux selon les possibilités de couverture (RAMQ et [Programme fédéral de santé intérimaire \(PFSI\)](#)).

LE RÔLE DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Après un signalement d'un médecin traitant ou d'un laboratoire, le rôle de la Direction de santé publique (DSPublique) est d'abord de mener une enquête épidémiologique. Elle identifie les contacts susceptibles d'avoir été infectés et les dirige vers les ressources appropriées pour une investigation, en tenant compte de la fenêtre de contagiosité du cas index. Elle s'assure que le cas index est traité et qu'un isolement adéquat est mis en place pendant la période de contagiosité. Il est toutefois à noter que la prescription du traitement et le suivi médical demeurent la responsabilité du médecin traitant. La DSPublique effectue également une surveillance épidémiologique de cette maladie à déclaration obligatoire.

RÉDACTION

Alexandre Lachance, résident en médecine familiale, Université Laval
Sara Jeanne Pelletier, M.D., M.Sc., FRCPC

RÉVISION

Andrée Maheux, M.D., PhD., MBA
Nathanaëlle Thériault, M.D., M.Sc., FRCPC

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. (2025a). [Tuberculose au Canada: Mise à jour de l'épidémiologie 2022](#).
2. Agence de la santé publique du Canada. (2025b). [Tuberculose: Pour les professionnels de la santé](#).
3. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2025). [Tuberculose: Gestion par les intervenants de santé publique des cas et de leurs contacts dans la communauté](#).
4. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2025). [Protocole d'immunisation du Québec: TCT](#).
5. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2024). [Global tuberculosis report 2024](#).
6. Shah, M., Dansky, Z., Nathavitharana, R., Behm, H., Brown, S., Dov, L., Fortune, D., Gadon, N. L., Gardner Toren, K., Graves, S., Haley, C. A., Kates, O., Sabuwala, N., Wegener, D., Yoo, K., & Burzynski, J. (2024). NTCA Guidelines for Respiratory Isolation and Restrictions to Reduce Transmission of Pulmonary Tuberculosis in Community Settings. [Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America](#), ciae199. Advance online publication.

