



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

Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Évaluation des activités liées à la tuberculose de l'Agence de la santé publique du Canada 2009-2010 à 2014-2015

Préparé par le
Bureau de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Juin 2015

Liste des sigles et acronymes

AAP	Architecture d'alignement de programmes
Alb.	Alberta
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (vaccin)
C.-B.	Colombie-Britannique
CCLA	Comité canadien de lutte antituberculeuse
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des É.-U.
CDMTI	Comité directeur sur les maladies transmissibles et infectieuses
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
DG	Directeur général
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
FPT	Fédéral, provincial et territorial
GECMT	Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISO	Organisation internationale de normalisation
ITL	Infection tuberculeuse latente
LNM	Laboratoire national de microbiologie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCMI	Prévention et contrôle des maladies infectieuses
RLSPC	Réseau des laboratoires de santé publique du Canada
RSP	Réseau de santé publique
RVSP	Restrictions de voyage relatives à la santé publique
SC	Santé Canada
SCC	Service correctionnel du Canada
SCCR	Sous-comité consultatif du Centre de référence
SCDCT	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose
SCSLT	Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose
S et C	Subventions et contributions
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TCT	Test cutané à la tuberculine
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest
TVA	Tuberculose et voyages aériens
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMA	Sous-ministre adjoint

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vi
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Modèle logique du programme et description.....	4
2.4 Harmonisation et ressources du programme	4
3.0 Description de l'évaluation	5
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	5
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	6
4.0 Constatations.....	7
4.1 Pertinence : élément n ^o 1 – nécessité de maintenir le programme	7
4.2 Pertinence : élément n ^o 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement	10
4.3 Pertinence : élément n ^o 3 – harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	11
4.4 Rendement : élément n ^o 4 – atteinte des résultats escomptés (efficacité).....	13
4.5 Rendement : élément n ^o 5 – démonstration d'économie et d'efficacité.....	32
5.0 Conclusions.....	36
5.1 Conclusions relatives à la pertinence	36
5.2 Conclusions relatives au rendement.....	37
6.0 Recommandations.....	39
Annexe 1 – Description de l'évaluation.....	41
Annexe 2 – Résumé des résultats.....	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses réelles de l'Agence pour les activités liées à la tuberculose (\$)	4
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation	6
Tableau 3 : Résultats de l'enquête sur l'efficacité des rapports de l'Agence, par utilisateurs clés	17
Tableau 4 : Comparaison internationale du décalage des données dans les rapports nationaux sur la tuberculose	18
Tableau 5 : Résumé de l'utilisation des laboratoires	19
Tableau 6 : Projets relatifs à la tuberculose dans le cadre du Programme de la santé pulmonaire.....	29
Tableau 7 : Provinces ou territoires canadiens ayant un faible taux d'incidence de la tuberculose	35
Tableau 8 : L'Agence accomplit ses tâches en respectant toutes les normes énoncées concernant les délais d'exécution	35

Sommaire

L'évaluation couvre les activités liées à la tuberculose de l'Agence de la santé publique du Canada (l'ASPC, l'Agence) d'avril 2009 à mars 2015. Elle a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de vérifier la pertinence et le rendement des activités liées à la tuberculose menées par l'Agence. La portée de l'évaluation s'étend de l'exercice 2009-2010 à l'exercice 2014-2015 et comprend des activités de diagnostic, de prévention et de contrôle de la tuberculose réalisées par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et le Laboratoire national de microbiologie et dans le cadre de projets liés à la tuberculose financés par le truchement du Programme de la santé pulmonaire du Centre de prévention des maladies chroniques. La présente évaluation ne couvre pas les projets financés par l'entremise du Programme de la santé pulmonaire qui ne sont pas liés à la tuberculose ni les activités relatives à la comorbidité réalisées, par exemple, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida.

Description du programme

Au sein de l'Agence, les activités liées à la tuberculose sont menées par la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (PCMI). Les activités primaires comprennent l'élaboration de politiques et de pratiques en matière de santé publique (y compris la révision des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*), la surveillance, les services de laboratoire de référence et de diagnostic, la sensibilisation du public ainsi que les activités d'intervention.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité de maintenir le programme

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, et il est nécessaire de continuer de prévenir et de contrôler cette maladie au Canada et à l'échelle mondiale. Globalement, le taux de tuberculose du Canada, qui se situe à 4,7 cas pour 100 000 personnes, est faible si on le compare aux normes mondiales. Toutefois, les personnes nées à l'étranger dans des pays où l'incidence de la tuberculose est élevée et les Autochtones nés au Canada présentent un plus grand risque d'infection par la tuberculose active et ont des taux d'incidence de la tuberculose plus élevés que la moyenne nationale. La tuberculose est un problème sanitaire et social; les déterminants sociaux de la santé (p. ex. le logement, l'accès aux soins de santé, l'éducation et le revenu) ont été associés à la transmission de la tuberculose et à la progression d'une infection tuberculeuse latente vers une tuberculose active. Enfin, bien que les taux de résistance aux médicaments au Canada soient bien en dessous des taux internationaux, la résistance aux médicaments est l'un des aspects les plus préoccupants en matière de contrôle de la tuberculose à l'échelle mondiale : les souches multirésistantes du

bacille tuberculeux sont plus difficiles et plus coûteuses à traiter et sont associées à une morbidité et à une mortalité plus importantes, ce qui souligne l'importance d'une surveillance adéquate et continue des cas de tuberculose.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

La prévention et le contrôle de la tuberculose sont une priorité du gouvernement du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, comme en témoignent une panoplie de documents de planification et de documents ministériels.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Puisque la prévention et le contrôle de la tuberculose sont une responsabilité partagée, l'Agence est l'un des nombreux intervenants au sein du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires exerçant des activités dans ce domaine. Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence s'harmonisent, d'ordre général, avec le mandat qui lui a été confié. L'Agence a un rôle à jouer, à juste titre, à l'égard de la surveillance, de la prestation d'une orientation en matière de santé publique, de l'intervention en cas d'épidémie, de la sensibilisation du public et de l'élaboration de programmes et de politiques (y compris la mobilisation, la sensibilisation et les interventions communautaires) même s'il n'existe aucun pouvoir octroyé par le Cabinet permettant de regrouper toutes les activités liées à la tuberculose en un seul programme.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les activités de l'Agence semblent être efficaces en ce qui concerne le soutien des mesures de santé publique, de la planification et de la prise de décisions en ce qui a trait à la prévention et au contrôle de la tuberculose. L'Agence continue de travailler avec des partenaires provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres ministères pour cerner des champs d'action particuliers liés aux mandats ministériels ou organisationnels. Une partie de ce travail s'est conclue par l'élaboration du document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (2014). Depuis la publication du cadre d'action fédéral sur la tuberculose, le travail avec des partenaires et des intervenants clés a permis d'accomplir certains progrès à l'égard de la tuberculose dans les populations à risque. Il pourrait y avoir des occasions d'examiner des approches continues ou de rechange en utilisant le cadre d'action pour soutenir les efforts constants en matière de santé publique.

Parmi les produits et les services élaborés par l'Agence (par elle seule ou en partenariat), bon nombre d'entre eux sont considérés par les intervenants comme étant utiles, opportuns et appropriés. Les produits et les services comprennent les services de laboratoire et de diagnostic de l'Agence ainsi que l'élaboration/la révision de produits comme les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* (et les modules éducatifs élaborés pour soutenir la diffusion des *Normes*) et les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*. De façon similaire, les rapports nationaux de surveillance sur les cas de tuberculose et l'issue de la maladie sont utilisés par des publics multiples, et ce, à de nombreuses fins.

On reconnaît que les taux de tuberculose sont en grande partie restés les mêmes, et il existe certaines régions où l'infection tuberculeuse latente demeure une préoccupation. Certaines des activités connexes de l'Agence peuvent fournir une orientation à l'égard de la façon d'aborder ces préoccupations, comme le projet TAIMA TB (financé par le truchement du Programme de la santé pulmonaire), qui a fait preuve d'un succès considérable en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose, même s'il visait principalement une seule population clé (les Autochtones) dans une seule collectivité. Par conséquent, on peut en tirer des leçons pour d'éventuelles mobilisations communautaires dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose : des facteurs comme la participation de la collectivité et des messages et une infrastructure adaptés sur le plan culturel semblent être essentiels au succès.

Démonstration d'économie et d'efficience

Les activités de l'Agence liées à la tuberculose n'ont pas été établies dans le cadre d'un programme. Bien que l'évaluation ait pu s'appuyer sur des sources de données pour évaluer de façon rétrospective l'utilisation et l'incidence des activités liées à la tuberculose menées par l'Agence, une stratégie de mesure du rendement et un modèle logique n'ont pas été élaborés pour exprimer clairement l'approche et les objectifs de l'Agence pour prévenir et contrôler la tuberculose dans le cadre d'un mandat fédéral de santé publique.

Cependant, des gains d'efficacité ont été démontrés dans le cadre des activités de l'Agence. Par exemple, puisque le Canada présente un petit nombre de nouveaux cas de tuberculose par année (environ 1 600 cas), il est plus rentable qu'un seul laboratoire maintienne l'expertise et la technologie pour aider à soutenir les provinces qui comptent très peu de cas chaque année.

De façon plus générale, il semble plus rentable d'accroître les efforts déployés pour cerner et traiter l'infection tuberculeuse latente avec l'objectif de prévenir les cas actifs de la maladie. En 2004, les dépenses totales liées à la tuberculose au Canada étaient estimées à 74 millions de dollars, le coût moyen pour traiter un cas de tuberculose active étant d'environ 47 000 dollars. Par contre, le coût du traitement pour l'infection tuberculeuse latente est estimé à moins de 1 000 dollars par patient¹. Les coûts plus élevés associés au traitement des cas de tuberculose active peuvent toutefois être compensés par les projets de mobilisation communautaire similaires au projet TAIMA TB, car la campagne de sensibilisation générale du projet a entraîné une augmentation du nombre de personnes se présentant dans une clinique pour subir un test de dépistage (passant d'une moyenne de 25 personnes à une moyenne de 50 personnes par mois). À ce moment-ci, rien ne donne à penser qu'il serait fructueux de reproduire, d'adapter ou d'élargir un projet comme celui de TAIMA TB.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Passer en revue les prochaines étapes afin que l'Agence fasse progresser ses activités en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose, en tenant compte de son mandat et des rôles et des responsabilités des autres

Tout porte à croire que les produits et les services actuels de l'Agence sont opportuns et utilisés. Toutefois, on reconnaît aussi que le taux de tuberculose au sein de la population canadienne née à l'étranger est disproportionnellement élevé et est resté relativement stable à environ 70 % de tous les cas de tuberculose signalés au cours de la dernière décennie. Dans les pays où il y a une faible incidence de la tuberculose, comme au Canada, l'élimination de la tuberculose devient de plus en plus difficile à mesure que les taux diminuent et se stabilisent, et des préoccupations mondiales à l'égard de la résistance aux antimicrobiens nécessitent une vigilance continue.

L'Agence est l'un des nombreux intervenants qui collaborent à la prévention et au contrôle de la tuberculose. La récente publication du cadre d'action fédérale sur la tuberculose de 2014 souligne le rôle de chef de file de l'Agence à l'échelle nationale à l'égard des aspects de la maladie relatifs à la santé publique. Des éléments attestent que des priorités ont été établies avec des partenaires (fédéraux et provinciaux/territoriaux) en ce qui a trait aux activités futures, mais aucun plan axé sur la façon dont les activités de l'Agence fonctionnent ensemble pour permettre de faire des progrès à l'égard de cet enjeu n'a été établi. Sans modèle logique mettant en lumière ses objectifs stratégiques dans ce domaine, il est difficile de voir comment l'Agence travaillera à faire diminuer le taux général de tuberculose au Canada, comme elle est tenue de le faire en vertu du mandat qu'elle a reçu du gouvernement du Canada, conformément aux objectifs postérieurs à 2015 de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose.

Recommandation 2

Passer en revue les activités liées à l'intervention des organismes de santé publique à l'égard de la tuberculose active

Le nombre d'activités d'intervention liées à la tuberculose a augmenté depuis 2009. La quantité de cas de notification des contacts du transporteur aérien présentés à l'Agence afin que des mesures soient prises a également gonflé, et le nombre de cas soumis annuellement à l'Agence est plus grand que le nombre de cas présentés aux Centers for Disease Control and Prevention des É.-U. (CDC). Cela pourrait vraisemblablement être dû à la rigueur des lignes directrices canadiennes pour le lancement d'une enquête sur les contacts du transporteur aérien. Puisque le risque de transmission de la tuberculose au cours d'un voyage à bord d'un aéronef commercial reste incertain, il existe un besoin de renforcer la base de données dans le cas de la tuberculose et des voyages aériens et de mener un examen des lignes directrices canadiennes relatives à la tuberculose et aux notifications des contacts des voyages aériens. À titre de bénéfice supplémentaire, cet examen pourrait également mener à une économie de coûts.

Recommandation 3

Mobiliser les intervenants plus efficacement

Comme mentionné précédemment, les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* ont été considérées comme étant utiles, opportunes et appropriées par les intervenants qui ont participé à la collecte de données aux fins de la présente évaluation. La mise à jour de ces *Normes* exige un travail d'experts et de partenaires externes quand de nouveaux renseignements deviennent disponibles. Pour ce genre d'orientation en matière de santé publique et d'autres activités liées à la tuberculose, il n'existe actuellement aucun forum pour discuter des pratiques exemplaires dans l'ensemble du continuum de la prévention et du contrôle de la tuberculose, et un petit nombre d'informateurs externes clés a remarqué qu'il y a un besoin de partager de l'information afin de veiller à l'amélioration continue des pratiques, des programmes et des politiques en matière de santé publique. Offrir ce mécanisme sera important à mesure qu'évolue le contexte scientifique relatif à la tuberculose (comme l'actualisation de la médication, des laboratoires et des pratiques en matière de santé publique).

Réponse et plan d'action de la direction

pour les Activités liées à la tuberculose de l'Agence de la santé publique du Canada – 2009-2010 à 2014-2015

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Examiner les prochaines étapes que devra entreprendre l'Agence pour faire avancer la prévention et le contrôle de la tuberculose, en tenant compte du mandat de l'Agence et des rôles et des responsabilités des autres intervenants.	En accord. L'élaboration du plan de mise en œuvre pour la composante du cadre fédéral qui incombe à l'Agence permettra à cette dernière de renforcer ses objectifs stratégiques à long terme en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose et de veiller à la mise en place de l'infrastructure de programme nécessaire à l'atteinte de ces objectifs.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan de mise en œuvre en consultation avec les partenaires fédéraux. Consulter les chefs de file en matière de surveillance et d'analyses en laboratoire à propos de la RAM afin d'évaluer et de cerner les possibilités. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de mise en œuvre pour l'Agence. 	<ul style="list-style-type: none"> Décembre 2015 	<p>SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses</p> <p>DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> À terminer en utilisant les ressources existantes.
	Vu la menace que pose la tuberculose résistante dans certains pays, l'Agence tentera d'harmoniser ses activités aux dossiers prioritaires, comme la RAM, à intégrer, au besoin, dans le plan concernant la tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une stratégie de mesure du rendement, y compris un modèle logique qui reflète les objectifs stratégiques de l'Agence en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose. 	<ul style="list-style-type: none"> Modèle logique 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre 2015 	<p>SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses</p> <p>DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> À terminer en utilisant les ressources existantes.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
	À l'appui de la mise en œuvre du cadre <i>Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral</i> (le « cadre fédéral »), l'Agence a entrepris l'élaboration d'une stratégie de mesure du rendement, y compris d'un modèle logique, pour ses activités de prévention et de contrôle de la tuberculose. Le modèle logique et la stratégie de mesure du rendement sont en train d'être mis au point de façon à s'harmoniser avec une approche de mesure commune à l'égard des maladies transmissibles et infectieuses qui favorisera une mesure significative des résultats quant à l'incidence sur le plan stratégique, fonctionnel et opérationnel.		<ul style="list-style-type: none"> Stratégie de mesure du rendement 	<ul style="list-style-type: none"> Mars 2016 	SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections	<ul style="list-style-type: none"> À terminer en utilisant les ressources existantes.
Passer en revue les activités liées à l'intervention des organismes de santé publique à l'égard de la tuberculose progressive.	En accord. L'Agence examinera la façon dont elle gère ses activités d'intervention en santé publique dans le contexte plus large des maladies infectieuses (y compris la tuberculose progressive), en mettant l'accent plus particulièrement sur les voyages aériens et les autres moyens de transport. L'Agence utilisera ce processus pour évaluer son approche relativement à la gestion de la notification des contacts et des restrictions de voyage concernant la tuberculose progressive dans le contexte canadien.	<ul style="list-style-type: none"> Mener une évaluation sur la façon dont l'Agence gère ses activités d'intervention en santé publique (p. ex. recherche de contacts, restrictions concernant les voyages), qui sont liées aux maladies infectieuses et aux voyages. Évaluer l'intervention de l'Agence face au risque de transmission de la tuberculose durant les voyages aériens. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'évaluation, y compris les options et les recommandations Résultats de l'analyse (rapport) 	<ul style="list-style-type: none"> Août 2015 Décembre 2015 	SMA, Direction générale de la politique stratégique, de la planification et des affaires internationales DG, Politique stratégique et Services ministériels SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections	<ul style="list-style-type: none"> À terminer en utilisant les ressources existantes. À terminer en utilisant les ressources existantes.
Assurer une mobilisation plus efficace des intervenants.	En accord. L'Agence reconnaît l'importance de l'échange d'information et d'idées entre les intervenants et s'engage à jouer un	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les principes et les critères définis dans le cadre de mobilisation des intervenants du CLMTI pour élaborer une stratégie à volets 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des intervenants, schématisation et stratégie de mobilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Octobre 2015 	SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> À terminer en utilisant les ressources existantes.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
	rôle de leadership et à promouvoir ce type d'échange de manière à compléter les efforts de ses partenaires.	<p> multiples à cet égard dans laquelle seront établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la liste des principaux intervenants en matière de tuberculose (y compris les groupes, les organisations subventionnées et les experts); ○ les possibilités de mobilisation significative; ○ le calendrier des activités et/ou des jalons. <p>• Continuer de soutenir les téléconférences mensuelles de Halte à la Tuberculose Canada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un calendrier pour mettre en évidence les possibilités de mobilisation des intervenants. • Fourniture d'une ligne de conférence téléphonique. 	<ul style="list-style-type: none"> • En cours • En cours 	<p>DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections</p> <p>SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses</p> <p>DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections</p> <p>SMA, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses</p> <p>DG, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À terminer en utilisant les ressources existantes: • À terminer en utilisant les ressources existantes:

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de vérifier la pertinence et le rendement des activités liées à la tuberculose menées par l'Agence de la santé publique du Canada de l'exercice 2009-2010 à l'exercice 2014-2015. Elle a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et a été conçue pour fournir de l'information à la haute direction en vue d'aider à l'amélioration des activités de prévention et de contrôle de l'Agence.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

La tuberculose est une maladie infectieuse évitable et guérissable. Pourtant, elle demeure un important défi mondial en matière de santé publique². En 2004, l'Agence de la santé publique du Canada a été nommée par Santé Canada à titre de principal organisme fédéral de santé publique à l'égard de la prévention et du contrôle de la tuberculose. En plus de supposer une collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux afin d'aborder la prévention de la tuberculose au moyen de normes et de lignes directrices, les programmes de lutte antituberculeuse permettent également de cerner des cas de tuberculose active et de surveiller les tendances relativement au nombre de cas de la maladie, à l'issue du traitement et à la résistance aux médicaments. Au Canada, la collecte de statistiques sur les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose active a commencé en 1924, et le besoin de statistiques fiables existe toujours puisque la tuberculose est perçue par les responsables de la santé publique comme étant un important problème de santé publique à surveiller avec vigilance – tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle nationale³.

De nombreux intervenants jouent un rôle dans la prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada – à l'échelle locale, provinciale/territoriale et fédérale. Les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux sont responsables de la surveillance et du contrôle de la tuberculose et de la gestion des cas au sein de leur administration. Sur la scène fédérale, les partenaires suivants, notamment, travaillent avec l'Agence de la santé publique du Canada⁴ :

- la Direction générale de la santé publique des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada, qui est responsable des activités de prévention et de contrôle de la tuberculose pour les collectivités vivant dans les réserves;
- la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA), Santé Canada, qui est responsable de surveiller et de réglementer la thérapeutique et les instruments médicaux utilisés dans le traitement de la tuberculose;
- les Instituts de recherche en santé du Canada, qui financent les initiatives de recherche liées à la tuberculose;
- Citoyenneté et Immigration Canada, qui est responsable du Programme de l'examen médical aux fins de l'immigration du Canada, y compris le dépistage ciblé de la tuberculose;

- le Service correctionnel du Canada, qui est responsable de la population carcérale fédérale et du personnel qui travaille en établissement;
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, qui soutient les Autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) et les habitants du Nord dans leurs efforts pour améliorer le bien-être social et la prospérité économique et construire des collectivités plus saines et plus durables;
- L'Agence canadienne de développement économique du Nord, qui travaille avec les collectivités pour stimuler et diversifier les économies locales.

Au sein de l'Agence, les activités liées à la tuberculose sont menées par la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (PCMI). Dans la Direction générale de la PCMI, les diagnostics et les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose sont menés par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) et le Laboratoire national de microbiologie (LNM).

2.2 Profil du programme

Les activités menées par l'Agence pour prévenir et contrôler la tuberculose comprennent les éléments suivants :

Élaboration d'une politique nationale et leadership

Dans le cadre de ses responsabilités et de son mandat fédéraux, l'Agence conçoit des directives stratégiques en matière de politique pour offrir un leadership national relativement aux aspects touchant la santé publique de la tuberculose au Canada. Comme mentionné précédemment, la prévention et le contrôle de la tuberculose sont une responsabilité partagée à laquelle prennent part de multiples intervenants. L'Agence a donc élaboré une approche coordonnée pour travailler avec les partenaires nationaux et internationaux sur la prévention et le contrôle de la tuberculose à l'échelle fédérale afin de soutenir les objectifs établis dans le document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (2014).

Pratique nationale en matière de santé publique

L'Agence élabore et diffuse, par le truchement de documents comme les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et plusieurs modules éducatifs ou modules de formation, une de l'orientation destinée aux professionnels de la santé et aux autorités en matière de santé publique à l'égard des pratiques exemplaires liées à la prévention, au diagnostic, au traitement et au contrôle.

Surveillance nationale et épidémiologie

L'Agence possède deux systèmes de base de données nationale pour soutenir la surveillance et l'épidémiologie des cas de tuberculose et de la résistance aux antituberculeux – le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT). Les données nécessaires au bon fonctionnement de ces

Les systèmes de base de données proviennent d'une contribution à l'échelle locale. Au bout du compte, ces données prennent leur source dans les dossiers médicaux ou les dossiers de laboratoire recueillis en vertu de la loi à l'échelle provinciale et territoriale.

Sur demande, le CLMTI fournit une assistance technique aux autorités provinciales et territoriales en matière de santé publique pour soutenir le renforcement du système de surveillance de la tuberculose et le renforcement des capacités.

Services nationaux de laboratoire de référence et de diagnostic

Sur demande, l'Agence fournit des services nationaux de laboratoire de référence (par le truchement du Laboratoire national de microbiologie – LNM) aux partenaires provinciaux et territoriaux. L'Agence soutient l'intervention en cas d'éclosion de tuberculose en fournissant une consultation en laboratoire et en effectuant des tests de référence et de diagnostic, de la recherche ainsi que des tests pour un dépistage rapide de la tuberculose à partir d'échantillons cliniques, de l'identification des mycobactéries, du génotypage de la tuberculose et des résultats de l'épreuve de sensibilité.

Intervention nationale en matière de tuberculose

L'Agence mène des activités d'intervention liées à la tuberculose de concert avec des programmes provinciaux et territoriaux de contrôle de la tuberculose et des partenaires fédéraux. Elle soutient la prévention et le contrôle de la transmission de la tuberculose dans le cadre des voyages commerciaux, y compris les restrictions concernant les voyages et la notification des contacts (cela est facilité par des programmes provinciaux et territoriaux relatifs à la tuberculose). Sur demande, l'Agence fournit une assistance, y compris un soutien laboratoire, dans l'établissement de la continuité des soins pour les personnes qui changent de province ou de territoire de résidence ainsi que celles ayant voyagé ou qui voyageront et qui auront besoin d'une assistance médicale au cours de leur séjour. Le laboratoire de l'Agence peut, sur demande, effectuer le génotypage de la tuberculose pour toutes les provinces et tous les territoires canadiens à l'exception de l'Ontario.

Par ailleurs, le CLMTI peut fournir, sur demande, un soutien en matière de gestion des éclosions au cours d'une éclosion de tuberculose en déployant sur le terrain des experts en la matière et en fournissant une téléassistance continue aux intervenants.

Interventions communautaires

L'Agence a financé deux projets communautaires visant à augmenter la sensibilisation, à accroître le dépistage et à offrir un traitement pour l'infection tuberculeuse latente au sein des collectivités nordiques autochtones à risque. Ces deux projets propres à la tuberculose faisaient partie du Programme de la santé pulmonaire de l'Agence (mis en œuvre grâce au Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques) pour soutenir les initiatives visant à accroître la sensibilisation des Canadiens en matière de prévention, de dépistage précoce et de gestion des maladies pulmonaires.

2.3 Modèle logique du programme et description

Les activités liées à la tuberculose de l'Agence sont menées par les quatre domaines fonctionnels du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de la Direction générale de la PCMI et par le Centre national de référence en mycobactériologie du LNM. Puisque ces activités n'ont pas été regroupées officiellement au sein d'un programme, il n'y a aucun modèle logique ni aucune stratégie de rendement propres aux activités liées à la tuberculose au sein de l'Agence.

2.4 Harmonisation et ressources du programme

Les activités liées à la tuberculose font partie de l'architecture d'alignement de programmes (AAP) 2014-2015 de l'Agence : Programme 1.2 – Promotion de la santé et prévention des maladies; sous-programme 1.2.1 – Prévention et contrôle des maladies infectieuses; sous-sous-programme 1.2.1.2 – Maladies infectieuses et transmissibles.

Les données financières pour la période allant de l'exercice 2009-2010 à l'exercice 2013-2014 sont présentées ci-dessous (tableau 1). En tout, l'Agence a dépensé 10,6 millions de dollars au cours de ces cinq années pour les activités liées à la tuberculose qui sont couvertes dans le cadre de la présente évaluation.

Tableau 1 : Dépenses réelles de l'Agence pour les activités liées à la tuberculose (\$)

Année*	S et C**	F et E	Salaires***	Total
2009-2010	17 000	361 691	1 360 891	1 739 583
2010-2011	240 006	440 967	1 344 778	2 025 752
2011-2012	948 573	346 150	1 257 754	2 552 478
2012-2013	S.O.	582 326	1 655 226	2 237 554
2013-2014	S.O.	584 576	1 490 876	2 075 453
Total	1 205 579	2 315 710	7 109 525	10 630 820

* Au cours de cette période, l'Agence a enregistré 485 062 dollars en dépenses en capital pour de l'équipement de laboratoire (reflété dans la colonne F et E ci-dessus).

** Ces chiffres représentent le financement fourni (par le truchement du Centre de prévention des maladies chroniques) aux deux projets liés à la tuberculose dans le cadre du Programme de la santé pulmonaire (2009-2012).

*** Les données salariales comprennent l'ajout de deux employés du programme TB-VIH du LNM, qui ne faisait pas partie de la portée de la présente évaluation. Ces chiffres ne comprennent pas les projets liés à la tuberculose financés par le truchement de l'Initiative de recherche et développement en génomique (IRDG).

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation a couvert la période allant de l'exercice 2009-2010 à l'exercice 2014-2015 et comprenait les activités de diagnostic, de prévention et de contrôle de la tuberculose réalisées par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, le Laboratoire national de microbiologie ainsi que les projets en matière de tuberculose financés par le truchement du Programme de la santé pulmonaire du Centre de prévention des maladies chroniques.

Les éléments évalués cadraient avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux des deux thèmes que sont la pertinence et le rendement, comme l'indique l'annexe 1. Pour chacun des principaux éléments, des questions précises ont été formulées suivant les considérations liées aux programmes; ces questions ont orienté le processus d'évaluation.

Il est important de noter que les activités liées à la tuberculose ne font pas partie d'un programme défini; l'approche de la présente évaluation a donc été conçue pour permettre l'examen d'un groupe d'activités axées sur la prévention et le contrôle de la tuberculose (la surveillance, l'intervention, l'orientation et le diagnostic) entreprises par l'Agence. L'équipe d'évaluation a travaillé en tenant compte des divers domaines d'activité afin de déterminer les extraits et les résultats pertinents pour orienter de façon appropriée les questions de l'évaluation.

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor a aussi guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données, afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la *Politique*. Un modèle non expérimental rétrospectif fondé sur une matrice d'évaluation, qui présentait de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour ces activités, a été utilisé.

Diverses méthodes ont été employées pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation, dont une revue de la littérature, un examen de la documentation, une étude de dossiers, des entrevues auprès d'informateurs clés, une analyse internationale et une enquête. L'annexe 1 contient des détails plus précis sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. De plus, les données, issues des diverses sources susmentionnées, ont été soumises à la triangulation. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation. Finalement, l'évaluation a permis de mettre à l'essai, avec le soutien du Centre pour l'information sur la santé publique et la stratégie de surveillance de l'Agence, une méthodologie d'évaluation économique qui sert à examiner le fardeau économique de la maladie et la contribution que pourraient avoir les initiatives de mobilisation des collectivités à l'égard de la diminution de ce fardeau.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart du temps, les évaluateurs font face à des contraintes susceptibles d'avoir un impact sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau ci-après décrit les limites auxquelles on s'est heurté pendant la mise en œuvre des méthodes choisies aux fins de l'évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions y figurent également.

Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence n'ont pas de modèle logique ou de stratégie de mesure du rendement propres.	L'absence d'un modèle logique de programme global qui explique clairement les résultats à court, à moyen et à long terme.	On a alloué d'entrée de jeu plus de temps et d'efforts à la clarification de la théorie sous-jacente qui guide les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence. Chaque composante de l'activité a été évaluée séparément pour permettre une évaluation plus robuste du rendement. Les composantes ont par la suite été examinées ensemble pour déterminer les tendances et les défis communs. Par ailleurs, un examen complet des documents ministériels ainsi que des entrevues menées auprès d'informateurs clés ont aidé à clarifier la théorie sous-jacente qui guide les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence ainsi que certains des résultats attendus relativement à ces activités.
Peu de mesures de référence ou de lignes directrices par rapport auxquelles il aurait été possible d'évaluer le progrès accompli étaient en place.	La difficulté d'évaluer le progrès accompli par rapport à des valeurs de référence, autres que les taux généraux de tuberculose, pour les activités.	Des entrevues avec des experts et des examens de la documentation ont été utilisés pour évaluer le progrès accompli au fil du temps.
Les entrevues avec les informateurs clés sont d'une nature rétrospective.	La nature rétrospective des entrevues peut mener à l'obtention d'une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir une incidence sur la validité des activités ou des résultats d'évaluation liés aux améliorations dans le secteur du programme.	La triangulation d'autres sources de données a permis de corroborer ou de compléter l'information sur les données recueillies pendant les entrevues. L'examen de la documentation a permis d'obtenir des renseignements sur l'organisation.
Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence sont financées à même des affectations ou des budgets de services votés en matière de prévention et de contrôle des maladies transmissibles. Aucun budget planifié n'était disponible, et la structure des données financières n'était pas liée aux extrants ni aux résultats.	La capacité de quantifier l'efficacité et l'économie est limitée, aucune évaluation de l'écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles.	D'autres sources d'information, y compris des entrevues avec des informateurs clés, des évaluations précédentes du rapport coût-efficacité et un examen de dossier, ont été utilisées afin d'évaluer l'efficacité et l'économie.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : élément n° 1 – nécessité de maintenir le programme

RÉSUMÉ : Le Canada a l'un des plus faibles taux d'incidence de la tuberculose au monde⁵. À l'échelle du Canada, la tuberculose affecte disproportionnellement les personnes nées à l'étranger et les Autochtones nés au Canada. En raison des taux d'incidence de la tuberculose plus élevés au sein de ces populations en particulier qu'au sein de la population née au Canada et de la population non autochtone née au Canada, et afin de continuer à réduire le taux national d'incidence de la tuberculose, il existe toujours un besoin en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada.

La tuberculose est une infection bactérienne qui se transmet principalement d'une personne à l'autre dans l'air. Elle infecte habituellement les poumons, bien que d'autres parties du corps puissent également être atteintes. Une fois inhalée, la bactérie *Mycobacterium tuberculosis* est soit éradiquée par la réaction immunitaire innée du corps, soit capable de se répliquer et de déclencher une infection tuberculeuse.

La plupart des personnes (95 %) qui deviennent infectées par la tuberculose portent la bactérie sans ressentir de symptômes; elles ont une infection tuberculeuse latente (également appelée ITL), qui est dans un état dormant et qui ne rend pas la personne symptomatique ou contagieuse. Sans traitement, une petite proportion des personnes ayant contracté une infection tuberculeuse latente seront atteintes de tuberculose active dans leur vie. Au Canada, 5 % des cas d'infection tuberculeuse latente se transformeront en tuberculose active, phénomène aussi désigné par le terme « réactivation de la tuberculose »⁶. Les caractéristiques du système immunitaire de l'hôte déterminent si une personne exposée à la tuberculose contractera l'infection tuberculeuse latente et sera atteinte de tuberculose active⁷. La plupart des cas de tuberculose active au Canada sont des cas de réactivation de la tuberculose. Cela se produit généralement en raison d'un système immunitaire affaibli ou de l'existence d'autres problèmes de santé. La tuberculose active est contagieuse et exige un traitement aux antibiotiques.

Bien qu'elle soit évitable et traitable, la tuberculose demeure une préoccupation de santé publique importante à l'échelle mondiale et touche jusqu'à un tiers de la population mondiale. Les régions les plus touchées par la tuberculose comprennent des pays de l'Asie et de l'Afrique du Sud du Sahara, où les taux de prévalence de la tuberculose peuvent atteindre jusqu'à 50 %^{8,9,10}. Le Canada joue un rôle dans la réduction du fardeau mondial de la tuberculose en participant aux efforts internationaux en matière de santé et en s'attaquant au problème de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger qui habitent au Canada¹¹.

Incidence de la tuberculose au Canada

Le taux d'incidence de la tuberculose active au Canada est parmi les plus faibles au monde et se situe à 4,7 cas pour 100 000 personnes (en 2013, soit l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles)¹². Même si la tuberculose n'est plus répandue dans l'ensemble de la population canadienne, les cas de tuberculose au Canada surviennent disproportionnellement chez les Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger¹³.

Même si le nombre total de cas déclarés annuellement au sein de la population née à l'étranger est demeuré plus ou moins le même, soit environ 1 000 cas par année depuis 1970, la proportion de cas de tuberculose active chez les personnes nées à l'étranger a augmenté, tandis que le nombre de cas de tuberculose au sein de la population non autochtone née au Canada a diminué. Aujourd'hui, plus de 70 % de tous les cas déclarés de tuberculose active au Canada touchent des personnes nées à l'étranger¹⁴. Par exemple :

- En 2013, les personnes nées à l'étranger, qui composaient environ 22 % de la population canadienne totale, représentaient 71 % des cas déclarés d'origine connue, avec un taux d'incidence de 14,8 cas pour 100 000 habitants¹⁵.
- Les migrants à destination du Canada proviennent aujourd'hui principalement de régions où les taux de prévalence de la tuberculose sont plus élevés que ceux du Canada. Ainsi, jusqu'à 50 % des nouveaux immigrants et réfugiés au Canada présentent une infection tuberculeuse latente qui risque de se transformer en tuberculose active^{16, 17}.
- Les taux de tuberculose au sein des populations immigrantes et de réfugiés sont plus élevés dans les cinq premières années suivant leur arrivée dans une région ayant une faible incidence comme le Canada, mais diminuent de façon importante après la première année suivant leur arrivée^{18, 19}.

Le taux de tuberculose chez les Autochtones nés au Canada a diminué de 60 % depuis 1970²⁰. Toutefois, les taux de tuberculose chez les Autochtones nés au Canada sont restés substantiellement plus élevés que ceux de la population non autochtone née au Canada. Par exemple :

- En 2013, les Autochtones nés au Canada, qui composaient 4 % de la population canadienne totale, représentaient 19 % des cas déclarés d'origine connue, avec un taux d'incidence de 19,9 cas pour 100 000 habitants. Parmi ces cas, 65 % touchaient des membres des Premières Nations, près du tiers touchaient des Inuits (29 %), et 6 % touchaient des Métis²¹.
- De 2002 à 2012, à l'exception de l'année 2003, les taux annuels d'incidence de la tuberculose pour les Inuits étaient les plus élevés de tous les groupes d'origine présents au Canada.
- On estime que le contexte historique, l'état de santé, l'environnement et les défis liés au système de santé ont une incidence sur les taux de tuberculose au sein des collectivités autochtones²².

Transmission et réactivation de la tuberculose : déterminants sociaux et environnementaux

Il a été démontré que des facteurs sociaux et environnementaux, tant en amont que proximaux, sont associés à la transmission de la tuberculose et à l'activation de la tuberculose latente²³. Par exemple :

- Les déterminants en amont de la tuberculose comprennent des facteurs associés à des situations malsaines (pauvreté, statut socio-économique faible, niveaux de scolarité peu élevés) et des facteurs associés à la faiblesse du système de santé (accès difficile aux soins de santé).
- Les facteurs de risques proximaux de la tuberculose comprennent ceux qui contribuent à une grande fréquence de contacts avec des gouttelettes infectieuses (cas de tuberculose active dans la collectivité, surpeuplement, mauvaise ventilation) et ceux qui mènent à un système de défense affaibli de l'hôte (fumée de tabac, air pollué, VIH, malnutrition, maladies pulmonaires, diabète, alcoolisme, ainsi que l'âge, le sexe et les facteurs génétiques)²⁴.
- D'autres facteurs de risque connus liés à la tuberculose comprennent le sans-abrisme et le fait d'être résident d'un établissement correctionnel ou de soins de longue durée²⁵.

Résistance aux antimicrobiens

Il existe une préoccupation grandissante à l'échelle mondiale selon laquelle les souches pharmacorésistantes de la tuberculose posent une grande menace aux efforts de prévention et de contrôle de la maladie²⁶. Même si la tuberculose pharmacorésistante n'a pas été cernée comme étant un problème majeur au Canada, son potentiel de devenir un problème est élevé en raison de la fréquence avec laquelle les Canadiens voyagent à l'étranger²⁷. En 2011, un cas de tuberculose confirmé sur cinq (19 %) déclaré à l'échelle mondiale à l'OMS était un cas de tuberculose multirésistante (TB-MR)²⁸. Au Canada, les cas déclarés de pharmacorésistance dans le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose sont restés relativement stables et constamment sous les niveaux internationaux²⁹. En 2013, 8,1 % du nombre total d'isolats déclarés à des fins d'épreuves de sensibilité au Canada ont montré une pharmacorésistance³⁰. La résistance aux antimicrobiens est une préoccupation mondiale parce qu'elle complique l'administration des traitements antituberculeux usuels; les solutions de rechange pour le traitement de cette maladie sont limitées et plus coûteuses et pourraient engendrer plus d'effets secondaires et être moins efficaces^{i,31,32}.

i

Des responsables provinciaux et territoriaux ont évoqué les difficultés d'obtenir de nouveaux médicaments pour la tuberculose. Ils avaient l'impression que le petit nombre de cas de tuberculose au Canada pourrait avoir une incidence sur la disponibilité de nouveaux médicaments en raison des barrières liées à la distribution des médicaments dans un petit marché.

Cibles mondiales

Conformément au *Plan mondial Halte à la tuberculose* (2006-2015) de l'OMS, qui visait à réduire de moitié pour 2015 la prévalence des cas de tuberculose déclarés en 1990, l'Agence a établi une cible de 3,6 cas pour 100 000 personnes au Canada pour 2015³³. Même si le taux global de tuberculose au Canada a diminué depuis 1990 pour atteindre 4,7 cas pour 100 000 personnes, la cible de 2015 n'avait pas été atteinte au moment de la rédaction du présent rapport d'évaluation. Cependant, l'OMS a mis à jour son plan. Le 3 juillet 2014, l'OMS, en collaboration avec l'European Respiratory Society, a publié un nouveau cadre pour l'élimination de la tuberculose d'ici 2050 dans 33 pays de faible incidence, dont le Canada. Le cadre, divisé en huit points, a été adapté à partir de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015, qui a été approuvée en mai 2014 par l'Assemblée mondiale de la Santé³⁴.

4.2 Pertinence : élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement

RÉSUMÉ : Les activités liées à la tuberculose sont une priorité pour le gouvernement du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, comme en témoignent une panoplie de documents de planification et de documents ministériels.

Les activités liées à la tuberculose s'harmonisent avec les priorités du gouvernement du Canada qui visent à assurer la santé et la sécurité des Canadiens et de leurs collectivités. Comme le met en lumière sa réponse au rapport du Comité permanent de la santé, *La voie de l'avenir – comment réagir aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites*³⁵ (2010), le gouvernement du Canada a reconnu la nécessité d'efforts concertés par de multiples partenaires pour réduire le fardeau que constitue cette maladie, en déclarant, en particulier, qu'il reste beaucoup de travail à faire, en dépit de chutes enregistrées des taux de TB chez les Premières Nations depuis une trentaine d'années. Pour sa part, le budget fédéral de 2014 proposait des mesures pour améliorer la santé et la sécurité des collectivités autochtones, ainsi que pour réduire l'incidence de la tuberculose au sein des populations vulnérables³⁶. De plus, en 2013, le gouvernement a promis de verser 650 millions de dollars sur trois ans au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

En mars 2014, en vue de la Journée mondiale de la tuberculose, la ministre de la Santé, l'honorable Rona Ambrose, a publié le document du gouvernement *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral*. Le cadre d'action énonce l'engagement du gouvernement fédéral de lutter contre la tuberculose au sein des deux populations ayant les taux d'incidence de la tuberculose active les plus élevés au Canada, soit les Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger dans des pays ayant une forte incidence de la tuberculose, et de se pencher sur les facteurs de risque sous-jacents liés à la tuberculose. Le cadre d'action visait également à réduire le taux d'incidence national des cas de tuberculose signalés au Canada à 3,6 cas pour 100 000 habitants ou moins d'ici 2015.

Les activités s'harmonisent bien avec les priorités de l'Agence. Au cours des cinq dernières années, par le truchement de diverses planifications ministérielles et de divers documents de communication, l'Agence a reconnu le risque important en matière de santé publique que posent les maladies infectieuses. Par exemple, le Rapport sur les plans et priorités 2014-2015 prévoit l'atteinte d'un taux (tuberculose) de 3,6 cas pour 100 000 personnes d'ici mars 2015 et établit la nécessité de travailler avec des partenaires fédéraux pour s'attaquer aux facteurs sous-jacents de la tuberculose et élaborer des outils de communication sur la tuberculose adaptés à la culture³⁷. Les activités liées à la tuberculose s'harmonisent aussi avec les quatre priorités clés de l'Agence qui figurent dans son document *Horizons stratégiques 2013-2018*³⁸.

L'analyse de risques du Ministère effectuée par l'Agence met en lumière le risque continu posé par les maladies infectieuses comme la tuberculose et la façon dont, en réaction, « [d]ans un contexte pluri-gouvernemental, l'Agence continuera de contribuer à l'amélioration des systèmes de surveillance, à maintenir ses capacités de laboratoire et à soutenir la recherche, en collaboration avec ses partenaires nationaux et internationaux³⁹ ». L'Analyse reconnaît que « [l]es administrations nationales et internationales doivent affronter le risque permanent à savoir que les maladies infectieuses, comme la grippe, la tuberculose et les maladies d'origine alimentaire peuvent causer des éclosions, des épidémies et des pandémies⁴⁰ ».

4.3 Pertinence : élément n° 3 – harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

RÉSUMÉ : Les activités liées à la tuberculose de l'Agence s'harmonisent, de façon générale, avec le mandat de cette dernière. L'Agence a un rôle à jouer, à juste titre, à l'égard de la surveillance et de la prestation d'une orientation, de programmes et de politiques en matière de santé publique (y compris le soutien d'initiatives menées par la collectivité). Il n'existe aucun pouvoir clairement défini pour certaines activités, y compris en ce qui a trait aux *Lignes directrices canadiennes pour la tuberculose et les voyages aériens*, aux restrictions de voyage relatives à la santé publique et à la notification internationale pour le suivi des soins.

Harmonisation avec les lois et le mandat

L'Agence de la santé publique du Canada aborde le rôle général du gouvernement fédéral en matière de prévention et de contrôle des maladies établi dans les lois constitutives. La *Loi sur le ministère de la Santé* octroie au ministre de la Santé des attributions concernant « la promotion et le maintien du bien-être physique, mental et social de la population ». Les attributions du ministre sont, entre autres, les suivantes :

- la protection de la population du Canada contre la propagation des maladies et les risques pour la santé;
- les enquêtes et les recherches sur la santé publique, y compris le contrôle suivi des maladies;
- la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion des renseignements relatifs à la santé publique;
- la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts visant à maintenir et à améliorer la santé publique.

La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* est liée à la *Loi sur le ministère de la Santé*, car elle prévoit que l'Agence de la santé publique du Canada a été constituée pour assister le ministre dans l'exercice de ses attributions en matière de santé publique. Elle précise le rôle de l'Agence en matière de protection de la santé, de surveillance et de prévention des maladies.

Aucun programme en matière de tuberculose

Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence ne sont pas regroupées dans le cadre d'un programme; elles constituent plutôt une série d'activités coordonnées qui gravitent autour de la maladie. L'Agence possède divers niveaux de pouvoirs octroyés par le Cabinet à l'égard de ces activités. Elle possède de vastes pouvoirs en ce qui a trait aux activités de prévention et de contrôle de la maladie. Ces pouvoirs proviennent des vastes documents d'orientation émanant du Cabinet portant sur des maladies infectieuses, dont la tuberculose. Les pouvoirs de portée générale octroyés par le Cabinet établissent que l'Agence doit jouer un rôle dans des domaines comme la prestation d'une orientation destinée aux professionnels de la santé publique, l'élaboration de politiques et de programmes, le renforcement des capacités communautaires, la formation publique et professionnelle et la collaboration intersectorielle visant à prévenir et à contrôler diverses maladies. Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence s'harmonisent avec ces pouvoirs.

L'Agence a reçu des pouvoirs à l'égard de trois fonctions liées particulièrement à la tuberculose, qui établissent clairement le rôle de l'Agence en matière de surveillance, de recherches et de mesures et d'interventions d'urgence relativement à la tuberculose. L'Agence a des pouvoirs particuliers qui améliorent sa capacité d'effectuer la surveillance de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger et les Autochtones nés au Canada.

Les pouvoirs en matière de politiques n'ont pas été clairement définis pour certaines activités. On compte parmi ces activités : les *Lignes directrices canadiennes pour la tuberculose et les voyages aériens*, les restrictions de voyage relatives à la santé publique et la notification internationale pour le suivi des soins. Ces activités liées aux voyages et à la tuberculose comprennent des activités d'évaluation du risque et de suivi menées par l'Agence (en lien avec le déplacement d'une personne atteinte de la tuberculose ou le possible déplacement d'une personne atteinte de la tuberculose) à la suite d'une notification provenant d'une administration provinciale ou territoriale.

Cadre d'action fédéral

De nombreux intervenants participent à la lutte contre la tuberculose, ce qui exige une coordination attentive des activités menées par ceux-ci afin d'éviter le chevauchement des efforts. Deux documents publics établissent les rôles des partenaires en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose. Ces documents sont les suivants : *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* (les *Orientations*) du Réseau pancanadien de santé publique et *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (le cadre d'action fédéral) de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Par ailleurs, les documents déterminent clairement les rôles et les responsabilités des administrations qui participent à la gestion de la tuberculose. L'Agence est responsable de la prévention et du contrôle de la tuberculose pour l'ensemble de la population au Canada, tandis que d'autres organismes du gouvernement fédéral se concentrent sur des populations en particulier (y compris les populations clés des personnes nées à l'étranger et des Autochtones nés au Canada). Par exemple, Citoyenneté et Immigration Canada est responsable du dépistage de la tuberculose chez les personnes qui immigreront au Canada (y compris l'infection tuberculeuse latente et la pharmacorésistance), la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est responsable de la prévention et du contrôle de la tuberculose pour les collectivités vivant dans des réserves, et le Service correctionnel du Canada est responsable de la prévention et du contrôle de la tuberculose chez les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Les gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux sont responsables de la surveillance, de la gestion des cas de tuberculose et du contrôle de cette maladie sur leur territoire.

Les *Orientations* et le cadre d'action établissent tous deux que l'Agence est responsable des éléments suivants :

- entreprendre la surveillance de la tuberculose;
- fournir du soutien pour la gestion des éclosions de tuberculose et des services de laboratoire;
- appliquer des mesures au titre de la *Loi sur la mise en quarantaine*;
- offrir une orientation aux professionnels de la santé et aux responsables de la santé publique à l'égard des pratiques exemplaires en matière de prévention, de diagnostic en laboratoire et de traitement;
- offrir des services de laboratoire de référence;
- soutenir le projet TAIMA TB;
- mobiliser d'autres ministères et organismes fédéraux en vue d'aborder les facteurs socio-économiques qui contribuent à la tuberculose;
- travailler en collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux pour améliorer les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose.

Bien que ces rôles et responsabilités s'harmonisent bien avec les pouvoirs généraux octroyés à l'Agence par le Cabinet en regard à ses efforts pour contrôler et prévenir les maladies, certains domaines, comme ceux liés à l'intervention en matière de tuberculose, pourraient exiger une clarification.

4.4 Rendement : élément n° 4 – atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les activités et les rapports de l'Agence liés à la surveillance sont-ils efficaces?

RÉSUMÉ : Les rapports nationaux de surveillance de l'Agence sur les cas de tuberculose et de pharmacorésistance sont utilisés par des publics multiples, et ce, à de nombreuses fins. Par exemple, les administrations peuvent évaluer où elles se situent par rapport aux autres en matière de réduction du fardeau lié à la tuberculose et peuvent se

servir des données déclarées pour prendre des décisions éclairées dans l'élaboration de politiques, de programmes, de questions de recherche et de matériel pédagogique relatifs à la tuberculose.

Aperçu des activités et des systèmes de surveillance de la tuberculose propres à l'Agence

L'efficacité des rapports de surveillance sur la tuberculose de l'Agence dépend du rendement de cinq activités clés menées à l'échelle nationale : la collecte, l'intégration, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données.

Les activités de collecte de données menées par l'Agence sont soutenues par des partenariats efficaces

Les activités de collecte de données menées par l'Agence sont soutenues par des partenariats efficaces fondés sur une longue tradition de collaboration volontaire. D'un point de vue historique, la production de statistiques en matière de tuberculose à l'échelle nationale au Canada est demeurée une activité continuellement soutenue depuis 1924. De nos jours, les responsables de la santé publique continuent de reconnaître que la tuberculose représente une menace et qu'elle doit être surveillée avec vigilance – tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale⁴¹. Par conséquent, le besoin de conserver efficacement la tuberculose dans la liste de maladies à déclaration obligatoire au Canada a été réaffirmé en 2009 par un consensus des responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux au moyen de critères convenus qui sont examinés périodiquement⁴².

Toutes les provinces et tous les territoires, ainsi que les laboratoires qui participent au Réseau technique canadien des laboratoires de tuberculose, soumettent régulièrement et volontairement des données à l'Agence afin qu'un point de vue national puisse être formulé^{43,44}. Des formulaires de déclaration nationaux et normalisés (offerts sur papier et en version électronique) sont utilisés pour gérer tous les envois de données. La majorité des éléments de données recueillis sur les formulaires de l'Agence sont complets, et, en ce qui a trait aux données cliniques et démographiques, plus de 95 % sont présentés de façon complète⁴⁵.

En tout, l'OMS estime que le taux de détection des cas de tuberculose au Canada se situe entre 87 % et 100 %; l'hypothèse de travail est donc que les systèmes de surveillance nationaux du Canada en matière de tuberculose sont bien rodés et très efficaces⁴⁶. Même si l'Agence doit toujours envisager la possibilité que des cas diagnostiqués ne soient pas déclarés ou que des personnes atteintes de tuberculose active n'ont pas été diagnostiquées, l'existence de partenariats collaboratifs et d'un objectif commun partagé en matière de normalisation de l'information est souvent reconnue dans la littérature comme étant une condition essentielle au perfectionnement des systèmes de surveillance efficaces⁴⁷. La recherche montre que la déclaration obligatoire des cas de tuberculose n'est pas nécessairement plus efficace au moment de favoriser la participation complète ou une détection maximale de cas, comme en font foi des rapports incomplets au sein de certaines instances européennes qui sont parties à des accords officiels⁴⁸.

Les activités d'analyse menées par l'Agence sont soutenues par des approches efficaces de collecte de données

Les activités d'analyse de données menées par l'Agence et, au bout du compte, les rapports produits grâce à elles, sont soutenues par des approches efficaces de collecte de données qui promeuvent la normalisation et qui appliquent les pratiques exemplaires internationales en matière de surveillance de la tuberculose. À titre d'exemple, l'Agence utilise un système de surveillance fondé sur des cas confirmés pour volontairement collecter des données sélectionnées au sujet de personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose active. Même si l'administration des systèmes de surveillance fondés sur des cas confirmés exige techniquement plus de main-d'œuvre, l'OMS désigne ces systèmes de surveillance comme représentant l'approche idéale pour produire de l'information fiable et une approximation des taux d'incidence de la tuberculose⁴⁹. Les systèmes de surveillance fondés sur des cas confirmés, comme le SCDCT, sont considérés comme étant idéaux car ils contiennent des enregistrements pour lesquels un épisode de tuberculose et l'information liée au traitement de cet épisode est l'unité d'analyse; ainsi, il est possible d'effectuer des analyses et des vérifications de l'exactitude plus détaillées que si le système ne présentait que des données d'ensemble⁵⁰. Comme une personne interrogée l'a résumé, « nous utilisons les données du SCDCT [...] il s'agit de données idéales que nous aimons et desquelles nous pouvons tirer des conclusions ». L'OMS recommande également que la collecte et l'analyse des données liées aux cas contiennent un ensemble minimal de variables, ce que l'Agence respecte également⁵¹. Même si la présente évaluation n'a pas permis d'établir si les systèmes de surveillance de la tuberculose de l'Agence répondraient aux normes de certification de l'OMS ou aux exigences du cadre d'évaluation de la qualité des données que l'Agence applique à l'interne⁵², la présence de définitions de cas normalisés et de formulaires de rapports utilisés à l'échelle nationale permet à chaque province et à chaque territoire de transmettre efficacement l'information à l'Agence de façon cohérente et comparable – une condition nécessaire à la validité des données et à l'évaluation des tendances au fil du temps.

Les rapports de l'Agence sur la tuberculose sont utilisés et utiles

Les rapports de l'Agence sur la tuberculose sont utilisés de différentes façons par de multiples publics. Des entrevues avec des responsables de la santé publique à l'échelle du pays montrent que les rapports de l'Agence sont à la fois instructifs et nécessaires pour aider les administrations à déterminer où elles se situent par rapport aux autres en ce qui a trait à la réduction du fardeau de la tuberculose. Les réponses de l'enquête soulignent davantage le fait que les rapports de l'Agence sont utilisés et utiles à l'égard des éléments suivants :

- à des fins d'enseignement (27 %);
- pour éclairer l'élaboration de politiques et la prise de décisions (21 %);
- pour améliorer la qualité des services (21 %);
- pour concevoir des programmes et des services de santé (15 %);
- pour éclairer l'élaboration de questions de recherche et d'études (10 %);
- pour élaborer des programmes de défense des droits (6 %).

Les rapports ont été utilisés par l'Agence et d'autres partenaires fédéraux aux fins suivantes :

- pour déterminer l'élément central des interventions communautaires, comme le projet TAIMA TB;
- pour répondre aux questions des médias qui désirent obtenir des données fiables sur les taux d'incidence de la tuberculose;
- pour soutenir le ministre de la Santé en établissant le contexte pour le premier cadre d'action fédéral sur la tuberculose du Canada;
- pour éclairer l'élaboration de programmes et de politiques. Par exemple, le Service correctionnel du Canada utilise les rapports de l'Agence comme base pour orienter ses évaluations du risque liées à la tuberculose en comparant les taux d'incidence de tuberculose dans les pénitenciers fédéraux avec ceux observés dans la population en général.

À l'occasion, les rapports de l'Agence sont cités en référence par les assemblées législatives fédérales, provinciales et territoriales par des représentants élus et non élus pour faire valoir diverses positions, accroître la sensibilisation ou rationaliser un plan d'action^{53,54,55}. Le 24 mars de chaque année – la Journée mondiale de la tuberculose –, les rapports de l'Agence sont abondamment cités en référence par de multiples organisations et médias de masse pour plaider en faveur d'une plus grande attention et de plus de ressources pour éliminer la tuberculose à l'échelle nationale et internationale⁵⁶. À titre de mesure visant à maximiser leur efficacité, l'Agence tend aussi à publier ses documents liés à la tuberculose le jour de la Journée mondiale de la tuberculose ou avant cette date^{57,58}.

La Journée mondiale de la tuberculose offre aussi à l'Agence une occasion annuelle d'accroître la sensibilisation à la tuberculose par l'entremise des médias sociaux et d'un message du ministre et de faire la promotion des rapports annuels de l'Agence grâce à des webinaires publics. Le tout dernier webinaire portant sur les rapports de surveillance de la tuberculose de l'Agence a attiré environ 290 participants, composés principalement d'intervenants du secteur de la santé publique et de cliniciens.

Les rapports de l'Agence sont cités en référence dans des documents provinciaux et territoriaux liés à la prévention et au contrôle de la tuberculose. Parmi les récentes publications se trouvent les suivantes :

- le Manitoba TB Protocol (2014)⁵⁹;
- le Centre de lutte contre les maladies transmissibles du Yukon – Manuel de lutte contre la tuberculose (2014)⁶⁰;
- le NWT TB Manual : Stop TB (2014)⁶¹;
- la Saskatchewan Provincial TB Strategy, 2013-2018 (2013)⁶²;
- le BC Strategic Plan for TB, Prevention, Treatment and Control (2012)⁶³;
- les TB Prevention and Control Guidelines for Alberta (2010)⁶⁴.

En plus d'aider les utilisateurs à cerner le contexte national et d'offrir une base aux fins de comparaison, tous les documents provinciaux et territoriaux mettent l'accent sur au moins deux populations en particulier – les Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger – qui, selon les rapports de surveillance nationale, sont constamment touchées de façon disproportionnée par la tuberculose.

Les rapports de l'Agence sont perçus par une forte majorité de répondants de l'enquête comme étant bien produits (p. ex. exacts et opportuns) et bien reçus (p. ex. utilisés et utiles). Toutefois, si on examine de plus près les données recueillies, celles-ci révèlent quelques écarts mineurs entre les différents utilisateurs de l'information. Par exemple, la majorité de répondants qui perçoit les rapports de l'Agence comme étant exacts est plus importante pour les professionnels de la santé, ainsi que de représentants provinciaux et territoriaux que pour les responsables fédéraux. Inversement, tandis qu'une plus grande majorité de représentants fédéraux considèrent que les rapports de l'Agence sont opportuns, les professionnels de la santé, tout comme les responsables provinciaux et territoriaux, sont plus susceptibles d'être en désaccord avec le fait que les rapports de l'Agence sont assez opportuns pour répondre à leurs besoins.

Tableau 3 : Résultats de l'enquête sur l'efficacité des rapports de l'Agence, par utilisateurs clés

Rapports	La tuberculose au Canada			Résistance aux antituberculeux au Canada		
	L'information est exacte					
	En accord	Neutre	En désaccord	En accord	Neutre	En désaccord
Responsables fédéraux	71 %	29 %	0 %	57 %	43 %	0 %
Responsables provinciaux et territoriaux	83 %	11 %	1 %	94 %	6 %	0 %
Professionnels de la santé	88 %	12 %	0 %	86 %	14 %	0 %
L'information est présentée en temps opportun						
Responsables fédéraux	71 %	29 %	0 %	57 %	43 %	0 %
Responsables provinciaux et territoriaux	44 %	33 %	22 %	69 %	25 %	6 %
Professionnels de la santé	59 %	25 %	15 %	77 %	16 %	7 %
L'information a influencé le travail						
Responsables fédéraux	86 %	14 %	0 %	43 %	57 %	0 %
Responsables provinciaux et territoriaux	72 %	28 %	0 %	63 %	25 %	13 %
Professionnels de la santé	69 %	29 %	2 %	68 %	32 %	0 %

Quand il est comparé à celui d'autres pays du G8, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, le calendrier de présentation des rapports du Canada, soit la présentation de rapports annuels avec un décalage de deux ans en ce qui a trait aux données, s'harmonise généralement avec ceux de la faible majorité (l'Agence distribue toutefois des tableaux supplémentaires chaque année). Cependant, comme l'ont mis en lumière des entrevues avec des informateurs clés, l'évaluation de la question de savoir si les rapports sont suffisamment opportuns dépend des besoins des utilisateurs en matière d'information et des objectifs énoncés relativement aux rapports de surveillance de l'Agence.

Tableau 4 : Comparaison internationale du décalage des données dans les rapports nationaux sur la tuberculose

Décalage des données qui se retrouvent dans les rapports nationaux sur la tuberculose publiés en 2014			
	1 année de décalage (données de 2013 publiées en 2014)	2 années de décalage (données de 2012 publiées en 2014)	4 années de décalage (données de 2010 publiées en 2014)
Pays	Allemagne ⁶⁵ Japon ⁶⁶ Royaume-Uni ⁶⁷ États-Unis ⁶⁸	Canada ⁶⁹ France ⁷⁰ Italie ⁷¹ Nouvelle-Zélande ⁷² Russie ⁷³	Australie ⁷⁴

4.4.2 Dans quelle mesure les services de laboratoire de référence et de diagnostic sont-ils efficaces?

RÉSUMÉ : Le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence fournit des services spécialisés de référence et de diagnostic dans le domaine de la mycobactériologie liée à la tuberculose qui sont nécessaires, utilisés, opportuns, fiables et normalisés. Les procédures de laboratoire sont homologuées par l'Organisation internationale de normalisation, et le travail de l'Agence a été évalué comme étant hautement efficace par d'autres tierces parties.

Les services de laboratoire de l'Agence sont homologués comme étant empreints de compétence et d'efficacité

L'Agence réalise, sur demande, des tests de référence et de diagnostic uniques sur des échantillons de tuberculose qui ne sont pas offerts par tous les laboratoires provinciaux et territoriaux. Les procédures de laboratoire utilisées à l'Agence sont sanctionnées par l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et sont homologuées au titre de la norme ISO 17025. Cette homologation du Conseil canadien des normes signifie que les compétences techniques et les méthodes de laboratoires utilisées par l'Agence pour rendre des comptes et effectuer des tests de tuberculose et des activités d'étalonnage et d'échantillonnage sont reconnues comme étant précises, reproductibles, valides, fiables et efficaces (avec une sensibilité et une spécificité élevées)⁷⁵.

Les services de laboratoire de l'Agence sont utilisés et utiles

Les services uniques offerts par l'Agence sont utilisés par des laboratoires provinciaux et territoriaux, et, si on compare les données liées au rendement d'une année à l'autre, on remarque que l'utilisation de ces services a augmenté entre l'exercice 2011-2012 et l'exercice 2012-2013. Par exemple, l'Agence a reçu 17 % plus d'échantillons de tuberculose des provinces et des territoires à des fins d'analyse au cours de l'exercice 2012-2013 que durant l'exercice 2011-2012, et elle a effectué 66 % plus de tests au cours de l'exercice 2012-2013 que durant l'exercice 2011-2012. En tout, l'Agence a reçu 1 866 échantillons de tuberculose des provinces et des territoires et a effectué 67 465 tests de tuberculose au cours de l'exercice 2012-2013.

Tableau 5 : Résumé de l'utilisation des laboratoires

Utilisation provinciale et territoriale des services de laboratoire de l'Agence	2011-2012	2012-2013	Différence d'une année à l'autre (%)
N ^{bre} d'échantillons de tuberculose envoyés à l'Agence par toutes les provinces	1 593	1 866	17 % d'augmentation
N ^{bre} de tests de tuberculose distincts effectués par l'Agence	40 723	67 465	66 % d'augmentation

En plus de servir à générer des rapports, les résultats de laboratoire sont utilisés pour aider les épidémiologistes dans les enquêtes sur les éclosions et la recherche des contacts. De récents exemples comprennent l'aide de l'Agence aux endroits suivants :

- Kelowna et Port Alberni (Colombie-Britannique);
- Nunavik (Québec);
- le territoire du Nunavut;
- un établissement correctionnel fédéral (Manitoba);
- quatre cas où la personne a franchi une frontière interprovinciale;
- un cas où la personne a franchi une frontière internationale entre le Manitoba et le Dakota du Nord (États-Unis)⁷⁶.

Afin d'aider à renforcer l'efficacité et la capacité des services de laboratoire au Canada, l'Agence fournit également, sur demande, une assistance technique et de la formation aux microbiologistes cliniciens et aux spécialistes des maladies infectieuses. De récents exemples comprennent des demandes pour une assistance technique en matière d'interprétation de résultats de tests de tuberculose et de validation de la compétence liée aux procédures de laboratoire⁷⁷.

L'efficacité de l'Agence est examinée périodiquement par une tierce partie (le sous-comité consultatif du centre de référence (SCCR) du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada [RLSPC]) à des fins de vérification de la compétence et d'assurance de la qualité. Dans le plus récent rapport du RLSPC, l'Agence a reçu la cote générale de « solide » en matière de mycobactériologie liée à la tuberculose. Il s'agit de la cote la plus élevée qu'il est possible de recevoir, ce qui signifie qu'on a pleinement tenu compte des recommandations présentées au Centre et que peu d'information supplémentaire est exigée, voire pas du tout⁷⁸.

4.4.3 Dans quelle mesure les activités stratégiques menées par l'Agence ont-elles été efficaces?

RÉSUMÉ : Les efforts de prévention et de contrôle de la tuberculose exigent la mobilisation et la gestion des intervenants. Avec des partenaires, l'Agence a rédigé le document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral*, qui définit les rôles et les responsabilités des ministères et organismes fédéraux tout en dressant la liste des priorités des mesures que devront prendre les partenaires pour lutter contre la tuberculose.

Un certain nombre d'initiatives stratégiques différentes pourraient être mises en œuvre pour faire progresser la prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada. L'Agence a choisi d'orienter ses interventions stratégiques vers l'établissement de priorités et l'élaboration d'un cadre

d'action fédéral. Cela s'ajoute à d'autres efforts stratégiques qui ont été déployés pour concevoir des projets de mobilisation communautaire ou pour soutenir la Journée mondiale de la tuberculose et dont il est question dans d'autres sections du présent rapport.

Établissement des priorités

L'Agence a travaillé à l'établissement de priorités dans ce domaine principalement par le truchement du Réseau de santé publique (RSP), qui regroupe des représentants du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Un groupe de travail temporaire du RSP sur la tuberculose composé d'experts en prévention et en contrôle de la tuberculose a été formé. Son mandat était de cerner les enjeux clés et les secteurs pour lesquels il y aurait un potentiel de collaboration FPT à cet égard.

L'Agence poursuit son travail visant à soutenir la collaboration et à encourager une approche nationale en matière de tuberculose. Cela comprend des efforts pour cerner les composantes nécessaires à intégrer dans un cadre d'action national sur la prévention et le contrôle de la tuberculose au Canada, pour élaborer des stratégies pratiques orientées sur la réduction des taux d'infection tuberculeuse au sein des populations clés (Autochtones et personnes nées à l'étranger) et pour élaborer des cibles et des indicateurs pancanadiens dans le cadre de programmes.

Par conséquent, les projets conçus ou menés par l'Agence sont orientés sur les populations à risque élevé. Par exemple, des solutions sont en train d'être élaborées par l'ASPC en vue de :

- mettre à l'essai une approche novatrice pour lutter contre l'infection tuberculeuse latente chez les personnes nées à l'étranger;
- travailler avec CIC pour diriger le travail d'un groupe d'experts qui doit déterminer les approches qui pourraient optimiser la lutte contre la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger vivant au Canada;
- mettre à l'essai des projets dans un petit nombre de collectivités autochtones nordiques ayant un taux élevé de tuberculose au sein de leur population autochtone.

Élaboration du cadre

Des intervenants provenant de divers paliers d'organisations gouvernementales et non gouvernementales participent aux efforts nationaux pour prévenir et contrôler la tuberculose, ce qui exige une coordination et une gestion des intervenants. La principale réalisation de l'Agence dans ce domaine a été l'élaboration du document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (2014), qui a prouvé l'engagement du gouvernement à l'égard de la lutte contre la tuberculose au sein des populations touchées. Le cadre d'action a été créé pour cerner les rôles et les responsabilités des ministères et organismes fédéraux dans leurs efforts conjugués visant à réduire le fardeau de la tuberculose au Canada. Il avait pour but de refléter les activités de base continues et d'offrir une orientation en ce qui a trait à la lutte contre la tuberculose, et non pas de déterminer les nouvelles ou éventuelles mesures concrètes que le gouvernement fédéral pourrait entreprendre.

Depuis la publication du cadre d'action sur la tuberculose, certains progrès ont été accomplis en matière de collaboration avec les partenaires clés pour lutter contre la tuberculose chez les populations à risque. Il pourrait y avoir des occasions d'examiner les approches continues ou les solutions de rechange en utilisant le cadre d'action pour soutenir les mesures de santé publique continues visant à réduire ou à éliminer la tuberculose au Canada.

Autres activités : un exemple d'initiatives orientées sur les populations à risque élevé

L'Agence a mobilisé les provinces et les territoires en vue de lutter contre l'infection tuberculeuse latente chez les Autochtones du Nord grâce à des projets de mobilisation communautaire et des travaux entrepris avec CIC et des experts pour fournir des conseils sur la façon d'optimiser la prévention et le contrôle de la tuberculose chez les populations migrantes.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont le fer de lance de l'initiative *Voies de l'équité en santé pour les Autochtones*, qui visait à passer de la connaissance de ce qui fonctionne à la compréhension des personnes en cause, du contexte et des coûts. Annoncée en juin 2012, cette initiative de recherche à long terme sur la santé autochtone dans laquelle on a injecté 25 millions de dollars cible quatre thèmes ou inégalités touchant les Premières Nations, les Inuits et les Métis (Autochtones) en matière de santé – soit la prévention du suicide, la **tuberculose**, l'obésité et la santé buccodentaire. Elle sert de plateforme pour les organisations faisant partie du portefeuille de la Santé (l'ASFP, la DGSPNI de SC et les IRSC) afin qu'elles collaborent. Selon des informateurs clés, l'Agence a fourni des conseils et des recommandations pour favoriser le succès de cette initiative. À titre non officiel, cette dernière a permis à la haute direction de discuter de questions clés comme les façons d'aborder les taux élevés d'infection tuberculeuse latente dans le Nord.

Défis

Nombre d'informateurs clés interrogés et une très petite proportion de ceux ayant participé à l'enquête (environ trois pour cent) ont indiqué que le fait de disposer d'un plan clair et d'un forum pour partager leurs connaissances et leurs idées (c.-à-d. la gestion des cas complexes, des options stratégiques et des leçons apprises) serait important pour soutenir leurs efforts pour réduire le fardeau de la tuberculose. Les informateurs ont également déclaré que la coordination d'un tel forum serait un rôle en matière de santé publique revenant à juste titre au gouvernement fédéral. Quelques informateurs clés ont relié la question au changement de participants aux discussions qui ont eu lieu après la restructuration du RSP, quand le Comité canadien de lutte antituberculeuse a été dissous (ce qui, entre autres, a permis le partage de pratiques exemplaires). Dans tous les cas, aucune préoccupation n'a été soulevée à l'égard des rapports des intervenants avec l'Agence, et la vaste majorité des personnes interrogées et ayant participé à l'enquête se sont dites satisfaites des activités menées par l'Agence au cours de la période d'évaluation.

4.4.4 Dans quelle mesure les activités liées à la pratique de la santé publique menées par l'Agence ont-elles soutenu efficacement des mesures et des décisions touchant la santé publique?

RÉSUMÉ : L'Agence offre une orientation aux professionnels de la santé et aux autorités en matière de santé publique sur les pratiques exemplaires touchant la prévention, le diagnostic et le traitement en rédigeant les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, les *Orientations* et des modules éducatifs. De nombreuses sources de données montrent que les activités liées à la pratique de la santé publique de l'Agence sont perçues comme étant essentielles, efficaces et opportunes.

L'Agence contribue à produire des ressources pour soutenir la prévention et le contrôle de la tuberculose. Cela comprend les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* et des modules éducatifs.

Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse

L'Agence, en partenariat avec la Société canadienne de Thoracologie, a publié la 7^e édition des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* en 2013 (les *Normes*). Celles-ci contiennent de l'information sur des pratiques cliniques exemplaires pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose fondées sur les études les plus récentes. Elles ont été rédigées par des experts en la matière qui avaient en tête un large public, y compris : les professionnels de la santé, les responsables de la santé publique, les universitaires/chercheurs et les décideurs.

Les répondants à l'enquête et les informateurs clés interrogés ont déclaré qu'ils trouvaient les *Normes* utiles, opportunes et appropriées. Nombre d'entre eux appréciait le fait qu'elles se concentrent sur le contexte canadien en particulier. Les résultats de l'enquête laissent entendre que les *Normes* sont utilisées par les professionnels de la santé et par les décideurs provinciaux à des fins d'enseignement, pour les aider dans leur prise de décisions en matière de politiques et pour améliorer la qualité du service. Environ 69 % des répondants à l'enquête ont déclaré connaître et utiliser les *Normes*, et une très forte majorité de ce groupe (95 %) était d'accord sur le fait que les *Normes* étaient utiles. Par ailleurs, 87 % de ceux qui utilisent les *Normes* étaient d'accord sur le fait qu'elles étaient opportunes, et 93 % s'entendaient pour dire que les *Normes* ont influencé leur travail. Voici certains des commentaires formulés à propos des *Normes* :

- « Bonne ressource, et je serais heureux de contribuer aux prochaines mises à jour. »
- « Je suis heureux de les avoir et je les utilise tout le temps. »
- « J'aime le fait que ce soient des normes canadiennes [...] nous devons conserver leur portée nationale. »
- « Les *Normes*, c'est ma bible. »
- « Dans l'ensemble, il s'agit d'un excellent document qui a le potentiel d'améliorer les soins en matière de tuberculose au Canada. »

- « Les *Normes* sont une initiative de l'Association pulmonaire du Canada et elles ont profité par la suite du soutien généreux du gouvernement fédéral. Sans elles, nous aurions un système hétérogène et chaotique en matière de pratiques de prévention et de contrôle de la tuberculose. Elles sont absolument essentielles. »

Dans leur entrevue, des informateurs clés externes ont également dit que les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* étaient utiles dans le cadre de leurs efforts pour prévenir et contrôler la tuberculose. Quand ils ont été interrogés sur l'utilité, le caractère opportun et l'incidence des *Normes*, ces informateurs ont fait remarquer qu'elles étaient une ressource cruciale qui leur permettait d'effectuer leur travail avec plus d'efficacité et d'efficience. Les *Normes* ont été utilisées dans le diagnostic et le traitement de cas complexe de tuberculose et elles ont servi de base à l'élaboration d'autres outils (des lignes directrices plus concises et plus orientées) pour le travail d'autres ministères et d'autres paliers de gouvernement et de guide pour l'élaboration de politiques et la prestation de programmes. Une recherche sur Internet a révélé que 12 des 13 provinces et territoires ont utilisé les *Normes* pour rédiger leur propre manuel sur la tuberculose.

D'autres ministères du gouvernement fédéral qui contribuent aux efforts de contrôle et de prévention de la tuberculose ont également utilisé les *Normes* pour créer leurs outils, comme le guide sur l'examen médical réglementaire relatif à la tuberculose de Citoyenneté et Immigration Canada. La seule préoccupation importante soulevée à la fois par un petit nombre d'informateurs clés et de répondants à l'enquête concernait le format des *Normes*. Ils trouvaient que la 7^e édition des *Normes* (où la version longue était seulement offerte en version électronique) n'était pas aussi conviviale que l'édition précédente (un livre imprimé comprenant des tableaux).

Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada

Les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada* (2012, les *Orientations*) ont été rédigées grâce au Réseau pancanadien de santé publique. Les *Orientations* établissaient les rôles et les responsabilités et recommandaient des pratiques exemplaires pour divers intervenants, y compris à l'égard des pratiques épidémiologiques, de la recherche des contacts et des traitements pharmacologiques. Environ 38 % des répondants à l'enquête ont déclaré qu'ils connaissaient et utilisaient les *Orientations*, et, parmi eux, 89 % étaient d'accord pour dire que les *Orientations* étaient utiles, 75 % étaient d'accord sur le fait qu'elles étaient opportunes, et 80 % affirmaient qu'elles avaient influencé leur travail.

Module éducatif visant à diffuser des produits

D'autres activités conçues par l'Agence visent à diffuser la connaissance à l'égard de la prévention et du contrôle de la tuberculose. En plus des fiches d'information sur la tuberculose publiées dans son site Web, l'Agence a conçu un certain nombre de modules éducatifs sous forme de webinaires qui offrent des conseils aux professionnels de la santé. Par exemple :

- Des modules de formation en ligne ont été publiés sur MD Briefcase pour aider les médecins et les infirmières à travailler avec les Premières Nations dans les réserves et avec les Inuits. L'objectif de ces modules était d'aider les professionnels de la santé à cerner les cas de tuberculose active et à diagnostiquer et à gérer les cas d'infection tuberculeuse latente. Un total de 1 567 fournisseurs de soins de santé, y compris des médecins, des infirmières et des pharmaciens, ont terminé le cours. Les résultats de l'enquête relative au programme pour MD Briefcase montrent qu'une majorité des participants a trouvé que le cours était utile (les participants avaient l'intention de mettre en pratique l'information qu'ils avaient acquise dans le cadre de leur travail, par exemple en adoptant de meilleures pratiques de dépistage chez les patients potentiellement atteints de tuberculose).
- L'Agence a également animé des webinaires pour présenter la 7^e édition des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*. On estime que 723 personnes ont participé aux webinaires portant sur les *Normes*. Les participants étaient des intervenants provenant de ministères et d'organismes fédéraux (CIC, SCC, la DGSPNI de SC), des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, des infirmières, des médecins et des ONG. Les webinaires ont présenté la 7^e édition des *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* et ont mis en lumière d'importantes mises à jour concernant des pratiques exemplaires liées à la prévention et au contrôle de la tuberculose pour les intervenants pertinents/clés. L'enquête de rétroaction à laquelle ont répondu les participants du webinaire démontre qu'une majorité des répondants à l'enquête ont trouvé l'information présentée utile dans le cadre de leur travail.

Par ailleurs, l'Agence a fourni des conseils et une orientation aux professionnels de la santé (comme les docteurs et les personnes travaillant dans un cabinet dentaire), au personnel soignant, aux employeurs, aux organismes de réglementation et à d'autres membres de la collectivité en vue de les soutenir dans leurs efforts pour prévenir et contrôler la tuberculose. Au cours de l'évaluation, l'Agence a répondu à environ 40 demandes d'information concernant la tuberculose. Ces demandes d'information prenaient la forme d'appels ou de courriels. Même si l'Agence n'a pas fourni de conseils médicaux personnalisés, les représentants ont aiguillé les personnes vers les ressources appropriées (p. ex. lignes directrices provinciales/territoriales, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, site Web de l'ASPC, bureau local de santé publique) et les ont invités à communiquer avec un professionnel de la santé.

4.4.5 Dans quelle mesure les activités d'intervention liées à la tuberculose menées par l'Agence ont-elles soutenu efficacement les mesures et les décisions en matière de santé publique visant à réduire la prévalence de la tuberculose au sein des populations les plus à risque?

RÉSUMÉ : L'Agence a travaillé en collaboration avec des administrations provinciales, territoriales et internationales afin de prévenir et de contrôler la transmission de la tuberculose au moyen d'activités d'intervention liées à la tuberculose chez les voyageurs et d'activités de soutien de la gestion des éclosions (y compris un soutien épidémiologique à distance et sur le terrain pour les collectivités aux prises avec des éclosions de tuberculose).

Activités d'intervention liées à la tuberculose chez les voyageurs

L'Agence travaille en partenariat avec d'autres partenaires fédéraux (y compris l'ASFC et CIC) et des intervenants (des partenaires de l'industrie et des administrations provinciales et territoriales) pour s'assurer que des restrictions de voyage sont imposées quand il y a un risque qu'une personne ayant déjà été identifiée comme étant porteuse de la tuberculose active voyage à bord d'un avion commercial. Cela s'applique également aux vols ou aux autres moyens de transport à bord desquels une personne porteuse de la tuberculose active a été identifiée. Le personnel de l'Agence s'efforcera de veiller à ce que la notification des contacts soit effectuée au besoin. Les réponses qu'ont données les informateurs clés au cours de leur entrevue montraient que malgré certains écarts entre les administrations (dans les critères pour la notification [voir ci-dessous] et dans les normes sur la vie privée), l'Agence collabore de façon efficace avec ses partenaires et les intervenants pour prendre les mesures appropriées afin de limiter la propagation de la tuberculose durant les déplacements.

L'Agence reçoit des notifications des administrations provinciales, territoriales et internationales concernant la tuberculose. Les notifications sont envoyées à l'Agence grâce à des programmes provinciaux ou territoriaux liés à la tuberculose ou à des programmes liés à la tuberculose du pays où le cas a été diagnostiqué. Dès la réception d'une notification, l'Agence mène une évaluation du risque pour la santé publique et appuie/prend d'autres mesures de suivi au besoin.

Trois différentes activités en matière de santé publique sont entreprises par l'Agence dans ce domaine :

- Les activités de l'Agence en lien avec les **la tuberculose et les voyages aériens (TVA)** et celles associées à des contacts étroits visent à évaluer le risque pour la santé lié à la tuberculose pour les voyageurs utilisant des moyens de transport commerciaux (y compris les avions, les autobus et les trains) en cernant les personnes qui ont été en contact avec les voyageurs ayant une tuberculose respiratoire active ou soupçonnée d'être active qui ont utilisé un moyen de transport.
- Les **activités liées aux restrictions de voyage relatives à la santé publique (RVSP)** visent à prévenir l'introduction et la propagation de la tuberculose au Canada et l'exportation de la tuberculose du Canada vers la collectivité mondiale en identifiant les personnes qui présentent ou sont soupçonnées de présenter une tuberculose active et en empêchant ces dernières de voyager sans avoir obtenu l'avis des responsables de la santé publique.
- Les **activités de suivi des soins** visent à maintenir la continuité du traitement et des soins pendant le déplacement et/ou le séjour prolongé des personnes atteintes de tuberculose active qui sont réputées non contagieuses.

Le volume de notifications reçues par l'Agence et le volume des activités de suivi menées par cette dernière ont augmenté depuis 2009. Par exemple :

- Le volume de notifications des contacts concernant la TVA envoyées à l'Agence par toutes les administrations a augmenté de 40 % entre 2009 et 2014.

- En 2014, près de la moitié (48 %) de ces notifications exigeaient de l'Agence qu'elle fasse plus qu'une vérification du risque (c.-à-d. qu'elles répondaient aux critères pour le suivi), comparativement à 29 % en 2009.
- Les notifications de restrictions de voyage soumises à l'Agence se sont multipliées par six depuis 2009.
- Les demandes concernant le suivi des soins et les demandes concernant les détails sur les cas, qui, dans tous les cas, exigent des mesures de suivi, ont augmenté, passant ensemble d'un total de 36 notifications concernant le suivi des soins et notifications concernant les détails sur les cas en 2009 à 50 notifications concernant le suivi des soins en 2014.

Cette augmentation des notifications reçues d'administrations participantes peut aussi être due à une augmentation des voyages depuis 2009. Les voyages et la migration sont en augmentation tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, et on prévoit que cette augmentation se poursuivra. Par exemple :

- Le trafic aérien de passagers aux aéroports canadiens a augmenté de 2,7 % en 2013. Il s'agissait de la quatrième augmentation annuelle consécutive depuis 2009, année où il y a eu un déclin du trafic de passagers⁷⁹.
- En 2012, le nombre de voyageurs internationaux dépassait 1 milliard⁸⁰, et on prévoit une croissance de 5,4 % par année pour les voyages internationaux au cours des 10 prochaines années⁸¹.
- En 2011, on estimait que 20,6 % de la population canadienne était née à l'étranger. On prévoit que la proportion des personnes nées à l'étranger se situera entre 25 et 28 % d'ici 2031, la croissance de la population née à l'étranger étant de quatre fois supérieure à celle du reste de la population canadienne⁸².

Dans le cas des activités en lien avec la tuberculose et les voyages aériens (TVA), l'augmentation des notifications concernant la TVA peut refléter une connaissance accrue des intervenants à l'égard des *Lignes directrices canadiennes pour la tuberculose et les voyages aériens, version 2.0* (2009). Dans une enquête menée auprès des intervenants clés qui ont fait parvenir à l'Agence des données liées à la tuberculose, tous les répondants ayant déclaré qu'ils avaient envoyé des données liées à la tuberculose à l'Agence à des fins d'intervention ont également mentionné qu'ils connaissaient et utilisaient les *Lignes directrices*. Une majorité des répondants qui utilisent les *Lignes directrices* (73 %) ont expliqué que l'information qu'elles contiennent avait influencé leur travail.

L'augmentation des notifications portant sur la tuberculose relatives aux voyages provenant des administrations participantes peut également résulter d'une meilleure connaissance des intervenants, comme les autorités en matière de santé publique, à l'égard des mécanismes d'intervention liés à la tuberculose de l'Agence et d'une meilleure compréhension des processus à suivre pour faire parvenir une notification à l'Agence.

En ce qui a trait aux critères qu'elles énoncent relativement au signalement de cas aux autorités fédérales en matière de santé publique, les *Lignes directrices canadiennes pour la tuberculose et les voyages aériens, version 2.0* de l'Agence sont plus rigoureuses que les lignes directrices

portant sur la déclaration de cas des CDC et de l'OMS. Les *Lignes directrices* de l'Agence font valoir que la notification des contacts devrait être mise en œuvre pour tous les cas de tuberculose chez un voyageur, peu importe la date du vol ou le temps qui s'est écoulé entre le vol et la notification à l'Agence, tandis que les lignes directrices des CDC et de l'OMS recommandent que la notification soit mise en œuvre dans les trois mois suivant le vol seulement. Les *Lignes directrices* de l'Agence diffèrent également de celles des CDC et de l'OMS en ce qui a trait aux critères de notification à l'égard de la durée du vol, des isolats pharmacosensibles et de la tuberculose laryngée. Cette différence dans les critères de notification a fait en sorte que l'ASPC a reçu un plus grand volume de notifications concernant la TVA que les CDC.

Peu d'observations scientifiques concernent les résultats de notifications des contacts liées à la tuberculose et aux voyages aériens. En général, les observations qui donnent à penser qu'une transmission de la tuberculose se fait à bord d'aéronefs commerciaux demeurent variables : certaines études font état d'un virage du TCT chez des passagers sans autre facteur de risque connu (les virages du TCT sont considérés comme étant une preuve probable de la contraction d'une infection tuberculeuse latente). D'autres études ont montré des résultats positifs au TCT, mais parmi des passagers qui avaient reçu le vaccin BCG (qui peut avoir une réaction croisée avec un TCT, ce qui peut mener à un faux positif) ou qui présentaient d'autres facteurs de risque connus pour la tuberculose; ainsi, il était difficile de conclure si la transmission de la tuberculose s'était réellement produite à bord de l'aéronef. Plusieurs autres études n'ont trouvé aucune preuve de transmission de la tuberculose parmi les passagers ou le personnel⁸³. Un nombre limité de publications ont décrit les résultats d'enquêtes sur les contacts durant les voyages aériens.

Il existe donc un besoin de renforcer la base de données probantes relative à la transmission de la tuberculose à bord d'aéronefs et d'effectuer une analyse systématique des activités de notification de l'Agence liées aux contacts étroits, à la tuberculose et aux voyages aériens. D'une part, cela permettrait de déterminer l'efficacité des activités de notification des contacts en vue de contribuer au contrôle de la tuberculose. D'autre part, cela aiderait à déterminer si les *Lignes directrices* de l'Agence pourraient être modifiées pour correspondre aux recommandations des CDC et de l'OMS en matière de notification des contacts dans le cas des voyages aériens.

Défis provinciaux et territoriaux

Bien qu'il ne s'inscrive pas dans le mandat de l'Agence, un facteur limitatif lié aux voyages et mis en lumière par des responsables provinciaux et territoriaux, particulièrement par ceux des provinces aux prises avec les plus hauts taux de tuberculose, concerne les difficultés en matière de surveillance médicale de la tuberculose chez les personnes nées à l'étranger qui viennent d'arriver au Canada. Une fois qu'une personne obtient son droit d'établissement au Canada à titre d'immigrant, la localisation et le suivi des personnes atteintes de la tuberculose deviennent difficiles. À ce jour, le système est passif : il incombe à la personne de communiquer avec le système de soins de santé. Les responsables provinciaux et territoriaux ont fait remarquer que, même si les demandes de citoyenneté officielles exigent une preuve que les demandeurs sont suivis par un praticien au Canada après leur arrivée, le statut d'immigrant admis ne l'exige pas. Ce système de surveillance passif ne cerne que les personnes qui communiquent avec le système de santé à des fins de traitement.

Soutien en matière de gestion des écloisions

L'Agence a offert un soutien laboratoire, sur le terrain et à distance aux collectivités qui ont été aux prises avec des écloisions de tuberculose. Par exemple, à la demande d'une province ou d'un territoire, l'Agence a déployé des experts en la matière et des épidémiologistes de terrain au Nunavut en 2010 et 2011 et au Nunavik en 2012 et 2013. Les experts en la matière ont fourni des conseils et une expertise, et ils ont contribué aux enquêtes sur les écloisions en collectant et en analysant des données épidémiologiques.

Les activités d'intervention en cas d'éclosion menées par l'Agence ont contribué au renforcement des capacités en matière d'activités de contrôle et de prévention des écloisions de tuberculose. Par exemple, en 2010, l'Agence a mené une étude pilote au Nunavut pour concevoir et utiliser de nouveaux formulaires de surveillance normalisés afin de contribuer à améliorer le système de surveillance de la tuberculose du territoire. Le LNM a également offert un soutien au laboratoire de tuberculose du Nunavik en évaluant les capacités de ce laboratoire et en formulant des suggestions pour l'améliorer. Il a mis à contribution ses outils de génotypage pour soutenir les autres outils utilisés au Nunavik et au Nunavut, ce qui a renforcé la capacité de la collectivité d'offrir une intervention rapide en cas d'éclosion.

L'Agence a également offert un soutien en gestion des écloisions à distance à partir d'Ottawa et a établi des relations collaboratives avec des intervenants (y compris avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik) qui ont permis à l'Agence de mettre à contribution une expertise et un soutien appropriés en cas d'éclosion de tuberculose.

En ce qui a trait à l'éclosion de tuberculose au Nunavik en 2012, le potentiel de l'Agence pour soutenir l'intervention en cas d'éclosion a été porté à l'attention du CLMTI à la suite d'une étroite collaboration avec les représentants, ce qui a fini par mener au déploiement d'épidémiologistes principaux du CLMTI et du Programme canadien d'épidémiologie de terrain.

Les épidémiologistes du Programme canadien d'épidémiologie de terrain et les épidémiologistes du CLMTI ont, sur demande, fourni des conseils à distance sous forme de recommandations aux autorités locales de la santé quand des écloisions ont été signalées et ont présenté des recommandations à court et à long terme pour le système de surveillance du Nunavut, y compris l'étude pilote de 2010 mentionnée précédemment.

4.4.6 Dans quelle mesure les activités de mobilisation communautaire menées par l'Agence ont-elles soutenu efficacement les mesures et les décisions de santé publique visant à réduire la prévalence de la tuberculose au sein des populations les plus à risque?

En 2006, l'Agence, avec un groupe d'intervenants, a élaboré le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire⁸⁴ (lancé en 2008) à titre de plan d'action stratégique pour améliorer la santé pulmonaire des Canadiens⁸⁵. Le Cadre de travail a cerné un certain nombre de défis, y compris le financement instable/le manque de financement à long terme pour la recherche, les programmes

et les services. À l'époque, de nombreux intervenants qui participaient à l'élaboration de ce cadre de travail ont exprimé des préoccupations selon lesquelles des enjeux comme le surpeuplement des logements, les piètres conditions de vie et l'absence d'un dépistage systématique de la tuberculose latente maintiendraient un taux élevé de tuberculose parmi les collectivités autochtones. En réponse, le gouvernement du Canada (par le truchement du Centre de prévention des maladies chroniques de l'Agence) s'est engagé à verser 10 millions de dollars sur une période de trois ans (2009-2012) pour des initiatives visant à améliorer la sensibilisation des Canadiens en matière de prévention, de dépistage précoce et de gestion des maladies pulmonaires.

Deux de ces projets ciblaient la tuberculose en particulier chez l'une des deux collectivités les plus touchées : les populations autochtones du Nord canadien. Le tableau 6 ci-dessous offre une brève description de ces deux projets.

Tableau 6 : Projets relatifs à la tuberculose dans le cadre du Programme de la santé pulmonaire

Titre du projet	Responsable	Description
<p>TAIMA TB</p> <p>Financement : 805 579 \$ (exercice 2010-2011 : 207 006 \$; exercice 2011-2012 : 598 573 \$)</p>	<p>Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa/gouvernement du Nunavut</p>	<p>TAIMA TB (signifie « halte » ou « assez » à la tuberculose en inuktitut) consistait en une campagne de sensibilisation et de prévention menée à Iqaluit (Nunavut) en trois phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phase 1 (de janvier à mai 2011) : elle visait à augmenter la sensibilisation et la connaissance en matière de tuberculose en mobilisant l'ensemble de la collectivité. • Phase 2 (de juin à novembre 2011) : campagne de porte-à-porte, campagne de dépistage dans les secteurs résidentiels qui ont par le passé montré une forte incidence de tuberculose à Iqaluit. • Phase 3 (de décembre 2011 à février 2013) : on offrait aux participants un traitement pour l'infection tuberculeuse latente.
<p>Sensibilisation des jeunes autochtones et non autochtones à la tuberculose</p> <p>- Évaluation des besoins de base 50 000 \$ (exercice 2009-2010 : 29 400 \$; exercice 2010-2011 : 20 600 \$)</p> <p>- Programme éducatif de santé publique sur la tuberculose 350 000 \$ (exercice 2010-2011 : 75 083 \$; exercice 2011-2012 : 274 917 \$)</p>	<p>TB Program Evaluation and Research Unit, Département de médecine, Université de l'Alberta</p>	<p>Ce projet comportait deux phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La phase 1 consistait en une évaluation des besoins de base pour l'éducation sur la tuberculose auprès des jeunes des Premières Nations qui a abouti à des recommandations pour l'élaboration d'un programme d'enseignement sur la tuberculose adapté à la culture pour les élèves de niveau secondaire dans trois collectivités en Saskatchewan et au Manitoba. On a interrogé les élèves de neuvième et dixième années de trois écoles afin de déterminer leur niveau de connaissance à l'égard de la tuberculose. • La phase 2 a permis la création d'un programme éducatif sur la tuberculose adapté aux particularités culturelles et destiné aux jeunes autochtones. Ce programme vise une réduction de la transmission de la tuberculose et de la stigmatisation grâce à l'offre d'un enseignement sur cette maladie, sur ses symptômes, sur les façons dont on la contracte et sur sa prise en charge.

TAIMA TB

Selon les rapports du projet et les documents internes de l'Agence, cette initiative a permis l'atteinte des résultats suivants :

- Le nombre de personnes qui ont communiqué avec les services de santé publique afin de passer un test de dépistage de la tuberculose a doublé, passant d'une moyenne de 26 personnes par mois au cours des quatre années précédentes à une moyenne de 50 personnes par mois au cours des quatre mois de la campagne de sensibilisation générale TAIMA TB⁸⁶.
- On a sensibilisé à la tuberculose dans leur foyer 444 personnes réparties dans 162 logements.
- Parmi ces personnes, 300 ont accepté de faire l'objet d'un dépistage actif de l'ITL.
- Un tiers des personnes ayant fait l'objet d'un dépistage ont reçu un diagnostic d'ITL, et on les a aiguillées à des fins de traitement.
- Huit cas de tuberculose active ont été découverts⁸⁷.
- Le projet a contribué à une augmentation de 33 % du nombre total de patients qui ont terminé un traitement au sein de la collectivité⁸⁸.
- Compte tenu des résultats favorables de TAIMA TB, l'équipe du projet a reçu deux subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin de poursuivre son travail sur la tuberculose au Nunavut.

Sensibilisation des jeunes autochtones et non autochtones à la tuberculose

Selon les rapports du projet et les documents internes de l'Agence, l'évaluation des besoins de base – menée avec la participation de directeurs, de cadres supérieurs et d'enseignants – a éclairé l'élaboration d'un programme d'enseignement sur la tuberculose adapté à la culture et destiné aux élèves de niveau secondaire. Des intervenants ont montré un vif intérêt à l'égard du projet et une grande volonté de soutenir l'élaboration de ressources en matière de tuberculose visant à compléter et à soutenir leur programme scolaire existant en matière de santé. Selon les enquêtes menées après l'intervention, il ressort les éléments suivants :

- La connaissance générale a augmenté après l'intervention, et plus de 80 % des répondants à l'enquête ont montré un désir d'en apprendre davantage à l'égard de la tuberculose.
- Un guide de ressources, qui devait devenir un document évolutif qui s'adapterait aux demandes changeantes des écoles à l'échelle des Prairies et, avec un peu de chance, du Nord, où la tuberculose est endémique, a été élaboré.
- Du personnel infirmier de la DGSPNI-Alb. a aussi manifesté son intérêt à utiliser le guide comme ressource pour les agents de santé communautaire⁸⁹.

- Grâce à la prestation du programme éducatif dans les écoles secondaires principalement autochtones, le projet a contribué à combler le manque de connaissances au sein de cette population et à augmenter la sensibilisation à l'égard des attitudes et des pratiques mésadaptées qui favorisent la transmission de la tuberculose. Il a également aidé les enseignants à orienter leur matière sur des connaissances spécifiques à la tuberculose.

Facteurs communs sous-jacents

Selon les documents du programme, un certain nombre de facteurs communs sous-jacents ont contribué au succès de ces deux projets :

- La participation et la mobilisation de la collectivité à tous les niveaux, y compris la mise en place, la conception, la mise en œuvre et la prestation du programme.
- Les messages éducatifs relatifs à la tuberculose conçus de façon à être adaptés aux populations et aux contextes cibles.
- Les efforts ciblés dans des régions géographiques présentant un risque élevé de tuberculose.
- Un leadership par le truchement d'un comité directeur composé, entre autres, de membres du personnel du projet et de dirigeants communautaires.
- Un plan de diffusion des constatations du projet pour la collectivité, les médias et les organisations qui pourraient avoir un intérêt envers celles-ci.

Défis

Certains défis généraux ont été cernés dans les rapports sur le rendement associés à ces projets :

- Le projet TAIMA TB disposait de ressources adéquates pour mener ses activités, mais de ressources minimales pour le soutenir à long terme; c.-à-d. les résultats du projet n'ont pas été soutenus après la fin du projet. Par exemple, le nombre de personnes de présentant pour subir un test de dépistage passif de l'infection tuberculeuse latente au cours des quatre mois de la campagne de sensibilisation, qui avait doublé, est revenu au niveau préalable à l'intervention une fois le projet terminé.
- Du personnel supplémentaire pour la campagne de porte-à-porte de six mois, qui ciblait les zones présentant un risque élevé de tuberculose à Iqaluit, et plus de temps pour atteindre les nombres cibles auraient eu un effet bénéfique.
- L'obtention d'une approbation de conformité à l'éthique de deux comités (Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada et comité d'éthique de la recherche de l'hôpital d'Ottawa) a été coûteuse en temps.
- Les initiatives comme le projet TAIMA TB sont coûteuses. Cela découle du fait que les populations cibles sont dispersées et se situent en régions éloignées, ce qui entraîne des coûts de transport plus importants. Elles exigent également des ressources humaines spécialisées et soutenues, besoin que les infrastructures existantes pourraient ne pas être en mesure de combler complètement.

- De façon similaire, dans le cas de projets éducatifs sur la tuberculose, des informateurs clés qui ont participé étroitement au projet n'ont pas été en mesure de confirmer si les résultats s'étaient maintenus et/ou reproduits dans d'autres écoles après la fin du projet, comme on l'avait d'abord espéré.
- Les deux projets ont dû respecter des échéanciers qui ont eu une incidence sur leur mise en œuvre. [Traduction] « À l'avenir, des échéanciers plus souples pourraient permettre d'optimiser l'utilisation du financement – particulièrement en ce qui a trait aux projets qui sont orientés par la contribution de la collectivité et qui, par conséquent, doivent respecter des échéanciers qui échappent jusqu'à un certain degré à leur volonté⁹⁰. »

Ce qui nous attend

Certains éléments donnent à penser que comme l'Agence prévoit mettre à l'essai sur deux ans un petit nombre d'interventions novatrices en matière de santé publique visant à réduire l'incidence de la tuberculose au sein des collectivités autochtones à risque du Nord canadien, elle s'inspirera des leçons tirées des initiatives précédentes. En fait, au moment de la rédaction du présent rapport, une annonce a été faite, et un certain nombre de demandes de financement ont été reçues (montants de financement préliminaires : 2015-2016 : 400 000 dollars, 2016-2017 : 400 000 dollars). Toutefois, il y a eu des retards, et certains demandeurs ont signalé un temps de réponse insatisfaisant du personnel de l'Agence en ce qui concerne leur demande. D'autres collaborations et l'utilisation de partenariats avec d'autres partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux pourraient améliorer la portée de ces efforts.

4.5 Rendement : élément n° 5 – démonstration d'économie et d'efficacité

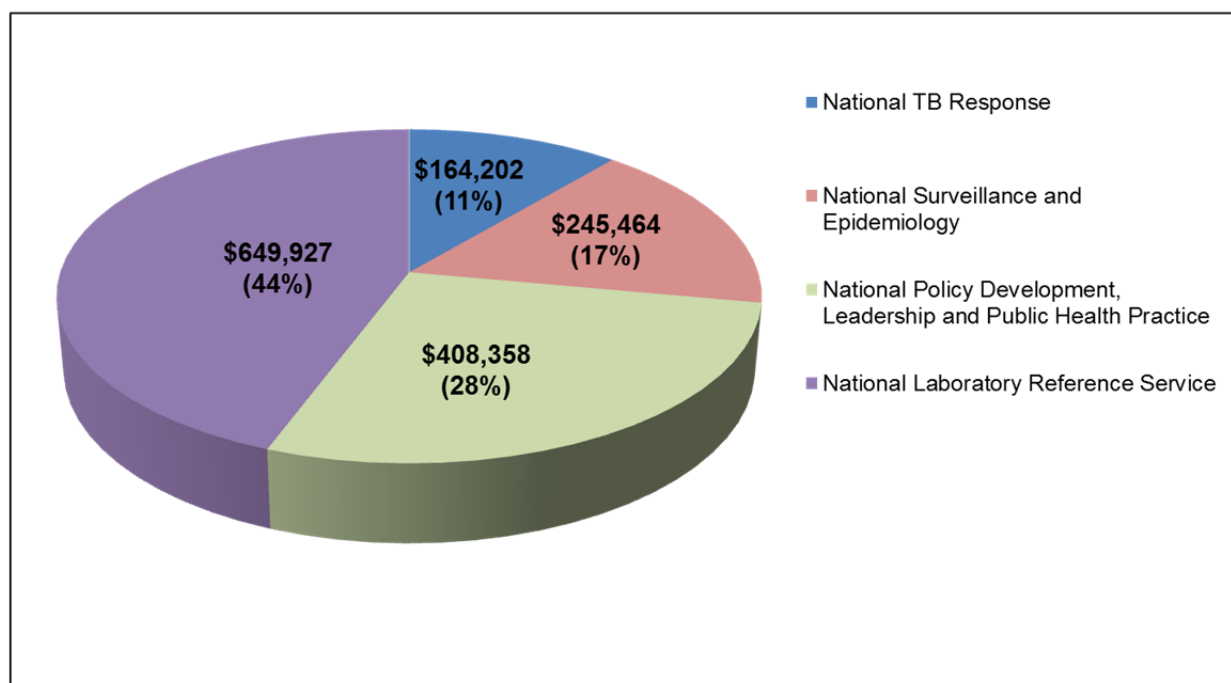
La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et le document d'orientation intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration de l'économie et de l'efficacité à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et à la réalisation de progrès quant aux résultats escomptés. Cette évaluation est fondée sur le principe que tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des ressources, à des activités, à des extrants et à des résultats escomptés particuliers.

La structure de données de l'information financière détaillée fournie pour le programme n'a pas aidé à déterminer si les extrants du programme avaient été produits avec efficacité, ou si les résultats escomptés avaient été atteints de façon économe. Plus particulièrement, la difficulté principale pour répondre à cette exigence de la présente évaluation était le manque de renseignements relatifs à la planification ou au budget sur les activités liées à la tuberculose, qui sont financées à même le budget existant de l'Agence.

Les renseignements sur les dépenses fondés sur les responsabilités fonctionnelles étaient disponibles pour une période de trois ans. Ces renseignements démontrent l'importance des ressources (salaire en dollars) consacrées aux fonctions relatives à la tuberculose par l'Agence.

L'Agence a surtout attribué des ressources aux fonctions techniques (72 %), principalement dans le domaine des services nationaux de diagnostic et de référence (44 %), dans la surveillance nationale et l'épidémiologie (17 %) et dans l'intervention nationale en matière de tuberculose (11 %). Un peu plus du quart des ressources octroyées par l'Agence était attribué à l'élaboration de politiques et de programmes (28 %); cela exclut toutefois les dépenses opérationnelles et les fonds dédiés aux projets de santé pulmonaire.

Figure 1 : Moyenne des dépenses salariales annuelles réelles de l'Agence par activité liée à la tuberculose (exercice 2010-2011 à 2013-2014)



Les constatations qui suivent fournissent des observations supplémentaires quant à la pertinence et à l'utilisation des renseignements sur la mesure du rendement en vue d'appuyer l'évaluation et la prestation économique et efficiente du programme.

Observations sur l'économie

RÉSUMÉ : Le coût pour la société du traitement d'un nombre relativement peu élevé de cas de tuberculose est important. Certains de ces coûts peuvent être compensés par des projets de mobilisation communautaire si les bénéfices sont plus importants que les coûts de prestation. Toutefois, le succès de projets de mobilisation communautaire élargis est inconnu à ce jour.

Grâce à l'élaboration du cadre d'action sur la tuberculose 2014, l'Agence a défini le coût lié à la prévention des cas de tuberculose active. En se fondant sur une étude réalisée avec des données de 2004, les auteurs ont été en mesure de démontrer adéquatement qu'il est possible de faire des économies importantes en ce qui a trait au traitement de la tuberculose active. En 2004, les

dépenses totales liées à la tuberculose au Canada étaient estimées à 74 millions de dollars, le coût moyen pour traiter un cas de tuberculose active étant d'environ 47 000 dollars. Pour sa part, le traitement de l'infection tuberculeuse latente était estimé à moins de 1 000 dollars par patient⁹¹.

On a entrepris de mettre à jour ces chiffres pour l'évaluation fondée sur la base de données relative au Fardeau économique de la maladie au Canada. Cette analyse a produit des résultats similaires; toutefois, plusieurs points de données étaient manquants, comme le coût associé au diagnostic, aux activités de santé publique et à la dotation à l'extérieur des hôpitaux (techniciens, employés de bureau). La recherche et les sources de données utilisées dans l'analyse de 2004 portaient sur un plus grand nombre de sources et sur des sources plus variées. Dans tous les cas, les deux analyses ont démontré que des économies de coût sont liées au traitement de l'infection tuberculeuse latente, et que cela permet d'éviter les coûts plus importants du traitement de la tuberculose active.

Théoriquement, certains de ces coûts peuvent être compensés par des projets de mobilisation communautaire similaires au projet TAIMA TB, dont la campagne de sensibilisation générale a mené à une augmentation du nombre de personnes se présentant pour subir un test de dépistage de l'infection tuberculeuse latente (la moyenne passant de 25 à 50 personnes par mois). Toutefois, un petit nombre d'informateurs clés externes ont donné un avertissement à l'égard des coûts initiaux de démarrage d'un tel projet de mobilisation communautaire. Les coûts relatifs à ces programmes de mobilisation auraient alors à être évalués par rapport à leur efficacité afin qu'on détermine si les bénéfices sont plus importants que les coûts de prestation. Par ailleurs, rien ne permet de conclure au succès de la reproduction ou de l'élargissement d'un tel projet, compte tenu de son orientation précise et de sa durée limitée.

Observations sur l'efficience

RÉSUMÉ : Il est possible de faire des gains d'efficience dans les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence. Par exemple, puisque le Canada a peu de nouveaux cas de tuberculose par année, il est plus rentable qu'un seul laboratoire maintienne l'expertise et la technologie nécessaires au soutien des autres provinces et territoires où surviennent très peu de cas par année.

Dans un esprit d'efficience, les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* recommandent que les laboratoires qui n'effectuent pas un minimum de 15 frottis pour la détection de bacilles acidorésistants par semaine devraient renvoyer les échantillons de tuberculose à un autre laboratoire ou à un laboratoire de référence⁹². Selon les statistiques les plus récentes disponibles, en 2013, quatre provinces et deux territoires ont déclaré avoir moins de 15 cas de tuberculose⁹³. Puisque le Canada a un taux de nouveaux cas de tuberculose par année relativement bas (environ 1 600 cas à l'échelle du pays), on a conclu qu'il est plus rentable qu'un seul laboratoire, et non de nombreux laboratoires provinciaux ne gérant que quelques cas par année, maintienne l'expertise et la technologie.

Tableau 7 : Provinces ou territoires canadiens ayant un faible taux d'incidence de la tuberculose

Province ou territoire	Nombre de cas de tuberculose en 2013
Île-du-Prince-Édouard	0
Yukon	2
Nouveau-Brunswick	3
Territoires du Nord-Ouest	4
Nouvelle-Écosse	8
Terre-Neuve	13

Les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse donnent aussi priorité à la détection en temps opportun et au traitement de la tuberculose active. En général, l'Agence respecte toutes les normes énoncées concernant les délais d'exécution (et ce, sans ressources supplémentaires) et a fait preuve, année après année, d'une amélioration opérationnelle, comme le montre le tableau 8.

Tableau 8 : L'Agence accomplit ses tâches en respectant toutes les normes énoncées concernant les délais d'exécution

Catégories d'épreuves effectuées par l'Agence	Cibles de l'Agence en matière de délai d'exécution des épreuves	Efficience du rendement d'une année à l'autre Moyenne du délai d'exécution (en jours)		
		2011-2012	2012-2013	Variation d'une année à l'autre
Épreuve de sensibilité aux antituberculeux majeurs	30 jours - (jours civils)	20	17	Respecte la cible, gains de 3 jours
Épreuve de sensibilité aux antituberculeux mineurs	30 jours - (jours civils)	27	25	Respecte la cible, gains de 2 jours
Épreuve de sensibilité à croissance rapide	14 jours - (jours civils)	12	9	Respecte la cible, gains de 3 jours
Épreuve de sensibilité à croissance lente	30 jours - (jours civils)	14	12	Respecte la cible, gains de 2 jours
Identification fondée sur les séquences	10 jours - (jours ouvrables)	6	6	Respecte la cible, délai similaire
Génotypage MIRU-VNTR	30 jours - (jours ouvrables)	23	14	Respecte la cible, gains de 9 jours
Cibles pour les médicaments (INH, rpoB, embB, pncA)	6 jours - (jours ouvrables)	5	5	Respecte la cible, délai similaire
AMTD/TAAN	2 jours - (jours ouvrables)	1	1	Respecte la cible, délai similaire

Rien n'indique qu'il y aurait une duplication des efforts en ayant deux systèmes de surveillance différents (le SCDCT et le SCSLT). Les deux systèmes ont leurs propres exigences en matière de données et fonctionnent avec leurs propres intervenants (ou ceux qui fournissent les données). Les réponses à l'enquête ne montrent pas qu'on percevait une duplication dans le fait de fournir des données à deux systèmes, et il semble que les données combinées des deux systèmes offrent un aperçu détaillé des cas de tuberculose active au Canada.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données sur la mesure du rendement

Comme mentionné précédemment, les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence n'ont pas été conçues dans le cadre d'un « programme » fondé sur des pouvoirs octroyés par le Cabinet. Par conséquent, une stratégie de mesure du rendement et un modèle logique n'ont pas été élaborés. Toutefois, la présente évaluation a trouvé des sources de données permettant d'évaluer de façon rétrospective l'utilisation et l'incidence des activités liées à la tuberculose de l'Agence. Les listes des intervenants étaient relativement à jour, les résultats de plusieurs sondages de rétroaction menés auprès d'intervenants étaient disponibles, et l'information, comme celle de la mesure du rendement, était fournie pour aider à évaluer des activités précises liées à la tuberculose.

Néanmoins, l'absence d'un modèle logique et d'une stratégie de mesure du rendement peut miner la capacité de l'Agence de clairement établir ses objectifs pour prévenir et contrôler la tuberculose dans le cadre de son mandat fédéral en matière de santé publique, ainsi que les activités, les ressources et les processus nécessaires pour atteindre ces objectifs.

5.0 Conclusions

Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence depuis 2009 sont perçues comme étant utiles par une vaste majorité d'intervenants internes et externes. Les produits et services sont utilisés à diverses fins, comme l'élaboration de pratiques et de politiques en matière de santé publique, l'enseignement et la recherche. L'examen des activités liées à la notification des contacts du transporteur aérien pour les cas de tuberculose et l'amélioration de la gestion des intervenants pourraient permettre d'accroître la capacité de l'Agence de prévenir et de contrôler la tuberculose.

5.1 Conclusions relatives à la pertinence

5.1.1 Nécessité de maintenir le programme

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, et il est nécessaire de continuer de prévenir et de contrôler cette maladie au Canada et à l'échelle mondiale. Globalement, le taux de tuberculose du Canada, qui se situe à 4,7 cas pour 100 000 personnes, est faible si on le compare aux normes mondiales. Toutefois, les personnes nées à l'étranger dans des pays où l'incidence de la tuberculose est élevée et les Autochtones nés au Canada présentent un plus grand risque d'infection par la tuberculose active et ont des taux d'incidence de la tuberculose plus élevés que la moyenne nationale. La tuberculose est un problème sanitaire et social; les déterminants sociaux de la santé (p. ex. le logement, l'accès aux soins de santé, l'éducation et le revenu) ont été associés à la transmission de la tuberculose et à la progression d'une infection tuberculeuse latente vers une tuberculose active. Enfin, bien que les taux de résistance aux médicaments au Canada soient bien en dessous des taux internationaux, la résistance aux médicaments est l'un des aspects les plus préoccupants

en matière de contrôle de la tuberculose à l'échelle mondiale : les souches multirésistantes du bacille tuberculeux sont plus difficiles et plus coûteuses à traiter et sont associées à une morbidité et à une mortalité plus importantes, ce qui souligne l'importance d'une surveillance adéquate et continue des cas de tuberculose.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

La prévention et le contrôle de la tuberculose sont une priorité du gouvernement du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, comme en témoignent une panoplie de documents de planification et de documents ministériels.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Puisque la prévention et le contrôle de la tuberculose sont une responsabilité partagée, l'Agence est l'un des nombreux intervenants au sein du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires exerçant des activités dans ce domaine. Les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence s'harmonisent, d'ordre général, avec le mandat qui lui a été confié. L'Agence a un rôle à jouer, à juste titre, à l'égard de la surveillance, de la prestation d'une orientation en matière de santé publique, de l'intervention en cas d'épidémie, de la sensibilisation du public et de l'élaboration de programmes et de politiques (y compris la mobilisation, la sensibilisation et les interventions communautaires) même s'il n'existe aucun pouvoir octroyé par le Cabinet permettant de regrouper toutes les activités liées à la tuberculose en un seul programme.

5.2 Conclusions relatives au rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les activités de l'Agence semblent être efficaces en ce qui concerne le soutien des mesures de santé publique, de la planification et de la prise de décisions en ce qui a trait à la prévention et au contrôle de la tuberculose. L'Agence continue de travailler avec des partenaires provinciaux et territoriaux ainsi que d'autres ministères pour cerner des champs d'action particuliers liés aux mandats ministériels ou organisationnels. Une partie de ce travail s'est conclue par l'élaboration du document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (2014). Depuis la publication du cadre d'action fédéral sur la tuberculose, le travail avec des partenaires et des intervenants clés a permis d'accomplir certains progrès à l'égard de la tuberculose dans les populations à risque. Il pourrait y avoir des occasions d'examiner des approches continues ou de rechange en utilisant le cadre d'action pour soutenir les efforts constants en matière de santé publique.

Parmi les produits et les services élaborés par l'Agence (par elle seule ou en partenariat), bon nombre d'entre eux sont considérés par les intervenants comme étant utiles, opportuns et appropriés. Les produits et les services comprennent les services de laboratoire et de diagnostic de l'Agence ainsi que l'élaboration/la révision de produits comme les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* (et les modules éducatifs élaborés pour soutenir la diffusion des

Normes) et les *Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada*. De façon similaire, les rapports nationaux de surveillance sur les cas de tuberculose et l'issue de la maladie sont utilisés par des publics multiples, et ce, à de nombreuses fins.

On reconnaît que les taux de tuberculose sont en grande partie restés les mêmes, et il existe certaines régions où l'infection tuberculeuse latente demeure une préoccupation. Certaines des activités connexes de l'Agence peuvent fournir une orientation à l'égard de la façon d'aborder ces préoccupations, comme le projet TAIMA TB (financé par le truchement du Programme de la santé pulmonaire), qui a fait preuve d'un succès considérable en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose, même s'il visait principalement une seule population clé (les Autochtones) dans une seule collectivité. Par conséquent, on peut en tirer des leçons pour d'éventuelles mobilisations communautaires dans le domaine de la prévention et du contrôle de la tuberculose : des facteurs comme la participation de la collectivité et des messages et une infrastructure adaptés sur le plan culturel semblent être essentiels au succès.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Les activités de l'Agence liées à la tuberculose n'ont pas été établies dans le cadre d'un programme. Bien que l'évaluation ait pu s'appuyer sur des sources de données pour évaluer de façon rétrospective l'utilisation et l'incidence des activités liées à la tuberculose menées par l'Agence, une stratégie de mesure du rendement et un modèle logique n'ont pas été élaborés pour exprimer clairement l'approche et les objectifs de l'Agence pour prévenir et contrôler la tuberculose dans le cadre d'un mandat fédéral de santé publique.

Cependant, des gains d'efficacité ont été démontrés dans le cadre des activités de l'Agence. Par exemple, puisque le Canada présente un petit nombre de nouveaux cas de tuberculose par année (environ 1 600 cas), il est plus rentable qu'un seul laboratoire maintienne l'expertise et la technologie pour aider à soutenir les provinces qui comptent très peu de cas chaque année.

De façon plus générale, il semble plus rentable d'accroître les efforts déployés pour cerner et traiter l'infection tuberculeuse latente avec l'objectif de prévenir les cas actifs de la maladie. En 2004, les dépenses totales liées à la tuberculose au Canada étaient estimées à 74 millions de dollars, le coût moyen pour traiter un cas de tuberculose active étant d'environ 47 000 dollars. Par contre, le coût du traitement pour l'infection tuberculeuse latente est estimé à moins de 1 000 dollars par patient. Les coûts plus élevés associés au traitement des cas de tuberculose active peuvent toutefois être compensés par les projets de mobilisation communautaire similaires au projet TAIMA TB, car la campagne de sensibilisation générale du projet a entraîné une augmentation du nombre de personnes se présentant dans une clinique pour subir un test de dépistage (passant d'une moyenne de 25 personnes à une moyenne de 50 personnes par mois). À ce moment-ci, rien ne donne à penser qu'il serait fructueux de reproduire, d'adapter ou d'élargir un projet comme celui de TAIMA TB.

6.0 Recommandations

Recommandation 1

Passer en revue les prochaines étapes afin que l'Agence fasse progresser ses activités en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose, en tenant compte de son mandat et des rôles et des responsabilités des autres

Tout porte à croire que les produits et les services actuels de l'Agence sont opportuns et utilisés. Toutefois, on reconnaît aussi que le taux de tuberculose au sein de la population canadienne née à l'étranger est disproportionnellement élevé et est resté relativement stable à environ 70 % de tous les cas de tuberculose signalés au cours de la dernière décennie. Dans les pays où il y a une faible incidence de la tuberculose, comme au Canada, l'élimination de la tuberculose devient de plus en plus difficile à mesure que les taux diminuent et se stabilisent, et des préoccupations mondiales à l'égard de la résistance aux antimicrobiens nécessitent une vigilance continue.

L'Agence est l'un des nombreux intervenants qui collaborent à la prévention et au contrôle de la tuberculose. La récente publication du cadre d'action fédérale sur la tuberculose de 2014 souligne le rôle de chef de file de l'Agence à l'échelle nationale à l'égard des aspects de la maladie relatifs à la santé publique. Des éléments attestent que des priorités ont été établies avec des partenaires (fédéraux et provinciaux/territoriaux) en ce qui a trait aux activités futures, mais aucun plan axé sur la façon dont les activités de l'Agence fonctionnent ensemble pour permettre de faire des progrès à l'égard de cet enjeu n'a été établi. Sans modèle logique mettant en lumière ses objectifs stratégiques dans ce domaine, il est difficile de voir comment l'Agence travaillera à faire diminuer le taux général de tuberculose au Canada, comme elle est tenue de le faire en vertu du mandat qu'elle a reçu du gouvernement du Canada, conformément aux objectifs postérieurs à 2015 de la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose.

Recommandation 2

Passer en revue les activités liées à l'intervention des organismes de santé publique à l'égard de la tuberculose active

Le nombre d'activités d'intervention liées à la tuberculose a augmenté depuis 2009. La quantité de cas de notification des contacts du transporteur aérien présentés à l'Agence afin que des mesures soient prises a également gonflé, et le nombre de cas soumis annuellement à l'Agence est plus grand que le nombre de cas présentés aux CDC. Cela pourrait vraisemblablement être dû à la rigueur des lignes directrices canadiennes pour le lancement d'une enquête sur les contacts du transporteur aérien. Puisque le risque de transmission de la tuberculose au cours d'un voyage à bord d'un aéronef commercial reste incertain, il existe un besoin de renforcer la base de données dans le cas de la tuberculose et des voyages aériens et de mener un examen des lignes directrices canadiennes relatives à la tuberculose et aux notifications des contacts des voyages aériens. À titre de bénéfice supplémentaire, cet examen pourrait également mener à une économie de coûts.

Recommandation 3

Mobiliser les intervenants plus efficacement

Comme mentionné précédemment, les *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* ont été considérées comme étant utiles, opportunes et appropriées par les intervenants qui ont participé à la collecte de données aux fins de la présente évaluation. La mise à jour de ces *Normes* exige un travail d'experts et de partenaires externes quand de nouveaux renseignements deviennent disponibles. Pour ce genre d'orientation en matière de santé publique et d'autres activités liées à la tuberculose, il n'existe actuellement aucun forum pour discuter des pratiques exemplaires dans l'ensemble du continuum de la prévention et du contrôle de la tuberculose, et un petit nombre d'informateurs externes clés a remarqué qu'il y a un besoin de partager de l'information afin de veiller à l'amélioration continue des pratiques, des programmes et des politiques en matière de santé publique. Offrir ce mécanisme sera important à mesure qu'évolue le contexte scientifique relatif à la tuberculose (comme l'actualisation de la médication, des laboratoires et des pratiques en matière de santé publique).

Annexe 1 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvrait la période allant de l'exercice 2009-2010 à l'exercice 2014-2015 et comprenait des activités de diagnostic, de prévention et de contrôle de la tuberculose réalisées par :

- le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections;
- le Laboratoire national de microbiologie.
- Les projets liés à la tuberculose financés par le truchement du Programme de la santé pulmonaire du Centre de prévention des maladies chroniques.

D'autres projets qui ne sont pas liés à la tuberculose financés grâce au Programme de la santé pulmonaire du Centre de prévention des maladies chroniques n'entrent pas dans la portée de la présente évaluation parce que ces activités sont actuellement évaluées dans le cadre de l'Évaluation de la prévention et de la réduction des maladies chroniques. Les projets entamés récemment pour soutenir le cadre d'action *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral* (2014) ont également été exclus. Il importe de noter que les activités liées à la tuberculose ne sont pas regroupées au sein d'un programme défini; par conséquent, l'approche de la présente évaluation a été conçue pour évaluer un groupe d'activités orientées vers le diagnostic, la prévention et le contrôle de la tuberculose effectuées par l'Agence.

Éléments d'évaluation

Les questions précises visées par l'évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Ceux-ci se trouvent dans le tableau qui suit. Pour chaque élément fondamental, les questions à évaluer ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions à évaluer

Éléments fondamentaux	Questions à évaluer
Pertinence	
Élément n° 1 : Nécessité de maintenir le programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens. <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les taux et les tendances de la tuberculose au Canada, et dans quelles régions la tuberculose représente-t-elle un fardeau? • Quelles mesures la PCMI (le CLMTI et le LNM) a-t-elle prises pour lutter contre l'incidence de la tuberculose au Canada (d'avril 2009 à mars 2014)?
Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques. <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les activités liées à la tuberculose réalisées par la PCMI (le CLMTI et le LNM) s'harmonisent avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques de l'ASPC?
Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral dans le cadre de l'exécution du programme. <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les activités liées à la tuberculose réalisées par la PCMI (le CLMTI et le LNM) s'harmonisent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?

Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	<p>Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et finals) par rapport aux cibles de rendement, et à la portée du programme et à la conception du programme, ce qui comprend la contribution des extrants aux résultats et les liens entre ces deux composantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'incidence de la tuberculose au Canada a-t-elle diminué, tant de façon générale qu'au sein des populations et des régions ciblées (d'avril 2009 à mars 2014)? • Est-ce que les engagements de l'Agence en matière a) de surveillance, b) d'orientation liée à la santé publique et c) d'activités en cas d'écllosion et de recherche des contacts sont efficaces pour soutenir les mesures, la planification et la prise de décisions en lien avec la santé publique (d'avril 2009 à mars 2014)? • Est-ce que les activités de l'Agence correspondent à l'atteinte de ses objectifs? Si non, pourquoi?
Élément n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficience	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production d'extrants et aux progrès réalisés à l'égard de l'atteinte des résultats escomptés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence ont été entreprises de la façon la plus efficiente et la plus économique possible? Existe-t-il des chevauchements ou des duplications? Existe-t-il des solutions de rechange pour parvenir à des résultats similaires à moindre coût? • Les activités de surveillance de l'Agence satisfont-elles les besoins de base et ont-elles été entreprises de la façon la plus efficiente et la plus économique possible? Comparativement à celle des autres administrations, l'approche en matière de surveillance de l'Agence est-elle optimale? • Quel est le rapport coût-efficacité de l'Agence en ce qui a trait à la réalisation des activités de surveillance et des projets de mobilisation communautaire (c.-à-d. comme le projet TAIMA TB)?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de multiples sources. Les sources d'information suivantes ont été utilisées dans le cadre de la présente évaluation :

- **Étude de dossiers et examen de la documentation** – 603 documents pertinents relatifs aux activités liées à la tuberculose abordant le diagnostic, la prévention et/ou le contrôle de cette maladie ont été examinés afin de recueillir des renseignements concernant la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités. L'objectif principal d'un examen de la documentation est de permettre une meilleure compréhension de la théorie sous-jacente des activités liées à la tuberculose au sein de l'Agence, de la prestation des activités et des résultats au cours de la période quinquennale couverte par la présente évaluation. L'étude de dossiers et l'examen de la documentation soutiennent et corroborent les constatations émanant d'autres approches méthodologiques (triangulation), augmentent l'exactitude de ces dernières et agissent comme une mesure de la validité.
- **Examen des données financières** – Un examen des données financières de 2009-2010 à 2014-2015, qui était orienté sur les dépenses réelles. Une analyse des données financières aide à répondre aux questions relatives à l'efficacité, à l'efficience et à l'économie.
- **Entrevues auprès d'informateurs clés** – Les entrevues ont été menées auprès de 32 intervenants (Agence de la santé publique du Canada [n=9]; d'autres ministères ou organismes du gouvernement fédéral [n=8], des représentants des gouvernements provinciaux/territoriaux [n=8]; des experts externes [n=7]). Les questionnaires d'entrevue ont été conçus et légèrement modifiés afin d'être mieux adaptés à chaque groupe d'intervenants en particulier. Les guides étaient fondés sur les éléments et les questions à évaluer cernés dans la grille d'évaluation. Elles ont été conçues en utilisant un format semi-structuré, y compris des questions approfondies quand cela était utile. Les entrevues semi-structurées fondées sur plusieurs questions clés aident à définir les secteurs à explorer et

permettent également à la personne dirigeant l'entrevue ou à l'informateur clé de s'éloigner du sujet afin d'approfondir une idée ou de répondre plus en détail. La souplesse de cette approche, particulièrement quand on la compare aux entrevues structurées ou aux groupes de consultation, permet aussi la découverte ou l'élaboration de renseignements qui sont importants pour les participants, mais qui n'étaient pas considérés comme étant pertinents par l'équipe de l'évaluation. Les entrevues ont été menées en personne (quand cela était possible) ou par téléphone. Elles ont été enregistrées avec le consentement du participant, et retranscrites au besoin. Les données ont été codées et analysées avec l'aide du logiciel NVivo.

- **Analyse internationale** – Un examen des taux d'incidence de la tuberculose publiés et du calendrier de présentation des rapports des pays du G8, et de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande a été mené au moyen d'un balayage des sites Web relatifs à la santé publique de ces pays. Les pays membres du G8 sont les suivants : le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, la Russie, le Royaume-Uni et les États-Unis.
- **Revue de la littérature** – Une recherche de la littérature canadienne et internationale des 10 dernières années en utilisant les termes de recherche « tubercul* » et « canad* ». Après qu'on a examiné les documents pour s'assurer de leur pertinence, 60 articles ont été examinés. La revue de la littérature soutient et corrobore les constatations découlant d'autres approches méthodologiques (triangulation), augmente l'exactitude de ces dernières et agit comme une mesure de la validité.
- **Examen des données sur le rendement** – Un examen des données liées au rendement des deux projets de mobilisation communautaire en lien avec la tuberculose financés par le truchement du Programme de la santé pulmonaire du Centre de prévention des maladies chroniques (2009-2012) mis en œuvre à l'échelle nationale. D'autres éléments ont également été analysés (enquête sur la satisfaction des intervenants, enquête sur l'utilisation des connaissances, rapports sur le rendement au niveau des projets et rapports d'évaluation).
- **Enquête Web auprès des intervenants** – Une enquête en ligne a été menée par le Bureau de l'évaluation. L'enquête Web ciblait les intervenants clés qui participent aux activités de surveillance, d'orientation en matière de santé publique et d'intervention relatives à la tuberculose. Elle a donné l'occasion à ces intervenants de partager leur connaissance des produits et services liés à la tuberculose de l'Agence et leur point de vue sur leur utilisation et leur incidence. La rétroaction reçue, particulièrement à l'égard des produits et services de l'Agence, a aidé à évaluer la pertinence et le rendement de ces derniers, ainsi que d'autres sources de données (p. ex. entrevues avec des informateurs clés, examen des documents et des dossiers). L'enquête était disponible en ligne entre le 3 et le 20 février 2015; elle a été envoyée à 1 949 personnes-ressources fournies par le Centre de prévention des maladies chroniques. On a comptabilisé 221 enquêtes remplies au complet, ce qui donne un taux de réponse de 11,71 %.

Les données, recueillies à partir des différentes sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Cela comprend : la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données pour illustrer les constatations clés; l'analyse statistique des données quantitatives issues des bases de données; l'analyse thématique des données qualitatives; l'analyse comparative des données provenant de diverses sources pour valider les constatations générales.

Annexe 2 – Résumé des résultats

Notation des résultats

Des cotes ont été attribuées pour indiquer la mesure dans laquelle on a su donner suite à chaque élément et question à évaluer.

Symboles de notation de la pertinence et signification

Le tableau 1 qui suit résume les cotes attribuées à la pertinence. Une description des symboles de notation de la pertinence et de leur signification figure dans la légende.

Tableau 1 : Symboles de notation de la pertinence et signification

Éléments	Indicateurs	Cote globale	Résumé
1. Nécessité de maintenir le programme			
Quels sont les taux et les tendances de la tuberculose au Canada, et dans quelles régions la tuberculose représente-t-elle un fardeau?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves d'un problème à régler; ampleur (c.-à-d. tuberculose active, infection tuberculeuse latente, retraitement et tuberculose pharmacorésistante). 	Élevé	La tuberculose demeure un problème majeur de la santé publique à l'échelle mondiale et une maladie en évolution. Même si les taux nationaux de tuberculose au Canada sont faibles, deux sous-populations canadiennes sont disproportionnellement touchées. Les Canadiens nés à l'étranger et les Autochtones nés au Canada comportent un plus grand risque de contracter la tuberculose active et ont des taux d'incidence de la tuberculose beaucoup plus élevés que la moyenne.
2. Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Est-ce que les activités liées à la tuberculose réalisées par la PCMI (le CLMTI et le LNM) s'harmonisent avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques de l'ASPC?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves que les activités et les objectifs s'harmonisent avec les priorités du gouvernement et qu'elles contribuent à les respecter. 	Élevé	Les activités liées à la tuberculose sont une priorité pour le gouvernement du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, comme en témoignent une panoplie de documents de planification et de documents ministériels.

Légende – Symboles de notation de la pertinence et signification

- Élevé** Il existe un besoin démontrable à l'égard des activités du programme; il existe un lien démontrable entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme sont clairs.
- Partiel** Il existe un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il existe un lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme sont partiellement clairs.
- Faible** Il n'existe aucun besoin démontrable à l'égard des activités du programme; il n'existe aucun lien clair entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme ne sont pas clairement exprimés.

Éléments	Indicateurs	Cote globale	Résumé
3. Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Est-ce que les activités liées à la tuberculose réalisées par la PCMI (le CLMTI et le LNM) s'harmonisent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves que les rôles et les responsabilités sont : définis, connus et mis en œuvre. 	Élevé	Les activités liées à la tuberculose de l'Agence s'harmonisent, de façon générale, avec le mandat de cette dernière. L'Agence a un rôle à jouer, à juste titre, à l'égard de la surveillance, de la prestation d'une orientation, de la mobilisation communautaire et des politiques en matière de santé publique.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification

- Élevé Il existe un besoin démontrable à l'égard des activités du programme; il existe un lien démontrable entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme sont clairs.
- Partiel Il existe un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il existe un lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme sont partiellement clairs.
- Faible Il n'existe aucun besoin démontrable à l'égard des activités du programme; il n'existe aucun lien clair entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ou (ii) les résultats stratégiques du ministère; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution du programme ne sont pas clairement exprimés.

Symboles de cotation du rendement et signification

Le tableau 2 qui suit résume les cotes attribuées au rendement. Une description des symboles de cotation du rendement et de leur signification figure dans la légende.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
4. Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Élaboration de programmes/politiques et leadership/administration	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Les efforts en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose exigent la mobilisation et la gestion des intervenants. Le document <i>Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral</i> définit les rôles et les responsabilités des ministères/organismes fédéraux; toutefois, rien n'indique qu'une mise en œuvre concrète/qu'un plan d'action existe pour faire progresser ce cadre d'action.
Pratiques de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Atteint	Les <i>Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse</i> , les <i>Orientations</i> et les modules éducatifs produits sont considérés par les intervenants comme étant utiles, opportuns et appropriés.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Atteint	Les données nationales de surveillance de l'Agence sur les cas de tuberculose et l'issue de la maladie sont utilisées par des publics multiples et de différentes façons. L'incidence la plus exprimée à l'égard de la disponibilité des données relatives à la surveillance comporte deux volets : 1) les administrations peuvent déterminer où elles se situent par rapport aux autres dans la réduction du fardeau lié à la tuberculose; 2) les administrations peuvent appliquer les données pour prendre des décisions éclairées en matière d'élaboration de politiques, de programmes, de documents de formation et de questions de recherche concernant la tuberculose.
Intervention en matière de tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Attention prioritaire	Le CLMTI a fourni un soutien en gestion des éclosions en déployant des experts en la matière (épidémiologistes) sur le terrain pour prêter main-forte dans les enquêtes sur les éclosions de tuberculose. Le CLMTI a contribué à la capacité d'intervention canadienne en matière de santé publique à l'égard de la tuberculose en menant des activités d'intervention liées à cette maladie (qui comprennent des mesures pour prévenir le déplacement de personnes infectées par la tuberculose ou diminuer les risques à cet égard). Il existe un besoin de renforcer la base de données probantes à l'égard du risque de transmission de la tuberculose au cours d'un voyage aérien et d'effectuer un examen Lignes directrices canadiennes relatives à la notification des contacts liée à la TVA.

Légende - Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats escomptés ou les objectifs ont été atteints.
Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	D'importants progrès ont été réalisés à l'égard des résultats escomptés ou des objectifs, mais il reste du travail à faire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été réalisés à l'égard des résultats escomptés, et la priorité doit être accordée à cet élément.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Services de laboratoire de référence	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Atteint	Les services de laboratoire de référence de l'Agence en matière de tuberculose sont opportuns et normalisés, et d'autres tierces parties ont conclu qu'ils étaient très performants. Les services fournis sont spécialisés et ne sont pas offerts par les laboratoires provinciaux et territoriaux.
Mobilisation des collectivités	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de l'utilité, de l'applicabilité, de la qualité des renseignements, du caractère opportun, de la pertinence du point de vue culturel et de la facilité d'utilisation. 	Atteint	L'expérience et les leçons tirées des projets de mobilisation communautaire (principalement le projet TAIMA TB) ont montré un succès considérable en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose. Des facteurs comme la participation de la collectivité ainsi que des messages et une infrastructure adaptés sur le plan culturel semblent être essentiels au succès.
5. Démonstration d'économie et d'efficience			
Est-ce que les activités liées à la tuberculose menées par l'Agence ont été entreprises de la façon la plus efficiente et la plus économique possible? Existe-t-il des chevauchements ou des duplications? Existe-t-il des solutions de rechange pour parvenir à des résultats similaires à moindre coût?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves de la valeur, du bien-fondé et de l'harmonisation. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Le coût pour la société du traitement d'un nombre relativement peu élevé de cas de tuberculose est important (74 millions de dollars). Certains de ces coûts peuvent être compensés par des projets de mobilisation communautaire; toutefois, si le succès relatif à l'élargissement de projets comme TAIMA TB est inconnu à ce jour.

Légende - Symboles de cotation du rendement et signification

Atteint	Les résultats escomptés ou les objectifs ont été atteints.
Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	D'importants progrès ont été réalisés à l'égard des résultats escomptés ou des objectifs, mais il reste du travail à faire.
Peu de progrès; attention prioritaire	Peu de progrès ont été réalisés à l'égard des résultats escomptés, et la priorité doit être accordée à cet élément.

Notes de fin de document

- ¹ Menzies, D., M. Lewis et O. Oxlade. (2008). Costs for TB Care in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 99(5), p. 391-396.
- ² Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ³ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2014). Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada : un cadre d'action fédéral.
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2014). La tuberculose au Canada 2012 – rapport complet.
- ⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ⁷ Zhou, Y., et coll. (2008). Projection of Tuberculosis Incidence with Increasing Immigration Trends. *Journal of theoretical biology*, 254(2), p. 215-28.
- ⁸ Reitmanova, S. (2008). Immigrant Tuberculosis: Beyond Screening and Surveillance. *The Lancet Infectious Diseases*, 9(10), p. 584-5.
- ⁹ Gibson, N., et coll. (2005). Socio-Cultural Factors Influencing Prevention and Treatment of Tuberculosis in Immigrant and Aboriginal Communities in Canada. *Social Science and Medicine*, 61(5), p. 931-42.
- ¹⁰ Greenaway, C., et coll. (2011). Tuberculosis: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 183(12), p. E939-51.
- ¹¹ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ¹² Agence de la santé publique du Canada. (2014). Tuberculose. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 40(60).
- ¹³ Agence de la santé publique du Canada. (2014). La tuberculose au Canada 2012 – rapport complet.
- ¹⁴ Clark, M. et D. W. Cameron. (2009). Tuberculosis elimination in the Canadian First Nations population: assessment by a state-transfer, compartmental epidemic model. *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 13.
- ¹⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2015). Supplément : tuberculose. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 41, p. S-2.
- ¹⁶ Gibson, N., et coll. (2005). Socio-Cultural Factors Influencing Prevention and Treatment of Tuberculosis in Immigrant and Aboriginal Communities in Canada. *Social Science and Medicine*, 61(5), p. 931-42.
- ¹⁷ Greenaway, C., et coll. (2011). Tuberculosis: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 183(12), p. E939-51.
- ¹⁸ Greenaway, C., et coll. (2011). Tuberculosis: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 183(12), p. E939-51.

- ¹⁹ Reitmanova, S., et D. Gustafson. (2012). Rethinking Immigrant Tuberculosis Control in Canada: From Medical Surveillance to Tackling Social Determinants of Health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), p. 6-13
- ²⁰ Hoepfner, V. (2000). Tuberculosis in Aboriginal Canadians. *Canadian Respiratory Journal*, 7(2).
- ²¹ Agence de la santé publique du Canada. (2014). La tuberculose au Canada 2012 – rapport complet.
- ²² Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ²³ Oxlade et coll. (2009). Global tuberculosis trends: a reflection of changes in tuberculosis control or in population health?. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 13(10).
- ²⁴ Lonroth et coll. (2009). Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*.
- ²⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ²⁶ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Global Tuberculosis Report – 2014.
- ²⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2015). La tuberculose : La résistance aux antituberculeux au Canada 2013.
- ²⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ²⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2015). La tuberculose au Canada – 2012.
- ³⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2015). La tuberculose : La résistance aux antituberculeux au Canada 2013.
- ³¹ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ³² Organisation mondiale de la Santé. (2015). Qu'est-ce que la tuberculose multirésistante et comment la combat-on?
- ³³ Aspler, A. et coll. (2010). Sustained Intra-and Inter-jurisdictional Transmission of Tuberculosis within a Mobile, Multi-ethnic Social Network: Lessons for Tuberculosis Elimination. *Revue canadienne de santé publique*.
- ³⁴ Organisation mondiale de la Santé. (2013). Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015.
- ³⁵ Gouvernement du Canada. (2010). Réponse du gouvernement du Canada au rapport du Comité permanent de la santé, « La voie de l'avenir – comment réagir aux taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités des Inuits ».
- ³⁶ Gouvernement du Canada. (2014). Budget : sur la voie de l'équilibre : créer des emplois et des opportunités.
- ³⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Rapport sur les plans et les priorités (2014-2015)*.
- ³⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Horizons stratégiques 2013-2018*.
- ³⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Rapport final et recommandations du groupe de travail National sur les maladies à déclaration obligatoire*.

- ⁴⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport sur les plans et les priorités 2013-2014*.
- ⁴¹ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle*. La tuberculose : D'hier à aujourd'hui.
- ⁴² Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Rapport final et recommandations du groupe de travail National sur les maladies à déclaration obligatoire*.
- ⁴³ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *La tuberculose : La résistance aux antituberculeux au Canada – 2012*.
- ⁴⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *La tuberculose au Canada 2013 - Prédifusion*.
- ⁴⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2013). *La tuberculose : La résistance aux antituberculeux au Canada – 2012*.
- ⁴⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *La tuberculose au Canada 2013 - Prédifusion*.
- ⁴⁷ M'ikanatha, N. M., R. Lynfield, C. A. Van Beneden et H. de Valk. (2007). Surveillance for TB in Europe. *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, R.-U..
- ⁴⁸ M'ikanatha, N. M., R. Lynfield, C. A. Van Beneden et H. de Valk. (2007). Surveillance for TB in Europe. *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, R.-U..
- ⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Understanding and Using TB Data*.
- ⁵⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Understanding and Using TB Data*.
- ⁵¹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Standards and Benchmarks for TB Surveillance and Vital Registration Systems*.
- ⁵² Le SCDCT a été évalué en 2007.
- ⁵³ Canada. Parlement. Sénat. Comité sénatorial permanent des peuples autochtones. (2014). *Délibérations du Comité sénatorial permanent des peuples autochtones, 41^e législature, 2^e session, Ottawa, Imprimeur de la Reine*.
- ⁵⁴ Canada. Parlement. Chambre des communes. Comité permanent de la santé. (2010). *Délibérations du Comité permanent de la santé sur les taux élevés de tuberculose dans les réserves des Premières nations et les collectivités inuites, 40^e législature, 3^e session, Ottawa, Imprimeur de la Reine*.
- ⁵⁵ Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest. (14 décembre 2011). Hansard. *Proceedings of Oral Questions on Question 72-17(1): Chronic Disease Related to Poverty, 17^e assemblée, 1^{re} session*.
- ⁵⁶ Stroumbouloupoulos, G. (24 mars 2014). 5 Facts about TB in Canada, CBC Radio.
- ⁵⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2014). Aller de l'avant dans la lutte contre la tuberculose. *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 40(6)*.
- ⁵⁸ Agence de la santé publique du Canada. (23 mars 2014). *Communiqué de presse : La ministre de la Santé dévoile des mesures concertées pour combattre la tuberculose au Canada*.
- ⁵⁹ Gouvernement du Manitoba. (2014). *Tuberculosis Protocol: Communicable Disease Control*.
- ⁶⁰ Santé et Affaires sociales Yukon. (2014). *Centre de lutte contre les maladies transmissibles – Manuel de lutte contre la tuberculose (en anglais)*.
- ⁶¹ Santé et Services sociaux – Territoires du Nord-Ouest. (2014). *NWT Tuberculosis Manual: Stop TB*.
- ⁶² TB Partnership Working Group. (2013). *Saskatchewan Provincial Tuberculosis Strategy 2013-2018: Prevention, Treatment, Education and Control*.
- ⁶³ BC Communicable Disease Policy Advisory Committee. (2012). *BC Strategic Plan for Tuberculosis Prevention, Treatment and Control*.

- ⁶⁴ Gouvernement de l'Alberta. (2010). *Alberta Health and Wellness: Tuberculosis Prevention and Control Guidelines for Alberta*.
- ⁶⁵ Institut Robert Koch. (2014). *TB surveillance in Germany: Data of the TB report 2013*.
- ⁶⁶ The Research Institute of TB., Japan Anti-TB Association. (2014). *Statistics of TB in 2013*.
- ⁶⁷ Public Health England. (2014). *TB in the UK, 2014 Report*.
- ⁶⁸ Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *TB Incidence in the United States, 1953-2013*.
- ⁶⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2014). Nombre de cas de tuberculose signalés et taux d'incidence annuels au Canada: 1990 - 2012.
- ⁷⁰ Antoine D., F. Belghiti, J.P. Guthmann, C. Campese, D. Lévy-Bruhl et D. Che. (2014). Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 20, p. 352-359.
- ⁷¹ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. (2014). *TB surveillance and monitoring in Europe, 2014*.
- ⁷² Lim E. et H. Heffernan. (2013). *TB in New Zealand: Annual Report 2012*.
- ⁷³ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. (2014). *TB surveillance and monitoring in Europe, 2014*.
- ⁷⁴ Bareja, C., C. Waring, R. Stapledon et le National TB Advisory Committee for the Communicable Diseases Network Australia. (2014). *Annual Report: TB Notifications in Australia, 2010*. Communicable Diseases Network Australia, 38(1), p.36-48.
- ⁷⁵ Organisation internationale de normalisation. (2010). *ISO/IEC 17025:2005, Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais*.
- ⁷⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Gabarit de rapport annuel pour la période de rapport sur les programmes du Laboratoire national de microbiologie, 1^{er} avril 2011 –31 mars 2012 et 1^{er} avril 2012 – 31 mars 2013*.
- ⁷⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Gabarit de rapport annuel pour la période de rapport sur les programmes du Laboratoire national de microbiologie, 1^{er} avril 2011 –31 mars 2012 et 1^{er} avril 2012 – 31 mars 2013*.
- ⁷⁸ Réseau des laboratoires de santé publique du Canada. (2012). *Reference Centre Review Process for the Provision of Microbiology Reference Services in Canada, Review Period: 2010-2011*.
- ⁷⁹ Statistique Canada. (2013). *Trafic des transporteurs aériens aux aéroports canadiens*. Consulté le 10 mars 2015 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/51-203-x/51-203-x2013000-fra.pdf>.
- ⁸⁰ Conseil mondial du voyage et du tourisme. (2012). *The Comparative Economic Impact of Travel & Tourism, November 2012*.
- ⁸¹ Oxford Economics. (2014). *Shaping the Future of Travel: Macro trends driving industry growth over the next decade, March 2014*.
- ⁸² Statistique Canada. (2014). *Regard sur la démographie canadienne*.
- ⁸³ Scholten et coll. (2010). *Air travel by individuals with active tuberculosis: Reporting patterns and epidemiologic characteristics, Canada 2006-2008*, vol. 8, p. 113-119.
- ⁸⁴ Cadre de travail national sur la santé pulmonaire. (2008). *Cadre de travail national sur la santé pulmonaire - Être d'avant-garde. Agir. Ensemble.*
- ⁸⁵ Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (2012). À noter.
- ⁸⁶ Alvarez, G.G., D.D. VanDyk, S.D. Aaron, D.W. Cameron, N. Davies et coll. (2014). TAIMA (Stop TB: The Impact of a Multifaceted TB Awareness and Door-to-Door Campaign in Residential Areas of

High Risk for TB in Iqaluit, Nunavut. *PLOS ONE*, 9(7), p. e100975, identificateur d'objet numérique :10.1371/journal.pone.0100975.

⁸⁷ Alvarez, G.G. (2014). Taima TB- Iqaluit Research Project Results. *Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa*.

⁸⁸ Alvarez, G.G. (2014). Taima TB- Iqaluit Research Project Results. *Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa*.

⁸⁹ Agence de la santé publique du Canada - Programme de la santé pulmonaire. (2012). Rapport de mesure du rendement : Sensibilisation à la tuberculose des jeunes autochtones et non autochtones au Canada : un programme éducatif de santé publique historique et socio-culturel (19 avril 2012).

⁹⁰ Agence de la santé publique du Canada - Programme de la santé pulmonaire. (2010). Rapport de mesure du rendement : Évaluation des besoins de base pour l'éducation sur la tuberculose auprès des jeunes des Premières nations (29 juillet 2010).

⁹¹ Menzies, D., M. Lewis et O. Oxlade. (2008). Costs for TB Care in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 99(5), p. 391-396.

⁹² Société canadienne de thoracologie. (2013). *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition.

⁹³ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *La tuberculose au Canada 2013 - Prédifusion*.