

# Évaluation et traitement des personnes ayant été en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse et dont le TCT de dépistage est significatif

Outil d'information à l'intention  
du médecin de famille



Préparé par la Direction de santé publique  
Mars 2023

« Évaluation et traitement des personnes ayant été en contact étroit avec un cas de tuberculose contagieuse et dont le TCT de dépistage est significatif » est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca).

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction complète de ce document est autorisée. Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2023

## Table des matières

1.	Contexte de la référence au médecin de famille .....	4
2.	Situations où la direction de santé publique réfère un contact d'un cas de tuberculose contagieuse au médecin de famille ou en spécialité .....	4
3.	Qu'est-ce que l'infection tuberculeuse latente (ITL)? .....	4
4.	Utilisation du dépistage avec le test TCT ou TLIG à la suite d'une exposition à un cas contagieux .....	5
5.	Décision de recommander le traitement de l'ITL lorsque le dépistage avec le TCT ou le TLIG est positif .....	5
6.	Pourquoi offrir un traitement préventif à la personne qui a une forte probabilité de faire une ITL à la suite d'un contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse? .....	6
7.	Traiter l'ITL chez un adulte .....	6
Annexe 1	Conditions et risque .....	10
Annexe 2	Autres schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement de l'ITL .....	11
Références	.....	12

## 1. Contexte de la référence au médecin de famille

En vertu de la Loi sur la santé publique, la tuberculose est une maladie à déclaration et à traitement obligatoires. À la suite d'une déclaration d'un cas de tuberculose contagieuse, la Direction de santé publique (DSPublique) évalue les risques de transmission chez les personnes ayant été en contact récent avec un cas contagieux.

Lorsque le dépistage en post-exposition est significatif (démontrant une infection tuberculeuse latente (ITL)) ou dans certaines autres conditions, la DSPublique réfère certains contacts à leur médecin de famille afin :

- D'informer le médecin de famille concernant l'exposition récente possible de son client au bacille tuberculeux, ce qui lui permet d'ajuster son suivi clinique;
- D'effectuer une recherche des signes et symptômes de tuberculose active et demander une RX pulmonaire afin d'éliminer la possibilité d'une tuberculose pulmonaire active reliée à l'exposition récente;
  - Si le médecin observe des indices de tuberculose active, la recommandation est de demander un frottis, un PCR et une culture des expectorations pour *Mycobacterium tuberculosis* ou de référer en spécialité;
- De déterminer si un traitement préventif est recommandé en l'absence de signe d'infection active
  - Si cette évaluation n'est pas réalisée par le médecin de famille, il importe de référer le client en spécialité afin d'assurer les suivis pertinents;
- Si le traitement préventif est refusé ou non recommandé, effectuer une surveillance médicale aux six mois pendant les deux années suivant l'exposition à un cas contagieux (période où le risque de conversion vers une infection active est le plus grand) et informer le client qu'il faut consulter rapidement si apparition de symptômes.

## 2. Situations où la direction de santé publique réfère un contact d'un cas de tuberculose contagieuse au médecin de famille ou en spécialité

Le présent outil vise spécifiquement à soutenir le clinicien dans la prise en charge de la personne adulte qui présente un TCT significatif ( $\geq 5$  mm) ou un virage après une exposition récente à un cas de tuberculose contagieuse.

Les autres situations de référence (TCT antérieur  $\geq 5$  mm connu dans le passé, enfant, personne âgée pour laquelle un TCT n'a pas été recommandé<sup>1</sup>; personne immunosupprimée ou enfant de moins de 5 ans en attendant le résultat du dépistage au TCT, personne infectée avec le VIH, contact d'un cas de tuberculose multirésistante) ne sont pas traitées dans le présent document.

## 3. Qu'est-ce que l'infection tuberculeuse latente (ITL)?

L'ITL correspond à la présence des bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme (le plus souvent les poumons) sans manifestation de la maladie. Lorsque la mycobactérie est respirée<sup>2</sup>, soit les bacilles sont éliminés (et les

---

<sup>1</sup>. En l'absence des conditions qui favorisent la progression vers la tuberculose active, la probabilité de développer une tuberculose active chez la personne âgée est généralement moins élevée que la probabilité de faire une hépatite médicamenteuse. Dans ces cas, la DSPublique ne demande généralement pas de TCT de dépistage en post-exposition et effectue une référence au médecin de famille pour surveillance des symptômes.

<sup>2</sup> Par des microgouttelettes en suspension dans l'air provenant d'une personne qui fait une tuberculose active contagieuse

résultats du TCT ou du TLIG demeurent négatifs), soit des lésions microscopiques se développent et se traduisent par un test TCT ou un TLIG positif après un délai d'environ huit semaines<sup>3</sup>.

À cette phase de l'infection, la personne n'a pas de symptôme et n'est pas contagieuse, par contre, elle est à risque de développer une tuberculose active tôt ou tard dans sa vie. Chez les jeunes enfants et les personnes immunosupprimées (ex. : personne infectée par le VIH ou sous chimiothérapie), la probabilité que cette infection évolue rapidement vers la tuberculose active est plus importante.

#### **4. Utilisation du dépistage avec le test TCT ou TLIG à la suite d'une exposition à un cas contagieux**

Deux tests existent permettant de détecter l'ITL : le TCT<sup>4</sup> et le TLIG. Ces tests ne permettent pas de distinguer l'ITL de la tuberculose active et ne doivent pas être utilisés pour le diagnostic de la tuberculose active en présence de signes et symptômes compatibles.

Le dépistage avec le TCT est demandé par la direction de santé publique afin de détecter l'ITL chez les contacts exposés de façon significative à un cas contagieux. Dans cette situation, la probabilité d'une ITL est élevée lorsque :

- Le TCT de dépistage effectué à huit semaines ou plus après l'exposition est  $\geq 5$  mm,
- OU
- Lorsqu'il y a un virage, c'est-à-dire une augmentation de la taille du TCT comparativement à un autre TCT effectué dans le passé et dont le résultat n'était pas significatif.

L'utilisation du test TLIG peut-être utile, particulièrement chez les personnes ayant été vaccinées avec le BCG car, contrairement au TCT, le résultat n'est pas influencé par une vaccination antituberculeuse antérieure.

#### **5. Décision de recommander le traitement de l'ITL lorsque le dépistage avec le TCT ou le TLIG est positif**

En présence d'une ITL probable, la pertinence d'un traitement préventif doit être évaluée en tenant compte du risque de développer une tuberculose active comparativement au risque de développer des problèmes hépatiques pendant le traitement. Ces conditions sont décrites à l'annexe 1 :

- Conditions qui augmentent la probabilité qu'il s'agisse d'une vraie infection tuberculeuse latente;
- Conditions qui augmentent les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui fait une ITL;
- Comparaison du risque de faire une tuberculose au risque qu'un traitement préventif entraîne des problèmes hépatiques.

Leur évaluation peut être complexe. L'outil « Interpréter le TCT/TLIG(IGRA) en ligne »<sup>5</sup> permet de calculer le risque de développer la tuberculose et le risque de développer une hépatite médicamenteuse en fonction de l'ensemble de ces conditions et facteurs de risque. Cet outil a été conçu spécifiquement pour faciliter cette analyse par le médecin. Son utilisation est officiellement recommandée par les experts (voir les trois premières références).

---

<sup>3</sup> Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7<sup>e</sup> édition, chapitre 2, p. 3 et 4

<sup>4</sup> Nommé auparavant PPD ou test de Mantoux

<sup>5</sup> Outil disponible à l'adresse: <http://www.tstin3d.com/index.html>.

## 6. Pourquoi offrir un traitement préventif à la personne qui a une forte probabilité de faire une ITL à la suite d'un contact récent avec un cas de tuberculose contagieuse?

- Dans environ 10 % des cas, la personne atteinte d'une ITL va développer une tuberculose active à un moment de sa vie;
- Ce risqué est réparti de la façon suivante: 50% au cours des 2 premières années après le début de l'infection et 50% dans le reste de sa vie;
- Si l'on ajoute certaines conditions de santé (voir annexe 1), le risque de développer une tuberculose active est beaucoup plus élevé;
- La prise d'un traitement préventif pendant quatre à neuf mois (selon le régime thérapeutique choisi) diminue de 90 % les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui est *nouvellement infectée*.

## 7. Traiter l'ITL chez un adulte

L'isoniazide (INH) en prise quotidienne pendant 9 mois a constitué le traitement standard depuis de nombreuses années. Sa durée rend la compliance plus difficile. Actuellement, les recommandations des experts canadiens sont les suivantes<sup>6</sup> :

- 1<sup>er</sup> choix : Trois mois d'isoniazide (INH) et de rifapentine (RPT) une fois par semaine (Disponibilité limitée dans le contexte canadien)
- 2<sup>e</sup> choix : Quatre mois de rifampicine (RMP) en prise quotidienne
- 3<sup>e</sup> choix : 9 mois d'isoniazide en prise quotidienne;
- 4<sup>e</sup> choix : 6 mois d'isoniazide en prise quotidienne

Les 2 premiers choix correspondent également aux recommandations actuelles des experts américains.<sup>7</sup>

***Dans le cadre du programme de gratuité des médicaments du Québec, le médicament pour le traitement de l'ITL est offert gratuitement par le pharmacien. Pour ce faire, inscrire le code « 2L » sur la prescription.***

### 7.1. Traitement avec l'INH chez les adultes

Les recommandations suivantes sont tirées du Guide d'intervention pour la tuberculose du MSSS<sup>8</sup> :

#### ***Posologie adulte***

Comme il y a de nombreuses interactions médicamenteuses avec les antibiotiques de la famille des rifamycines, les experts canadiens recommandent l'INH 9 ou 6 mois comme 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> choix en cas de contraindications avec la rifampicine. L'INH 6 mois est une alternative un peu moins efficace mais elle est choisie si elle permet une meilleure compliance.

<sup>6</sup>Canadian tuberculosis standards, 8e édition, Revue canadienne des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil Volume 6, 2022 Issue sup1, Tuberculosis Preventive Treatment in Adults <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2039498>,

<sup>7</sup> Treatment Regimens for Latent TB Infection, Centers for Disease Control and Prevention, 2020 <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/tbi.htm>

<sup>8</sup> Guide d'intervention pour la tuberculose, MSSS, 2017 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-05W.pdf>

L'INH est prescrit à une dose de 5 mg/kg/jour chez l'adulte, sans dépasser 300 mg/jour, pendant neuf mois. Le nombre de doses prises est important; en cas de manquement, il faut prolonger le traitement jusqu'à ce que 270 doses soient prises (pour un traitement de 9 mois) ou 180 doses (pour un traitement de 6 mois).

L'INH peut inhiber le métabolisme de la pyridoxine (vitamine B6) et provoquer une neuropathie périphérique. En raison du risque accru de symptômes liés au déficit en pyridoxine, il faut ajouter la prise de 25 mg de pyridoxine quotidiennement lorsqu'on prescrit de l'INH aux patients qui présentent les conditions suivantes :

- Diabète ou insuffisance rénale;
- Malnutrition, toxicomanie ou consommation régulière d'alcool;
- Troubles convulsifs;
- Infection par le VIH;
- Aux femmes et adolescentes enceintes ou qui allaitent.

## **7.2. Traitement chez les adultes avec la rifampicine quotidienne pendant 4 mois**

Ce traitement est particulièrement intéressant considérant :

- La durée moins longue du traitement comparativement à celui de l'INH, ce qui augmente les chances de compléter le traitement;
- L'hépatotoxicité moins grande qu'avec l'INH, moins d'effets secondaires que le traitement avec l'INH;
- Des études récentes<sup>9</sup> ont démontré que l'administration quotidienne de la rifampicine pendant quatre mois était aussi efficace pour réduire les risques de tuberculose active;
- La disponibilité restreinte de la rifapentine (voir section 7.3).

La rifampicine est prescrite à une dose de 10 mg/kg/jour, sans dépasser 600 mg par jour chez l'adulte, pendant quatre mois. Le nombre de doses prises est important; en cas de manquement, il faut prolonger le traitement jusqu'à ce que 120 doses soient prises.

Il faut bien évaluer les interactions médicamenteuses possibles avant d'initier ce traitement, particulièrement avec les anovulants et les traitements du VIH.

## **7.3. Traitement chez les adultes avec la rifapentine et l'INH**

La disponibilité de la rifapentine est encore limitée au Canada. Actuellement le médicament est disponible via le programme des médicaments utilisés pour des besoins urgents en matière de santé publique.<sup>10</sup> Il est surtout utilisé pour l'administration du traitement de l'ITL sous observation directe dans les communautés nordiques.

---

<sup>9</sup> Menzies and al , Four Months of Rifampicin or Nine Months of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adult. New England Journal of Medicine, 379;5, August 2, 2018.

<sup>10</sup> <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/acces-drogues-circonstances-exceptionnelles/liste-drogues-utilisees-urgents-matiere-sante-publique.html>

La recommandation est de prescrire à une dose une fois par semaine (total de 12 doses) :

- INH 5 mg/kg/jour chez l'adulte, sans dépasser 300 mg/jour;
- Rifapentine à une dose de 750mg pour les personnes entre 32 et 49.9 kg, et 900 mg pour les personnes de  $\geq 50.0$  kg;
- Pyridoxine 50 mg.

## 7.4. Suivi recommandé pendant le traitement préventif

Le suivi clinique doit être ajusté en fonction de la durée du traitement (voir tableau). Il vise les objectifs suivants :

- Améliorer l'observance (vérifier le nombre de doses qui n'ont pas été prises) et prolonger le traitement jusqu'à ce que l'ensemble des doses soient prises;
- Évaluer la présence d'effets indésirables associés au traitement;
- Surveiller l'apparition de la tuberculose;
- Suivre la fonction hépatique;
- Suivre la formule sanguine (anémie, neutropénie, thrombocytopenie), et;
- Vérifier les interactions médicamenteuses.

**Tableau 8. Calendrier de suivi suggéré pour les patients qui reçoivent le schéma 9INH contre l'ITL\***

*(Recommandations conditionnelles, reposant sur des preuves de très faible qualité)*

Mesures	Début du traitement	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois
Évaluation médicale	X	X	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin
Appel téléphonique au patient				X		X		X		X
Évaluation de l'observance		X	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin	X	Au besoin
Radiographie pulmonaire	X									
<b>Bilirubine, transaminases</b>										
Âge < 35 ans	Si suspicion clinique d'hépatopathie	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin	Au besoin
Âge de 35-50 ans	X	X	Au besoin		Au besoin		Au besoin		Au besoin	X
Âge > 50 ans ou autres facteurs de risque <sup>†</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\* Le calendrier est celui utilisé avec le schéma 9INH. Si un autre schéma est employé, suggérer le même calendrier jusqu'à la fin du traitement. Toutes les recommandations du tableau reposent sur l'opinion d'experts.

<sup>†</sup> Ce sont la grossesse ou les 3 premiers mois de la période postpartum, des antécédents d'hépatite induite par des médicaments, une cirrose évolutive ou une hépatite évolutive chronique toutes causes confondues, l'hépatite C, l'hépatite B avec des concentrations de transaminases anormales, la consommation quotidienne d'alcool ou un traitement concomitant par d'autres médicaments hépatotoxiques (p. ex. méthotrexate). L'infection à VIH n'est pas un facteur de risque indépendant de l'hépatite induite par des médicaments.

Source : Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7e édition. Chapitre 6 : Le traitement de l'infection tuberculeuse latente

## 7.5. Personne infectée par le VIH et femme enceinte ou qui allaite

Comme il existe des interactions possibles entre certains antirétroviraux et les médicaments antituberculeux, le médecin de famille pourrait choisir une référence à un infectiologue pour le traitement de son client infecté avec le VIH.

Comme pour tous les autres traitements il faut bien évaluer les risques/bénéfices avant d'initier un traitement préventif chez la femme enceinte. Si les facteurs de risque de développer une tuberculose active sont importants, le traitement peut également être envisagé pendant la grossesse. Il est préférable de reporter le traitement préventif après la grossesse chez la femme enceinte dont les risques de développer une tuberculose active sont moins importants. Pour l'INH il peut être prudent d'attendre jusqu'à 3 mois après la fin de grossesse considérant le risque augmenté d'hépatotoxicité au cours des 3 premiers mois en post-partum.

L'allaitement n'est pas une contre-indication au traitement préventif, on retrouve des quantités infimes d'isoniazide ou de rifampicine dans le lait maternel.

## 7.6. Prévenir l'hépatite médicamenteuse

Les problèmes hépatiques graves provoqués par les médicaments antituberculeux surviennent plus souvent lorsque la personne n'a pas reçu la consigne d'arrêter le traitement lors de la présence de symptômes ou n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier.

L'hépatite médicamenteuse est rare chez les jeunes; le risque augmente avec l'âge et la présence de certaines conditions. Il est recommandé de suivre plus régulièrement la condition hépatique à l'aide du dosage de la bilirubine et des transaminases dans les conditions suivantes :

- Personne de plus de 50 ans;
- Antécédent d'hépatite médicamenteuse;
- Cirrhose ou maladie évolutive du foie quelle qu'en soit la cause;
- Hépatite B ou C chronique avec augmentation des transaminases;
- Consommation quotidienne d'alcool ou prise d'un autre médicament hépatotoxique;
- Pendant la grossesse et les trois premiers mois après l'accouchement.

Il importe d'informer le patient du risque de toxicité et de lui demander de signaler les symptômes tels que la nausée, l'anorexie, une coloration foncée de l'urine ou un ictère. S'il présente ces symptômes, mais ne peut communiquer avec un membre du personnel soignant, il devrait cesser de prendre le traitement en attendant la consultation médicale.

L'INH ne devrait pas être administré si la concentration d'AST ou d'ALT dépasse de 5 fois la limite supérieure de la normale en l'absence de symptôme ou de 3 fois la limite supérieure de la normale en présence de symptômes.

## Annexe 1

### Conditions qui augmentent la probabilité d'une vraie ITL

- L'ampleur de la taille du TCT réalisé à la suite d'une exposition récente à un cas de tuberculose contagieuse ou le virage tuberculinique;
- Contagiosité élevée du cas<sup>11</sup>;
- Importance de l'exposition<sup>12</sup>: intense (ex. : faible volume d'air partagé, avoir chanté à côté du cas) ou exposition répétée et de longue durée (ex. : habiter avec le cas);
- L'absence de vaccination avec le BCG dans le passé (dans certaines situations, le test sérologique « TLIG » peut aider à mieux évaluer s'il s'agit d'une vraie ITL, car le résultat n'est pas influencé par une vaccination antérieure).

### Conditions qui augmentent les risques de développer une tuberculose active chez la personne qui fait une ITL

Traiter l'ITL à la suite d'un contact avec un cas de tuberculose réduit le risque de la personne de faire une tuberculose active maintenant ou plus tard dans sa vie. La présence et l'addition de certaines conditions rendent d'autant plus pertinent le traitement préventif :

- Une exposition récente à un cas de tuberculose contagieux;
- Vulnérabilité de la personne exposée : enfant de moins de cinq ans ou personne immunosupprimée (SIDA, infection au VIH, traitement immunosuppresseur, traitement par des glucocorticoïdes, etc.);
- Présence d'une condition qui favorise la progression vers une tuberculose active :
  - Silicose, granulome à la radiographie pulmonaire, maladie pulmonaire fibronodulaire;
  - Insuffisance rénale chronique nécessitant une hémodialyse;
  - Carcinome de la tête ou du cou;
  - Diabète;
  - Consommation abusive d'alcool;
  - Tabagisme (un paquet et plus par jour);
  - Insuffisance pondérale.

### Risque de survenue d'un problème hépatique à la suite du traitement préventif

La décision de prescrire la chimioprophylaxie est généralement prise lorsque le risque de progression vers la tuberculose active est supérieur au risque d'effets indésirables associés au traitement (hépatotoxicité du traitement à l'INH en fonction de l'âge et l'état de santé du patient). Les risques d'hépatotoxicité augmentent avec l'âge de la personne traitée et la présence ou non d'une atteinte hépatique. Lorsqu'un traitement préventif est prescrit, un suivi de la condition hépatique s'impose.

---

<sup>11</sup> L'évaluation de la contagiosité du cas de tuberculose est réalisée en tenant compte des résultats de frottis, de l'imagerie pulmonaire, du site de l'infection, de la présence de toux et du taux de positivité aux tests de dépistage réalisés auprès des contacts.

<sup>12</sup> « The initial bacterial load, inferred by severity of disease in an index case and the closeness of the contact, is directly associated with the risk of development of the disease. » (Getahun, Matteelli et autres. « Latent Mycobacterium tuberculosis Infection », The New England Journal of Medicine, vol. 372, no 22, 28 mai 2015.)

## **Annexe 2**

### **Autres schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement de l'ITL**

Voir Tableaux résumé des traitements dans les deux documents WEB suivants :

Canadian tuberculosis standards, 8e édition, Revue canadienne des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil Volume 6, 2022 Issue sup

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2039498>

Centers for Disease Control and Prevention. Treatment Regimens for Latent TB Infection, 2020, consulté en février 2023 <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/ltbi.htm>

## Références

- Agence de la santé publique du Canada, l'Association pulmonaire et Société canadienne de thoracologie (2013). [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse : 7<sup>e</sup> édition](#), Québec, Agence de la santé publique du Canada.
- Canadian tuberculosis standards, 8e édition, Revue canadienne des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil Volume 6, 2022 Issue sup 1 : <https://www.tandfonline.com/toc/ucts20/6/sup1>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). Guide d'intervention sur la tuberculose, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 139 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Protocole d'immunisation du Québec, Section sur le TCT, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/vaccins-et-test-cutane-a-la-tuberculine/>
- Menzies D. *Interpréter le TCT/TLIG(IGRA) en ligne : Version 3.0*, Consulté en août 2017, <http://www.tstin3d.com/fr/calc.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Treatment Regimens for Latent TB Infection, 2020, consulté en février 2023 <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/ltbi.htm>
- Getahun, Matteelli et autres. « Latent *Mycobacterium tuberculosis* Infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 22, 28 mai 2015
- Canadian tuberculosis standards, 8e édition, Revue canadienne des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil Volume 6, 2022 Issue sup1, Tuberculosis Preventive Treatment in Adults <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2039498>,
- Treatment Regimens for Latente TB Infection, Centers for Disease Control and Prevention, 2020 <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/ltbi.htm>
- Guide d'intervention pour la tuberculose, MSSS, 2017 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-05W.pdf>
- Menzies and al , Four Months of Rifampicin or Nine Mounths of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adult. *New England Journal of Medicine*, 379;5, August 2, 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/acces-drogues-circonstances-exceptionnelles/liste-drogues-utilisees-urgents-matiere-sante-publique.html>
- The initial bacterial load, inferred by severity of disease in an index case and the closeness of the contact, is directly associated with the risk of development of the disease. (Getahun, Matteelli et autres. « Latent *Mycobacterium tuberculosis* Infection », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, no 22, 28 mai 2015.)

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

[www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

