

Message de l'administratrice en cheffe de la santé publique

J'ai le plaisir de vous présenter mon rapport biennal, qui porte sur la tuberculose, une maladie évitable, traitable et guérissable. Bien que certains indicateurs montrent que nous faisons des progrès vers l'élimination de cette maladie au Nunavut, elle continue de toucher la population, les familles et les localités du territoire.

Le taux global de tuberculose active diminue lentement. La région du Qikiqtaaluk a enregistré une baisse significative des cas, tandis que la région du Kivalliq, elle, a connu une hausse qu'il faut surveiller. La plupart des cas de tuberculose active surviennent chez les personnes inuites adultes, surtout les hommes de 15 à 54 ans, et sont généralement détectés par recherche des contacts ou lorsque les personnes atteintes consultent pour leurs symptômes. Fait encourageant, le taux d'achèvement du traitement demeure élevé pour la tuberculose active et l'infection tuberculeuse, ce qui favorise la guérison des personnes atteintes et réduit le risque de transmission dans la communauté.

L'infection tuberculeuse, parfois appelée tuberculose latente ou quiescente, est généralement découverte par dépistage. Les méthodes actuelles fonctionnent bien pour les enfants, qui ont les taux de détection les plus élevés, mais il est probable que certaines infections chez les adultes et les jeunes passent inaperçues. Il est donc essentiel de poursuivre et d'étendre le dépistage pour prévenir de nouvelles épidémies et favoriser l'élimination de la tuberculose.

Le présent rapport donne un aperçu de la situation de la tuberculose au Nunavut, y compris le contexte historique et l'épidémiologie actuelle, ainsi que de la structure et des fonctions principales du Programme de lutte contre la tuberculose au Nunavut. Il met en évidence les progrès réalisés grâce au dépistage intensif, à l'amélioration de la capacité de diagnostic et au renforcement de la lutte contre les éclosions. Il fait aussi ressortir que la prévention et les soins continus et quotidiens sont essentiels si l'on veut réduire la transmission.

Au Nunavut, la tuberculose ne peut être comprise sans tenir compte des déterminants sociaux plus larges qui influent sur la santé, notamment le logement et la sécurité alimentaire. La lutte contre la tuberculose nécessite une approche pangouvernementale et sociétale qui soutient les solutions inuites et favorise l'équité, la réconciliation et le bien-être collectif.

Les partenariats demeurent au cœur de ces avancées. La collaboration avec les organisations inuites, les chefs locaux, les partenaires fédéraux, les chercheurs et les travailleurs de la santé de première ligne continue d'améliorer la prévention de la tuberculose et les soins. Ensemble, nous établissons une base solide pour une action soutenue vers l'élimination de cette maladie.

En travaillant de pair avec les localités et en nous inspirant de ce qui fonctionne déjà bien, nous pouvons continuer à progresser jusqu'à ce que la tuberculose ne nuise plus à la santé et au bien-être des Nunavummiuts.

Cordialement,



D^{re} Ekuà Agyemang
Administratrice en cheffe de la santé publique
Ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut

Résumé

Ce rapport biennal de l'administratrice en cheffe de la santé publique donne un état des lieux des cas de tuberculose au Nunavut et présente les principales considérations de santé publique à prendre en compte pour prévenir et contrôler la tuberculose dans le territoire ainsi que prévoir les soins. Préparé conformément à la Loi sur la santé publique du Nunavut, le rapport s'appuie sur des données de surveillance, de l'information sur les programmes et les observations des localités et des partenaires pour éclairer la prise de décision et renforcer l'action en santé publique.

La tuberculose continue d'avoir des répercussions disproportionnées au Nunavut. Bien qu'elle soit évitable, traitable et guérissable, elle reste un problème de santé publique persistant influencé par des facteurs historiques, sociaux et environnementaux. Le rapport explique le contexte historique de la tuberculose dans le territoire, l'épidémiologie actuelle de la tuberculose active et de l'infection tuberculeuse, ainsi que les tendances récentes observées dans les activités de surveillance et de lutte contre les éclosions.

Il couvre la structure et les fonctions principales du Programme de lutte contre la tuberculose du Nunavut, notamment le dépistage, le diagnostic, le traitement, la recherche des contacts et le suivi. Il décrit les progrès réalisés grâce au dépistage intensif et à la gestion des éclosions, mais insiste sur le fait que la lutte contre les éclosions ne suffit pas à elle seule à éliminer la tuberculose. La prévention et les soins quotidiens et continus sont essentiels si l'on veut réduire la transmission et éviter les poussées actives.

Les principaux déterminants sociaux du risque de tuberculose au Nunavut sont analysés, notamment le surpeuplement des logements, l'insécurité alimentaire et les iniquités systémiques et historiques plus générales. Ces déterminants montrent la nécessité d'avoir une approche pangouvernementale et sociétale qui ne se limite pas au secteur de la santé si l'on veut éliminer les causes sous-jacentes de la maladie. Le rapport indique où il faut renforcer en priorité le Programme de lutte contre la tuberculose : dépistage précoce et traitement préventif, soins adaptés à la culture et tenant compte des traumatismes, formation continue des professionnels de la santé et du public, engagement communautaire et initiatives locales, et amélioration des infrastructures et des capacités logistiques pour accélérer le diagnostic et le traitement dans les régions éloignées.

Les partenariats sont jugés essentiels pour éliminer la tuberculose. La collaboration avec les organisations inuites, les chefs locaux, les partenaires fédéraux, les chercheurs et les organisations non gouvernementales a été déterminante pour les efforts de prévention de la tuberculose et de lutte contre la maladie. La poursuite de l'engagement, de la coordination et du partage des responsabilités sera cruciale pour réduire à long terme le nombre de cas et améliorer la santé des Nunavummiuts.

Introduction

Le rapport biennal de l'administratrice en cheffe de la santé publique, qui est une exigence de la Loi sur la santé publique du Nunavut, donne un aperçu de la santé des Nunavummiuts. Le présent rapport porte sur la tuberculose, un problème de santé publique continu dont les répercussions, passées et actuelles, sont importantes pour la population, les familles et les localités du Nunavut.

La tuberculose est une maladie infectieuse traitable et guérissable causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Elle peut prendre deux formes :

- L'infection tuberculeuse : les bacilles ont pénétré l'organisme (généralement par les poumons), mais restent inactifs. Bien que les personnes infectées n'aient aucun symptôme et ne soient pas contagieuses, elles pourraient éventuellement être atteintes d'une tuberculose active. Ce type de tuberculose est aussi parfois appelé « tuberculose latente ou quiescente ».
- La tuberculose active : les bacilles se propagent dans le corps; la personne tombe malade. Généralement, la maladie touche d'abord les poumons, mais peut s'étendre à d'autres parties du corps. Les symptômes peuvent inclure une toux qui dure 2 à 3 semaines, des crachats de sang, des sueurs nocturnes, des douleurs thoraciques, des faiblesses ou une fatigue, et une perte de poids. La tuberculose se transmet par voie aérienne lorsqu'une personne atteinte tousse, éternue, chante ou parle.

L'infection tuberculeuse et la tuberculose active peuvent être traitées par antibiotiques. Sans traitement, une infection tuberculeuse peut se transformer en tuberculose active. Une tuberculose active non traitée devient progressivement plus infectieuse et peut mener à des formes plus graves de la maladie, qui nécessitent une hospitalisation et peuvent même causer la mort.

Le présent rapport s'inscrit dans l'engagement pris par le gouvernement du Canada et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) en 2018, soit éliminer d'ici 2030 la tuberculose dans l'Inuit Nunangat¹, ainsi que dans le plan d'action 2020-2023 pour l'élimination de la tuberculose au Nunavut chapeauté par la Nunavut Tunngavik Incorporated².

Il arrive à point nommé, vu la publication du document *Réponse du gouvernement du Canada contre la tuberculose (2025): vers l'élimination de la tuberculose*, qui jette les bases d'une collaboration continue dans cette optique³.

Le rapport commence par un bref historique de la tuberculose au Nunavut, suivi d'une description du Programme de lutte contre la tuberculose, d'information sur les personnes atteintes de tuberculose active ou d'une infection tuberculeuse, d'un résumé des activités récentes de dépistage et d'un aperçu des déterminants sociaux de la maladie, et se termine avec un plan d'action soulignant où il est possible d'améliorer davantage les soins, le contrôle et la prévention en lien avec la tuberculose par des partenariats. Dans tout le rapport, chaque fois qu'ils sont disponibles, les facteurs contextuels du Nunavut sont mis en évidence et traités en relation avec les résultats cliniques de la tuberculose et sa gestion par les responsables de la santé publique dans le territoire.

Bref historique de la tuberculose au Nunavut

Dans le Nord, la présence de la tuberculose ne date pas d'hier. Le contact avec les colons et les explorateurs européens, dont certains étaient atteints de tuberculose, a entraîné une augmentation vertigineuse des cas. Au début des années 1900, la tuberculose était un problème de santé majeur au Canada et l'une des principales causes de décès, à tel point qu'en 1926, un décès sur 14 y était attribuable au pays⁴. Elle a atteint des sommets dans l'Arctique canadien entre les années 1940 et 1960, lorsqu'une personne inuite sur trois était infectée, soit le taux le plus élevé au monde⁵.

La première mesure de lutte contre la tuberculose a été la création de plus de 100 unités spéciales pour lutter contre la maladie dans les hôpitaux et sanatoriums du sud du Canada.⁶ Avant l'arrivée des traitements antimicrobiens, ces unités offraient isolement, repos, air frais et régime alimentaire nutritif. Les cas de tuberculose étaient détectés par dépistage de masse au moyen d'une radiographie thoracique. Le navire médical, C. D. Howe, équipé d'appareils à rayons X, se rendait chaque été dans les villages inuits de l'est de l'Arctique pour un dépistage et transportait les personnes atteintes dans le sud, pour leur rétablissement. Beaucoup de personnes inuites ayant fait ce long voyage, souvent contre leur gré, ont été séparées pendant des années de leur famille et de leur culture. Une sur sept a fini dans un sanatorium. Si beaucoup sont par la suite rentrées chez elles, un grand nombre n'a jamais pu le faire. Cela a causé des traumatismes profonds à maints Nunavummiuts.

N'oublions pas que cette mesure est intervenue dans un contexte où le mode de vie traditionnel des Inuits subissait d'importants changements sociétaux, comme le déplacement forcé ou contraint depuis leurs terres vers des établissements permanents et la mise en place des pensionnats. Les établissements permanents ont également conduit à la création de centres de soins communautaires dans le Nord, qui ont contribué à la lutte contre la tuberculose pendant des décennies.

À partir de la fin des années 1940, le traitement antimicrobien de la tuberculose a été progressivement offert au Canada. La durée des séjours à l'hôpital a raccourci et le nombre de cas a commencé à chuter au pays. Pour les Inuits, l'hospitalisation dans le sud demeurait nécessaire pour recevoir un traitement antibiotique, lequel est devenu disponible dans les hôpitaux du nord dans les années 1970⁵.

Trois mesures ont été mises en place pour lutter contre la tuberculose à partir des années 1960 :

- 1) la vaccination systématique par le BCG (Bacille Calmette-Guérin) pour prévenir les formes graves chez les nourrissons et les jeunes enfants;
- 2) le dépistage de masse, d'abord par radiographie, dans les postes de soins infirmiers locaux et, plus tard, par analyse bactériologique des expectorations, le traitement antibiotique supervisé des personnes atteintes de tuberculose dans les hôpitaux et la recherche des contacts à l'échelle locale;
- 3) le dépistage de masse à l'aide du test cutané à la tuberculine et le traitement antibiotique des personnes atteintes à l'échelle locale.

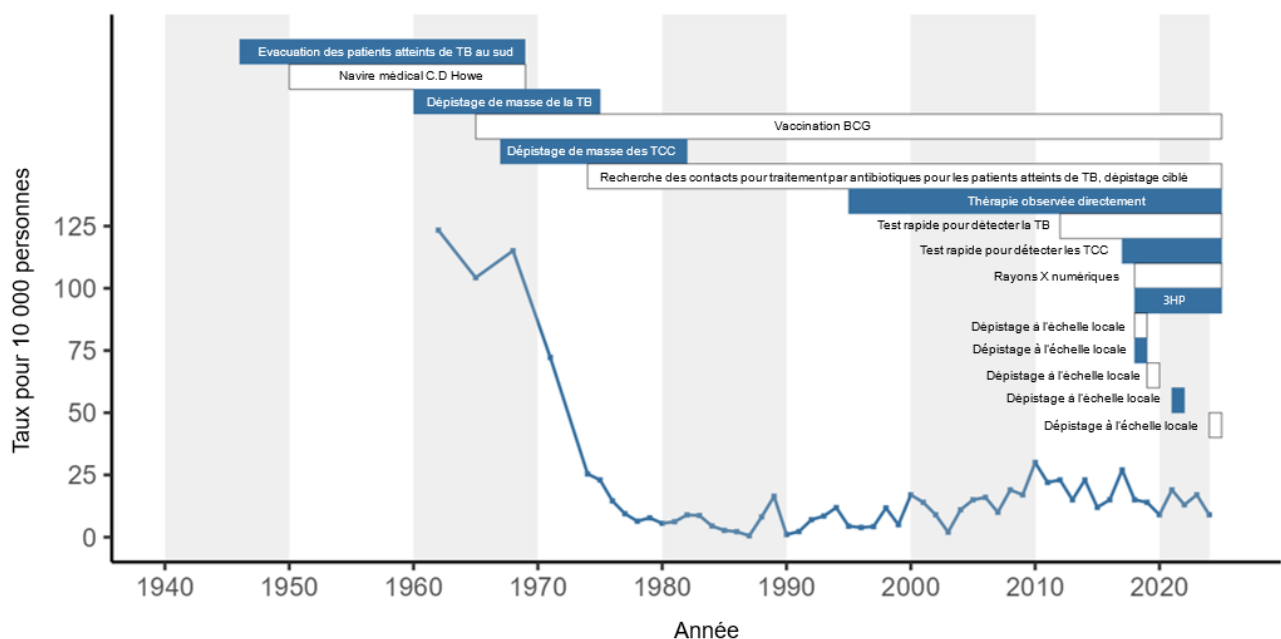
On a observé un déclin record, puisque le taux d'incidence a chuté de 90 % en 15 ans⁷. Le dépistage de masse de la tuberculose active et de l'infection tuberculeuse a donc été abandonné au début des années 1980, pour ne conserver qu'un programme de base, essentiellement réactif, de lutte contre la maladie.

Depuis les années 1980, le taux de prévalence a augmenté lentement. Le Nunavut a connu des éclosons périodiques dans une ou deux localités à la fois. Au minimum, les efforts visant à contenir la propagation ont pu inclure la recherche des contacts et le traitement des personnes atteintes. Le dépistage ciblé ou intermittent, notamment en milieu scolaire, dépendait de la disponibilité du personnel de santé. Depuis 2018, la lutte s'est intensifiée dans plusieurs localités touchées par une écloson par le dépistage de presque tous leurs résidents. D'importants progrès ont été réalisés dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose au Nunavut, par exemple la disponibilité d'un appareil à rayons X numérique dans tous les centres de santé communautaires ainsi que la réalisation de tests diagnostiques rapides de la tuberculose active (test d'expectoration) et de tests diagnostiques rapides de l'infection tuberculeuse (test sanguin) dans les laboratoires régionaux d'Iqaluit et de Rankin Inlet^{8,9}. Une nouvelle option de traitement de l'infection tuberculeuse par antibiotique de courte durée à 12 doses (programme de vaccination au 3HP) a été déployée en 2018¹⁰.

L'histoire de la tuberculose dans le Nord démontre qu'il faut adapter les mesures de lutte contre la maladie au niveau d'incidence, aux valeurs culturelles inuites et aux réalités, comme le système de soins de santé et les conditions de vie nordiques.

Le dépistage de masse était justifié et efficace lorsque l'incidence était aussi élevée qu'elle l'était dans les années 1940 à 1960. Actuellement, elle n'est plus aussi élevée, mais des éclosons périodiques laissent un grand nombre de personnes infectées non traitées. Pour éviter que des flambées se transforment en éclosons et pour éliminer la maladie, les efforts actuels de lutte doivent être efficaces et pouvoir durer des décennies. On ne pourra baisser la garde qu'après l'amélioration des déterminants sociaux de la santé au Nunavut, comme on a pu le voir dans d'autres régions développées du monde.

Figure 1 : Taux de notification de la tuberculose avec une chronologie des principaux efforts de lutte contre la maladie de 1946 à 2024^{5,8-17}. TBA : tuberculose active, BCG : Bacillus Calmette-Guérin, IT : infection tuberculeuse, 3HP : traitement de courte durée l'infection tuberculeuse, DP : dépistage auprès de la population



Soins aux personnes atteintes de la tuberculose au Nunavut

Le ministère de la Santé a un Programme de lutte contre la tuberculose qui oriente et coordonne les activités de prévention, de surveillance, de mobilisation des connaissances, de soins et de lutte en lien avec la maladie dans le territoire. Chapeauté par le Bureau de l'administratrice en cheffe de la santé publique, ce travail fait intervenir diverses équipes du ministère et s'inspire des valeurs sociétales inuites, de la Loi sur la santé publique du Nunavut, des règlements sur les maladies transmissibles, des normes canadiennes sur la tuberculose, des priorités définies dans les partenariats avec la Nunavut Tunngavik Incorporated (NTI) et des meilleures données probantes disponibles.

Beaucoup de partenaires participent aux efforts déployés pour éliminer la tuberculose au Nunavut, notamment les hameaux, les organisations inuites, le gouvernement fédéral et les chercheurs. Les principales actions de santé publique entreprises entre 2020 et 2023 ont été éclairées par le plan d'action pour l'élimination de la tuberculose au Nunavut 2020-2023, lequel découle d'une collaboration entre la NTI et le gouvernement du Nunavut (pour en savoir plus, voir la section sur le dépistage de la tuberculose auprès de la population).

La gestion de la tuberculose au Nunavut comprend :

- le dépistage et les soins des personnes atteintes de tuberculose active et d'une infection tuberculeuse;
- la recherche de contacts et des foyers d'éclosion;
- un programme de vaccination par BCG;
- un programme de dépistage systématique de la tuberculose à l'école;
- des interventions de santé publique limitées dans le temps, comme des dépistages ciblés ou auprès de la population;
- la collecte, l'analyse et la communication de données sur la tuberculose (surveillance) pour éclairer les politiques et les interventions;
- la surveillance et l'évaluation du programme;
- la mise à jour des guides sur la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte contre la maladie pour refléter les pratiques exemplaires en vigueur et les réalités du Nunavut;
- une éducation publique sur la tuberculose adaptée à la culture et aux localités;
- l'offre d'une formation sur la tuberculose aux fournisseurs de soins de santé;
- du soutien à la recherche sur la tuberculose;
- le renforcement des capacités de diagnostic.

Le maintien de la continuité et de la cohérence des activités de prévention, de soins et de lutte contre la tuberculose en contexte de rotation et de pénuries de personnel dans les localités sont des défis constants. Beaucoup de professionnels de la santé sont de passage et ne sont pas originaires du Nunavut. Par conséquent, la connaissance de la gestion de la tuberculose au Nunavut peut varier. En outre, gagner la confiance des personnes et localités peut être difficile sans stabilité du personnel de santé de première ligne. Cela est particulièrement vrai pour la tuberculose, puisque les pratiques coloniales qui ont caractérisé les soins par le passé, la méfiance, la stigmatisation et la crainte sont des défis qui peuvent empêcher les gens d'obtenir des soins de santé rapidement.

Par conséquent, l'intégration et la formation continue, y compris la formation à la bienveillance culturelle, pour tout le personnel, sont essentielles pour que le personnel de la santé soit bien préparé à prévenir et à lutter contre la tuberculose au Nunavut, ainsi qu'à offrir les soins connexes.

En outre, l'amélioration des capacités de diagnostic de la maladie dans le territoire pose des problèmes logistiques. Par exemple, un test sanguin de dépistage doit être traité en laboratoire dans les 8 à 32 heures suivant le prélèvement et n'est donc généralement pas envisageable pour les localités dans lesquelles ne sont offerts qu'un ou deux vols par semaine.

La gestion de la tuberculose peut être lourde pour les personnes, les familles, les localités et le système de santé. L'isolement obligatoire des personnes atteintes de tuberculose active, les tests de routine, les médicaments quotidiens prescrits pendant 4 à 18 mois et les hospitalisations en vue de soins spécialisés sont essentiels à une guérison complète. Certaines personnes sont aussi confrontées à d'autres problèmes urgents lorsqu'elles reçoivent un diagnostic de tuberculose. Le surpeuplement des logements, l'insécurité alimentaire et la toxicomanie peuvent retarder l'obtention de soins lorsque les personnes présentent des symptômes ou rendre difficile le respect de l'isolement ou d'un traitement quotidien. Le manque d'observance peut avoir des conséquences graves : formes sévères de la maladie, rétablissement plus lent ou même résistance aux médicaments. Le risque de propagation devient également important.

Pour soutenir et motiver les gens à poursuivre leur traitement, deux types de soutien social sont intégrés aux soins de la tuberculose, à savoir des incitations et des outils habilitants. Les incitations sont des récompenses. Il peut s'agir de certificats ou de bons d'achat dans des magasins locaux, de minutes de téléphonie cellulaire, d'articles de bricolage ou de jouets, d'articles ménagers ou de soins personnels. Les outils habilitants peuvent réduire les obstacles à l'achèvement du traitement. Il peut s'agir de bons de taxi ou d'essence, de collecte d'échantillons de laboratoire au domicile de la personne, de l'administration des médicaments contre la tuberculose à domicile avec une collation et une boisson saines, et d'aide pour obtenir d'autres services, notamment une aide alimentaire ou au logement. L'organisation de soutien social pour les personnes atteintes de tuberculose est une tâche complexe et exigeante en ressources pour les équipes de santé publique à elles seules. C'est pourquoi les programmes de soutien social élaborés en partenariat, comme le programme de paniers alimentaires de la NTI, sont essentiels pour garantir un rétablissement complet des personnes infectées.

La tuberculose active au Nunavut

La collecte, l'analyse et l'interprétation continues des données sur la tuberculose sont cruciales pour orienter le Programme, les politiques et les services. Cette section résume les tendances observées dans le temps au Nunavut chez les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose active qui ont été traitées.

Depuis 1999, le nombre de cas de tuberculose active est passé de moins de 10 à plus de 100 par an.

Les taux, plutôt que le nombre de cas de tuberculose active, sont plus facilement comparables d'une année à l'autre ou d'une population à l'autre. Le taux correspond au nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose active par 100 000 habitants (figure 2). Le taux territorial de tuberculose active entre 1999 et 2024 se situe entre 24 et 303 cas par 100 000 habitants. Certaines années, une ou deux localités connaissent des éclosions importantes. L'apparition d'une éclosion dans une localité débouche sur une augmentation soudaine du taux territorial. Par exemple, l'éclosion de 2017 a fait augmenter de près de 50 % le nombre de cas par rapport à l'année précédente et de 80 % le taux d'incidence.

Faits saillants

- Le taux territorial global de tuberculose active diminue lentement.
- Le taux de tuberculose active est en baisse dans la région du Qikiqtaaluk et en hausse dans la région de Kivalliq.
- Les hommes adultes ont un taux de tuberculose active plus élevé que celui des femmes adultes et des enfants. La plupart des cas touchent le groupe d'âge des 15 à 54 ans.
- La grande majorité des cas de tuberculose sont diagnostiqués chez les Inuits.
- La tuberculose pulmonaire est le type le plus courant.
- La plupart des cas sont diagnostiqués par la recherche des contacts et lorsque les personnes présentant des symptômes consultent un médecin.
- Le taux d'achèvement du traitement est élevé parmi les personnes atteintes de tuberculose active.

Figure 2 : Cas de tuberculose active (colonnes orange) et taux (courbe bleue) au Nunavut, 1999 à 2024.

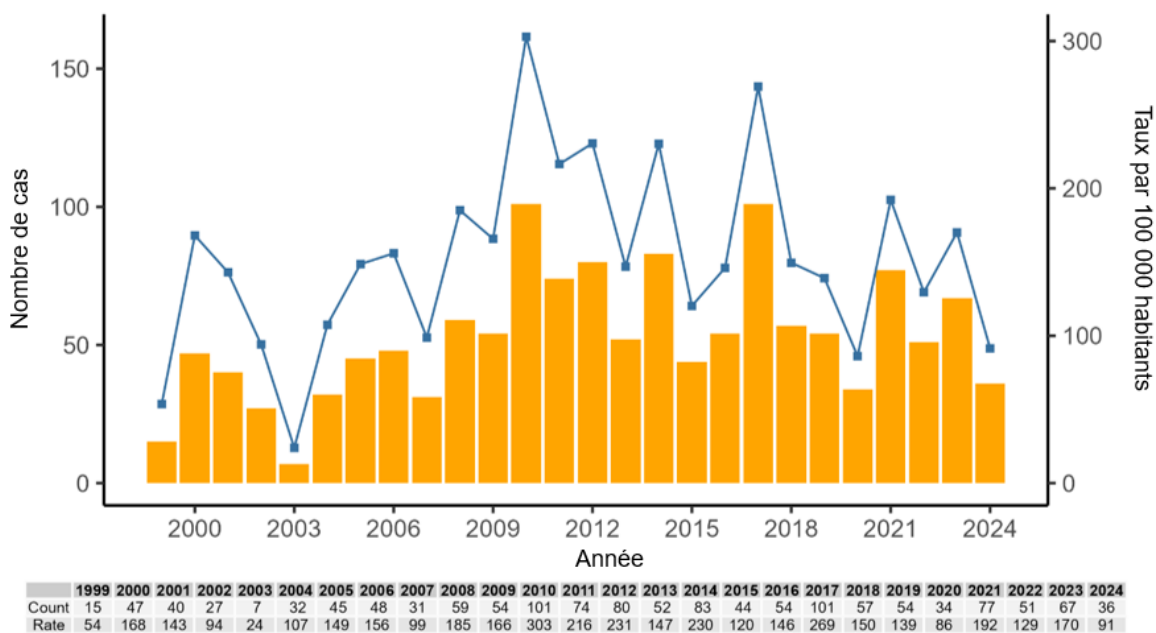
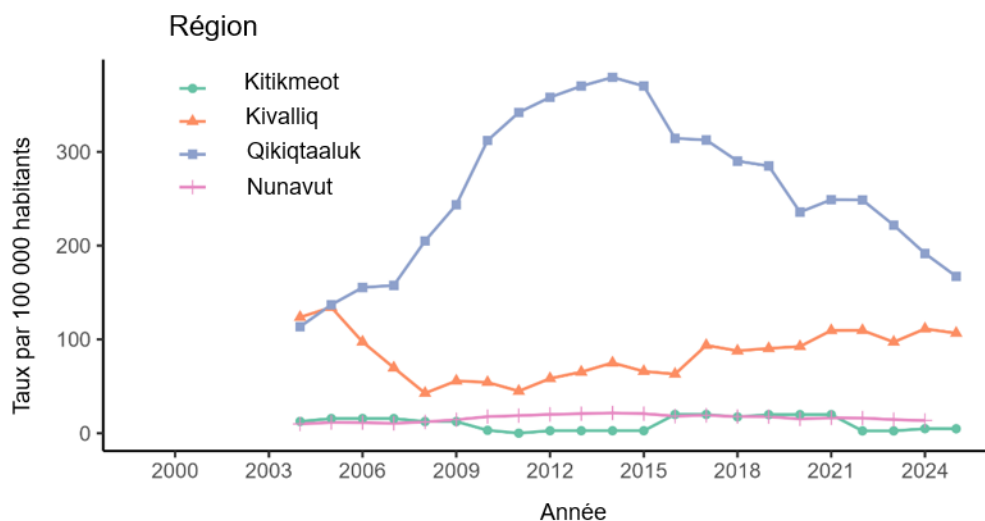


Figure 3 : Moyenne sur 5 ans du taux de tuberculose active au Nunavut et dans les trois régions.

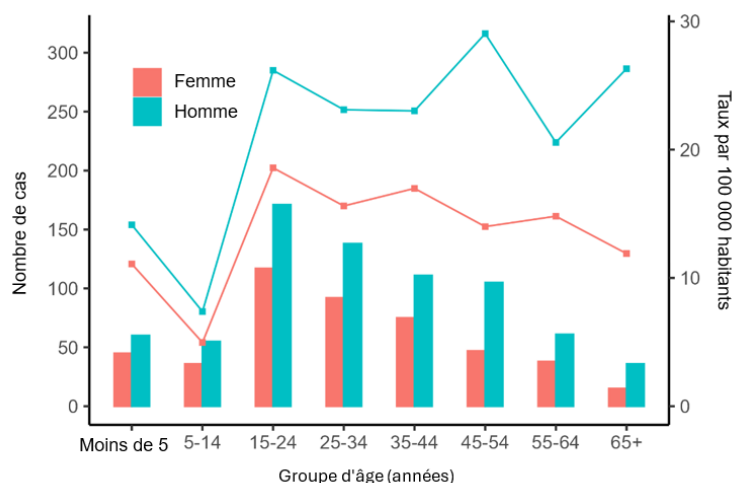


Malgré des fluctuations d’une année sur l’autre, le taux global de tuberculose active dans le territoire montre une lente diminution depuis 2015 (figure 3). La plupart des cas de tuberculose active (80 %) proviennent de la région du Qikiqtaaluk, qui enregistre aussi le taux le plus élevé des trois régions, malgré un recul depuis 2015. En revanche, le taux dans la région de Kivalliq augmente lentement. Celui de la région de Kitikmeot a été le plus bas de tous.

Près de 85 % de la population du Nunavut est inuite, et près de 99 % des cas de tuberculose active sont diagnostiqués chez cette population. Bien que la tuberculose puisse toucher n’importe quelle partie du corps, le type de tuberculose le plus courant au Nunavut est la tuberculose pulmonaire (92 %).

La figure 4 montre le nombre de cas de tuberculose active et les taux de 2005 à 2024 par sexes et par groupes d’âge. La tuberculose active est diagnostiquée dans tous les groupes d’âge. La plupart des cas (70 %) sont signalés dans le groupe d’âge 15 à 54 ans (l’âge médian est 30 ans). La plupart des cas de tuberculose active (60 %) visent des hommes, et dans tous les groupes d’âge, plus d’hommes sont atteints que de femmes. Le taux le plus élevé de tuberculose active est enregistré chez les hommes de 45 à 54 ans. Les taux les plus élevés sont ensuite observés chez les hommes de 15 à 44 ans et de 65 ans et plus. Les taux sont très similaires entre les deux genres chez les enfants. Les hommes adultes ont un taux de tuberculose active

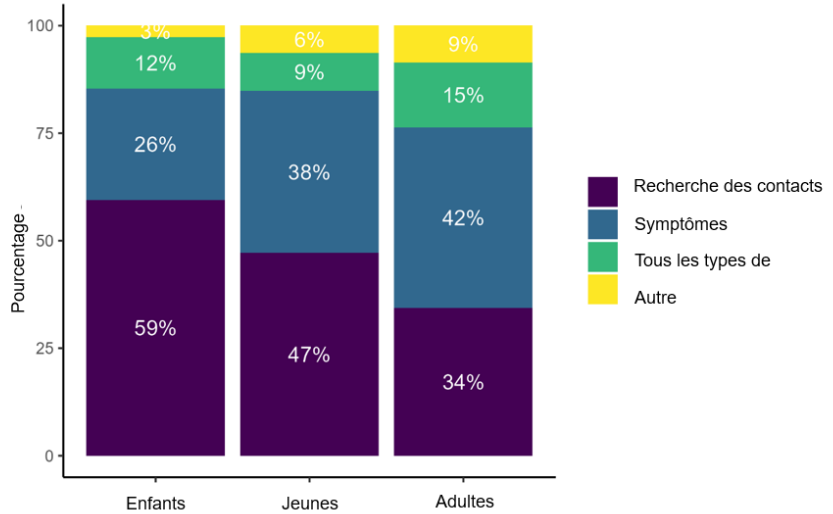
Figure 4 : Cas de tuberculose active (colonnes) et taux (courbes) par groupes d’âge et par sexes au Nunavut, 2005 à 2024



plus élevé que les femmes adultes et les jeunes. Cette tendance n'a pas beaucoup changé dans les cinq dernières années.

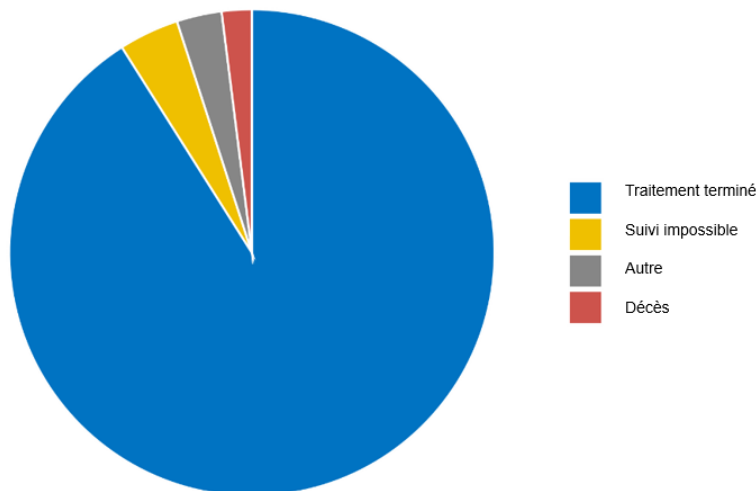
En général, la détection de la tuberculose chez les enfants et les jeunes se fait principalement par le dépistage systématique des personnes ayant été en contact étroit avec un cas actif. Par contre, chez les adultes, la plupart des cas (42 %) sont diagnostiqués par l'observation des symptômes de la tuberculose par un prestataire de soins de santé. Tous les types de dépistage, qu'on parle du dépistage auprès de la population ou du dépistage dans le cadre d'un emploi (personnel des mines, centres de santé, centres de soins de longue durée, etc.), contribuent à la détection de 9 à 15 % des cas, selon le groupe d'âge. Les cas restants peuvent être entre autres trouvés par découvertes fortuites, comme un diagnostic inattendu de la tuberculose durant un examen médical pour un autre motif (figure 5).

Figure 5 : Méthode de détection des cas de tuberculose active par groupes d'âge au Nunavut, 2005 à 2024. Enfants : < 15 ans; jeunes : 15 à 24 ans; adultes : 25 ans et plus.



La grande majorité des cas de tuberculose active (91 %) ont été traités avec succès. Moins de 4 % des cas actifs ont été perdus de vue avant la fin du traitement. Environ 3 % des cas actifs sont décédés avant la fin du traitement, mais ces décès n'avaient pas tous été causés par la tuberculose. Quant aux résultats autres, ils peuvent comprendre, par exemple, l'interruption du traitement en raison d'une mauvaise observance ou d'effets indésirables (figure 6).

Figure 6 : Issues thérapeutiques des cas de tuberculose active au Nunavut, 2005 à 2024



Infections tuberculeuses au Nunavut

Cette section résume les données sur les infections tuberculeuses nouvellement détectées, qu'on appelle aussi tuberculose latente ou quiescente. Les données présentées ici sont recueillies depuis 2020, année de début de la déclaration au Nunavut.

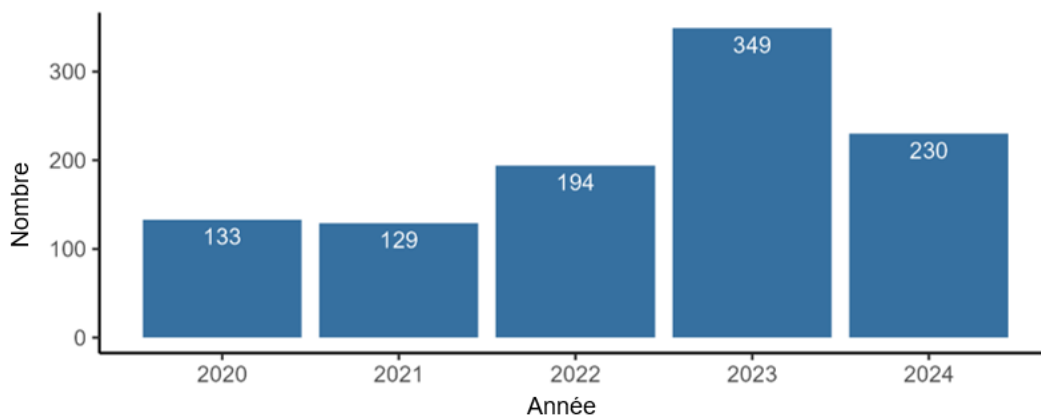
Les personnes qui présentent une infection tuberculeuse n'ont aucun symptôme et ne sont pas contagieuses. Il est toutefois important de les traiter, car l'infection pourrait progresser vers la tuberculose active. Le dépistage des infections tuberculeuses se fait par la recherche des contacts d'une personne atteinte de tuberculose active, ou encore par des approches de dépistage ciblant les enfants d'âge scolaire, les travailleurs à risque ou d'autres groupes vulnérables.

Faits saillants

- Les infections tuberculeuses (latentes) sont asymptomatiques; leur diagnostic passe donc par des approches de dépistage.
- La plupart sont dépistées dans la région du Qikiqtaaluk.
- Le taux de détection de l'infection tuberculeuse est plus élevé chez les enfants que chez les jeunes ou les adultes.
- Les approches de dépistage actuellement en place sont plus susceptibles de diagnostiquer des infections tuberculeuses chez les enfants que dans les autres groupes.
- Il est donc probable que des infections tuberculeuses non détectées soient présentes chez les adultes et les jeunes.
- Le taux de succès du traitement des infections tuberculeuses nouvellement détectées est élevé.

De 2020 à 2024, on a recensé entre 130 et 350 nouvelles infections tuberculeuses par année (figure 7). On s'attend à ce que le nombre d'infections tuberculeuses nouvellement détectées augmente en fonction de l'intensité des efforts de dépistage, qui sont généralement plus importants lorsque de nouveaux cas de tuberculose active sont détectés dans une localité. Un dépistage intensif a eu lieu en 2023 et 2024 à trois endroits (Pangnirtung, Pond Inlet, Nauyasat), ce qui a contribué à la détection d'un nombre plus élevé d'infections tuberculeuses ces deux années.

Figure 7 : Infections tuberculeuses nouvellement détectées au Nunavut, 2020 à 2024

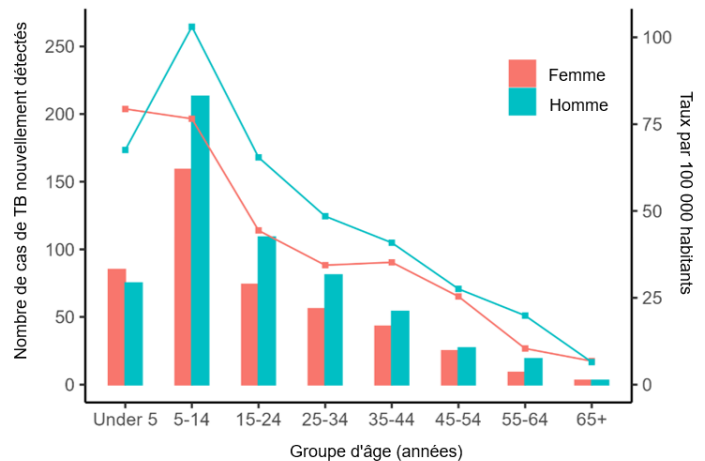


La plupart des cas d'infection tuberculeuse signalés (60 %) proviennent de la région du Qikiqtaaluk, qui enregistre aussi le taux le plus élevé de cas de tuberculose active. Les infections restantes ont été dépistées dans les régions du Kivalliq (38 %) et du Kitikmeot (2 %).

Plus de 80 % des personnes atteintes d'une infection tuberculeuse nouvellement détectée ont mené leur traitement à terme, 10 % l'ont interrompu en cours de route, et 10 % n'ont jamais commencé de traitement ou leur dossier de traitement était incomplet.

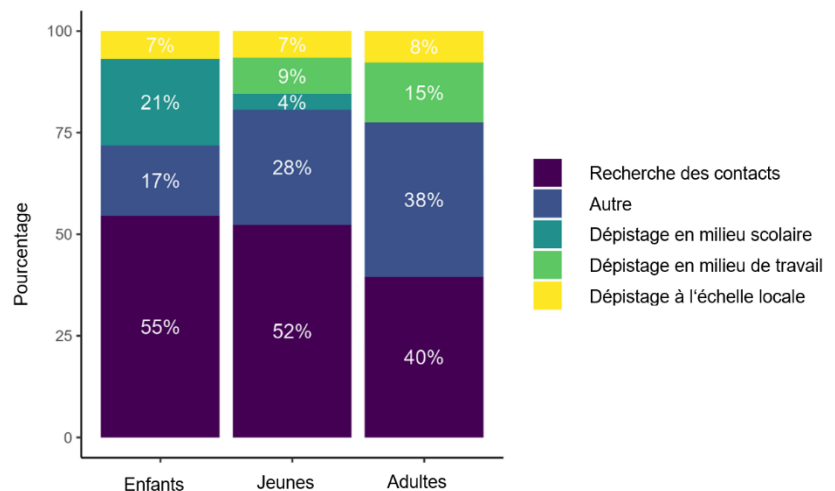
Environ 55 % des infections tuberculeuses ont été diagnostiquées chez des sujets de sexe masculin. Dans l'ensemble, les infections tuberculeuses sont diagnostiquées plus souvent chez les enfants de moins de 15 ans (48 %) que chez les jeunes de 15 à 24 ans (17 %) ou les adultes de 25 ans et plus (34 %). À noter que c'est le taux de *détection* de l'infection tuberculeuse – et non le taux réel – qui est plus élevé chez les enfants que chez les jeunes ou les adultes (figure 8). Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants sont plus susceptibles que les autres groupes de faire l'objet d'un dépistage. Par exemple, compte tenu de la répartition des âges dans un ménage type au Nunavut, lorsqu'on procède à la recherche des contacts d'un cas de tuberculose active, le nombre d'enfants nommés sera généralement plus élevé que le nombre d'adultes. De plus, le dépistage scolaire contribue à détecter les infections tuberculeuses dans les groupes sociaux des enfants. Par ailleurs, la recherche des contacts étroits d'un adulte en dehors du ménage peut souvent être incomplète.

Figure 8 : Nombre d'infections tuberculeuses (colonnes) et taux de détection (courbes) par groupes d'âge au Nunavut, 2020 à 2024



Plus de la moitié des infections tuberculeuses chez les adultes sont détectées par des moyens autres que la recherche des contacts, dont le dépistage des groupes à risque élevé, le dépistage dans le cadre d'un emploi, les découvertes fortuites ainsi que les demandes actives de dépistage de la tuberculose (figure 9). En résumé, les infections tuberculeuses non détectées sont probablement relativement plus nombreuses chez les adultes et les jeunes que chez les enfants.

Figure 9 : Méthode de détection des cas d'infection tuberculeuse par groupes d'âge au Nunavut, 2020 à 2024. Enfants : < 15 ans; jeunes : 15 à 24 ans; adultes : 25 ans et plus.



Dépistage de la tuberculose auprès de la population, 2022 à 2024

Le dépistage intensif de la tuberculose est un mécanisme important de la lutte contre cette maladie au Nunavut. Le dépistage sert à détecter et à traiter les cas actifs à un stade précoce de la maladie, avant que la personne ne devienne gravement malade ou très contagieuse. Il contribue également à repérer et à traiter les infections tuberculeuses latentes ou « quiescentes », qui pourraient devenir des cas de tuberculose active plus tard dans la vie.

Le dépistage de masse, dont le dépistage auprès de la population, peut être nécessaire lorsque les mesures existantes comme le dépistage des contacts ou des groupes à risque élevé semblent insuffisantes pour stopper la propagation de la tuberculose. L'objectif des cliniques de dépistage auprès de la population est d'évaluer le plus de personnes possible dans une localité pour déterminer si elles sont atteintes de la tuberculose. Depuis 2018, de telles cliniques ont été mises en place dans six localités du Nunavut : Qikiqtarjuaq (2018), Whale Cove (2018), Kinngait (2019), Pangnirtung (2023), Naujaat (2024) et Arviat (2025, toujours en cours). À Pangnirtung et à Naujaat, ces cliniques ont été organisées pour lutter contre des éclosions de tuberculose; les résultats se trouvent dans le tableau 1.

Tableau 1 : Sommaire des campagnes de dépistage de la tuberculose (TB) menées entre 2022 et 2024

Localité	Population totale	Population à contacter	Durée de la campagne	Pourcentage de dépistage de la population cible (%)	Diagnostics de TB durant la campagne	
					TB active	TB latente
Pangnirtung	1 600	1 200	12 semaines	96 %	6	69
Naujaat	1 450	1 000	6 semaines	89 %	< 5	24

Les cliniques de dépistage s'appuient sur l'information contenue dans le plan d'action de 2020-2023 pour l'élimination de la tuberculose au Nunavut² et sur de nombreux partenariats avec des hameaux, des équipes du GN, la NTI, des organismes fédéraux (ASPC, LNM, SAC) et la CRC (tableau 2)*.

Tableau 2 : Sommaire des partenaires des campagnes de dépistage auprès de la population et leurs rôles, 2022 à 2024

Partenaire*	Rôle dans la campagne
Hameau	Espace pour la clinique; conseils sur le point de vue local pour éclairer la planification et la mise en œuvre des cliniques de dépistage; partenariat dans les activités d'engagement communautaire
NTI	Financement; conseils sur l'incorporation du <i>qaujimaqatunqit</i> inuit pour éclairer la planification et la mise en œuvre des cliniques de dépistage; formation sur la protection de la culture pour le personnel des cliniques; partenariat dans les activités d'engagement communautaire
ASPC	Soutien technique et au personnel : épidémiologie, diagnostic de laboratoire, opérations et logistique
LNM	Soutien technique et au personnel : diagnostic de laboratoire
SAC	Financement; soutien technique et au personnel : soins infirmiers et logistique
CRC	Soutien technique et au personnel : opérations et logistique

* GN = gouvernement du Nunavut; NTI = Nunavut Tunngavik Incorporated; ASPC = Agence de santé publique du Canada; LNM = Laboratoire national de microbiologie; SAC = Services aux Autochtones Canada; CRC = Croix-Rouge canadienne.

Ministère de la Santé du Nunavut	Coordination et administration générales; personnel clinique; gestion par les services de santé publique des cas et des contacts; communications; achat de fournitures; infrastructure de TI
----------------------------------	--

L'un des facteurs de succès les plus importants d'une campagne de dépistage auprès de la population est la collaboration avec le hameau, la population et les organisations inuites pour la conception conjointe et la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé et d'engagement de la communauté en contexte de tuberculose. Bien que la promotion de la santé à l'échelle du territoire fasse déjà partie du programme général de lutte contre la tuberculose, les activités de promotion de la santé liées à la campagne de dépistage auprès de la population doivent être adaptées à la localité, et l'engagement communautaire doit être plus important. La campagne de dépistage est déterminante pour améliorer la compréhension, réduire la stigmatisation et renforcer la cohésion sociale autour de la lutte contre la tuberculose.

Voici une liste non exhaustive d'activités de promotion de la santé et d'engagement communautaire liées au dépistage auprès de la population :

- Réponse aux questions et aux inquiétudes concernant la tuberculose au moyen de tribunes radiophoniques, de messages sur les médias sociaux présentant des faits sur la tuberculose et de kiosques d'information dans les épiceries;
- Concours de dessins pour les enfants visant à mieux faire connaître la tuberculose et sa prévention;
- Évènements où les aînés peuvent raconter leur expérience, personnelle ou non, de la tuberculose;
- Fêtes communautaires sur le thème de la tuberculose, avec des aliments traditionnels renforçant la cohésion sociale autour de la lutte contre la maladie.

Le dépistage permet de repérer les personnes atteintes de tuberculose et de les traiter rapidement. Cependant, la planification et la mise en œuvre d'une campagne de dépistage auprès de la population sont des opérations très complexes. Ces campagnes nécessitent des ressources financières, humaines, matérielles et de gestion importantes, ainsi qu'une coordination et un engagement avec la population. Les possibilités d'espace pour installer les cliniques et d'hébergement pour le personnel dans les localités sont souvent limitées. Une forte proportion du personnel et des fournitures de la clinique doit être acheminée par avion en rotation depuis l'extérieur du territoire. Les intempéries, en particulier en automne et en hiver, peuvent entraver le transport et le bon fonctionnement des cliniques. Le personnel doit recevoir de la formation sur les compétences culturelles et les opérations cliniques. La gestion des données générées dans le cadre d'une campagne de dépistage nécessite du personnel supplémentaire et une infrastructure de gestion des renseignements de santé. Dans l'ensemble, le calendrier et les activités d'une campagne de dépistage auprès de la population pourraient influencer sur la prestation des soins de santé réguliers ou même sur la prestation des services et des programmes communautaires. Par ailleurs, plus la localité visée est peuplée, plus la planification et la mise en œuvre de ces campagnes seront complexes et nécessiteront de ressources.

Compte tenu des avantages et des limites des campagnes de dépistage auprès de la population et de l'expérience acquise avec le temps, on devra veiller à ce que les futurs efforts de dépistage exigent moins de ressources et puissent être pérennisés en vue de l'élimination de la tuberculose, ce qui pourrait passer par une importance accrue accordée au dépistage fondé sur les risques.

Déterminants sociaux de la tuberculose au Nunavut

La tuberculose a touché plusieurs générations de familles inuites. Certaines personnes ont contracté la maladie plus d'une fois dans leur vie. Bien qu'il soit maintenant rare de voir de nouvelles introductions de tuberculose au Nunavut, la maladie y est bien établie et se propage dans le territoire depuis des décennies.

Au Nunavut, les déterminants sociaux majeurs de la tuberculose, qui facilitent sa transmission, comprennent les logements surpeuplés, les taux élevés de tabagisme et l'insécurité alimentaire; ces déterminants restent malheureusement très répandus et sont souvent présents simultanément dans les familles.

Le Cadre pour l'éradication de la tuberculose chez les Inuits d'Inuit Tapiriit Kanatami s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé des Inuits qui sont particulièrement pertinents pour la tuberculose, à savoir le logement, l'insécurité alimentaire et la nutrition, le bien-être mental, la distribution des revenus et l'accès aux services de santé. De plus, des facteurs comme le colonialisme, le racisme systémique et l'exclusion sociale (discrimination à l'égard des personnes ou des familles atteintes de tuberculose) peuvent également contribuer au contexte des déterminants sociaux de la santé pour les communautés, les familles et les personnes inuites et issues d'autres groupes autochtones¹.

La présente section donne un aperçu des principaux déterminants sociaux de la santé pertinents pour la tuberculose au Nunavut.

Le surpeuplement des logements fait augmenter le risque de propagation de la tuberculose. La crise du logement au Nunavut s'aggrave, et le surpeuplement n'en est qu'un aspect¹⁸. Environ 45 % des logements sociaux, qui abritent 61 % de la population, sont surpeuplés. Parfois, de 15 à 20 personnes vivent dans une maison n'ayant que trois ou quatre chambres à coucher, où les lits sont utilisés en alternance. Une personne sur quatre habite dans un logement multigénérationnel. De plus, les longs hivers font que les gens passent beaucoup de temps à l'intérieur. Il est fréquent que lorsqu'un cas de tuberculose est détecté, d'autres cas soient découverts parmi les membres du ménage, surtout dans les logements surpeuplés. Par ailleurs, 8 % des cas de tuberculose active ont déclaré avoir eu de graves problèmes de logement (résident de passage et/ou sans-abri au moment du diagnostic).

Le taux élevé d'usage du tabac est un problème de santé publique non résolu au Nunavut. Bien qu'il y ait eu récemment des changements positifs, avec la baisse du tabagisme à l'intérieur et en présence d'enfants, les taux restent élevés dans le territoire **. Les espaces fumeurs partagés, comme les « fumeurs couverts », fermés et mal ventilés, sont courants dans les collectivités. Dans ces espaces partagés, des personnes issues de plusieurs ménages peuvent être exposées à la tuberculose. Le tabagisme peut également entraîner des formes plus graves

** Parmi les personnes âgées de 12 ans et plus au Nunavut, plus de 50 % ont déclaré qu'elles fumaient actuellement, que ce soit quotidiennement ou occasionnellement. Source : Statistique Canada. Tableau 13-10-0113-01 Caractéristiques de la santé, estimations pour une période de deux ans. En ligne : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310011301&request_locale=fr

de tuberculose, retarder la guérison et accroître le risque qu'un cas de tuberculose latente progresse vers la tuberculose active (réactivation). Des effets néfastes similaires sont également associés à la consommation d'alcool et de drogues récréatives. Parmi les cas de tuberculose active, 42 % ont déclaré fumer ou vivre dans un foyer où des personnes fument, et plus de 50 % avoir une consommation élevée d'alcool ou de drogues récréatives, ou des deux.

L'insécurité alimentaire est prévalente au Nunavut, où plus de la moitié des ménages sont touchés¹⁹. Les prix élevés des denrées alimentaires, le taux de pauvreté élevé (44,5 %) ²⁰, l'accès limité aux aliments traditionnels et à d'autres options alimentaires nutritives ainsi que les difficultés liées aux programmes alimentaires contribuent à cette situation. Les personnes qui sont régulièrement en situation d'insécurité alimentaire sont souvent dénutries et en mauvaise santé, ce qui les rend moins résistantes aux maladies infectieuses en général, et non seulement à la tuberculose. Comme c'était le cas pour le tabagisme, la mauvaise alimentation accélère la progression de la maladie, entraînant des formes plus graves de tuberculose, une guérison plus lente et un risque accru de réactivation.

Éliminer la tuberculose au Nunavut nécessitera une approche pangouvernementale et sociétale qui dépasse le secteur de la santé. Bien que les programmes de santé publique jouent un rôle essentiel dans la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose, les déterminants sociaux sous-jacents qui favorisent la transmission de la maladie, comme le surpeuplement des logements, l'insécurité alimentaire, la pauvreté et la consommation de drogues, jouent également un rôle majeur. Ces déterminants relèvent de multiples domaines de politiques et de services. Le renforcement de la collaboration interministérielle entre la Santé, le Logement, les Services à la famille, l'Éducation, la Justice et le Développement économique est primordial pour réduire le risque de contracter la tuberculose et améliorer les résultats à long terme. La planification coordonnée, la responsabilité partagée et les investissements harmonisés peuvent contribuer à gérer les déterminants en amont, à favoriser des solutions communautaires culturellement appropriées, et à réduire le fardeau qui pèse sur les personnes et les familles touchées par la tuberculose. L'établissement de partenariats constructifs avec les organisations et les communautés inuites sont tout autant essentiels pour garantir que les réponses sont fondées sur les connaissances, les priorités et l'expérience vécue des Inuits. Par la collaboration avec les ministères et les secteurs, le gouvernement du Nunavut crée des solutions plus durables et équitables qui font non seulement progresser les efforts d'élimination de la tuberculose, mais renforcent aussi la santé et le bien-être général des Nunavummiuts.

Suite des choses

Plusieurs localités du Nunavut ont connu des éclosions de tuberculose dans les dernières années. Grâce à des partenariats solides, des efforts et des ressources considérables ont été déployés pour répondre efficacement à ces éclosions. Certes, les éclosions nécessitent une intensification des efforts, mais l'élimination de la maladie à long terme repose sur le maintien d'un Programme solide de lutte contre la tuberculose intégré aux activités quotidiennes du système de santé. Les lacunes persistantes dans la prévention, les soins et le contrôle de la tuberculose accroissent le risque de flambées futures. Il est donc crucial de renforcer les composantes fondamentales du programme pour garantir une lutte cohérente et efficace contre la tuberculose dans tout le territoire.

Pour que le Programme de lutte contre la tuberculose du Nunavut soit solide, des améliorations durables sont nécessaires sur plusieurs fronts :

- Prévention et détection précoce de la tuberculose active et de l'infection tuberculeuse;
- Traitement de la tuberculose active et de l'infection tuberculeuse;
- Mobilisation des connaissances et formation continue sur la tuberculose;
- Construction d'infrastructures et capacité logistique;
- Engagement communautaire et initiatives locales de lutte contre la tuberculose;
- Partenariats et approche pansociétale.

Prévention et détection précoce de la tuberculose active et de l'infection tuberculeuse

Les localités du Nunavut sont socialement très proches, et beaucoup de ménages doivent composer avec le surpeuplement des logements et l'insécurité alimentaire. Ces conditions font augmenter le risque de transmission rapide de la tuberculose lorsque de nouveaux cas apparaissent. La détection précoce de la tuberculose active est l'un des moyens les plus efficaces de limiter la propagation, de réduire le nombre d'infections secondaires et de protéger la population. Pour que cette approche réussisse, les gens doivent rapidement consulter dès l'apparition des symptômes, et les prestataires de soins de santé doivent diagnostiquer la tuberculose active, commencer le traitement et entamer la recherche des contacts sans délai.

Il ne faut pas oublier que le Nunavut a un important réservoir de cas de tuberculose non traités en raison de la charge de morbidité historique dans le Nord. Si elle n'est pas traitée, l'infection tuberculeuse peut progresser vers une tuberculose active plus tard dans la vie, surtout lorsque la fonction immunitaire décline avec l'âge ou en présence de facteurs de stress sociaux et sanitaires. Le renforcement du dépistage de la tuberculose et l'offre d'un traitement préventif précoce sont des stratégies essentielles pour réduire la charge de morbidité future et interrompre la transmission à long terme.

Traitement et soins

L'efficacité du traitement de la tuberculose au Nunavut repose sur le traitement en temps opportun, la continuité des soins et un soutien social solide qui permet aux personnes atteintes de terminer le traitement avec succès. Le traitement de la tuberculose peut être long et exigeant; il nécessite souvent un isolement, un suivi fréquent et la prise quotidienne de médicaments pendant de nombreux mois. Il est primordial d'adopter une approche centrée sur la personne qui intègre les soins médicaux et les aides sociales, culturelles et pratiques.

Il est aussi particulièrement important que la prise en charge de la tuberculose tienne compte des traumatismes et de la sécurité culturelle compte tenu des répercussions historiques et intergénérationnelles des pratiques passées de lutte contre la tuberculose dans le Nord. On peut contribuer à instaurer un climat de confiance, à réduire la stigmatisation et à améliorer l'observance et les résultats en privilégiant une communication claire, le recours à l'interprétation en inuktitut, et le respect du savoir inuit, et en veillant à ce que les soins soient assurés le plus près possible du domicile.

Mobilisation des connaissances et formation continue sur la tuberculose

La tuberculose est toujours endémique au Nunavut; cependant, comme le personnel de santé est très mobile, beaucoup de prestataires proviennent d'endroits où on voit rarement de cas. Par conséquent, la tuberculose n'est pas toujours envisagée dès le début du processus de diagnostic, ce qui fait manquer des occasions de la détecter rapidement. Une formation initiale complète et une formation continue sont donc essentielles pour renforcer la prise en compte systématique de la tuberculose comme hypothèse chez les professionnels de la santé.

Les centres de santé communautaire jouent un rôle de premier plan dans la prévention et permettent d'intégrer l'éducation et le dépistage de la tuberculose aux services courants, comme les bilans de santé, les rendez-vous de vaccination et les soins de santé maternelle et pédiatrique. L'intégration de la sensibilisation à la tuberculose à un cadre de soins holistiques et préventifs rend les connaissances sur la tuberculose accessibles à la population tout en réduisant la stigmatisation et en améliorant l'engagement précoce.

Les soins aux personnes atteintes de la tuberculose au Nunavut doivent aussi tenir compte des traumatismes et être basés sur les forces. En effet, la tuberculose a eu des répercussions profondes et persistantes sur les familles et les communautés inuites, et la crainte ou la méfiance à l'égard des systèmes de santé peuvent être enracinées dans des expériences vécues ou intergénérationnelles. La prestation de soins adaptés à la culture passant par une communication empreinte de compassion et dénuée de jugement, l'utilisation de l'interprétation en inuktitut et la diffusion de messages clairs indiquant que la tuberculose peut être traitée et souvent prise en charge à domicile, favorise la confiance, l'adhésion et la guérison.

Construction d'infrastructures et capacité logistique

Un Programme solide de lutte contre la tuberculose au Nunavut doit reposer sur la présence d'un personnel de santé stable et bien soutenu localement, ainsi que sur une expertise spécialisée dans la lutte contre la tuberculose à l'échelle régionale et à l'échelle territoriale. Il est essentiel de poursuivre les efforts visant à renforcer l'effectif en soins infirmiers du Nunavut et à retenir le personnel qualifié pour maintenir la prévention et les soins de la tuberculose.

La dispersion géographique et les infrastructures limitées dans les localités éloignées des centres régionaux constituent des défis permanents au diagnostic rapide. Par exemple, certains outils de diagnostic, comme le test sanguin de libération de l'interféron gamma (TLIG), ne sont actuellement réalisables que dans les localités disposant d'une capacité de traitement en laboratoire. Pour surmonter ces obstacles, il faudra trouver des solutions innovantes, notamment en recourant davantage aux ressources humaines de proximité, aux services mobiles et aux nouvelles technologies de diagnostic qui réduisent la dépendance à une logistique complexe.

Engagement et initiatives locales de lutte contre la tuberculose

L'élimination de la tuberculose au Nunavut doit absolument passer par un engagement réel auprès de la population. La collaboration avec les aînés, les dirigeants communautaires, les personnes ayant survécu à la tuberculose et les intervenants en santé communautaire permet de veiller à ce que les programmes de lutte contre la tuberculose reflètent les valeurs, les connaissances et les priorités des personnes inuites. Les initiatives locales peuvent renforcer la confiance dans les soins liés à la tuberculose, réduire la stigmatisation et soutenir les personnes atteintes, du diagnostic à la fin du traitement.

Le fait d'habiliter des gens de confiance à promouvoir l'éducation sur la tuberculose et la prévention renforce la pérennisation et l'efficacité des efforts.

L'intégration de l'expérience vécue à la planification et à l'évaluation des programmes renforce la responsabilité et garantit que les services de lutte contre la tuberculose restent adaptés, pertinents sur le plan culturel et ancrés dans les forces de la communauté.

Partenariats et approche pansociétale

Compte tenu des nouveaux défis en matière de santé publique, notamment l'augmentation des méfaits liés à la consommation de drogues, le risque accru de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)¹ et les déterminants sociaux persistants comme les pénuries de logements et l'insécurité alimentaire, l'élimination de la tuberculose au Nunavut est de plus en plus urgente. Bien que la mise sur pied d'un Programme solide de lutte contre la tuberculose soit cruciale, son succès ne sera possible qu'en présence d'une collaboration forte et soutenue entre les différents secteurs.

Les partenariats avec ITK, la NTI, les hameaux, les dirigeants communautaires, les organisations non gouvernementales et les partenaires fédéraux comme l'Agence de la santé publique du Canada et Services aux Autochtones Canada sont essentiels. La poursuite et l'expansion de ces partenariats passent par la mise en commun des ressources, de l'expertise et des efforts de représentation pour améliorer la prévention et le traitement de la tuberculose et s'attaquer aux déterminants sociaux sous-jacents qui continuent d'influencer le risque de tuberculose au Nunavut.

¹ L'infection par le VIH est le plus important facteur de risque de progression vers la tuberculose active.

Références

1. Inuit Tapiriit Kanatami (organisation). *Cadre pour l'éradication de la tuberculose chez les Inuits*. (Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], Ottawa, 2018).
2. Nunavut Tunngavik Incorporated. *Executive Summary: Nunavut's Regional Action Plan for Tuberculosis Elimination* (2021).
3. *Réponse du gouvernement du Canada contre la tuberculose (2025) : vers l'élimination de la tuberculose*. (Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ont.), 2025).
4. Wilkins, K. « La tuberculose, 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 1, p. 35-41 (FR); p. 33-39 (EN) (1996).
5. Grzybowski, S., K. Styblo et E. Dorken. « Tuberculosis in Eskimos », *Tubercle*, vol. 57, p. S1-S58 (1976).
6. Brancker, A., D. A. Enarson, S. Grzybowski, E. S. Hershfield et C. W. Jeanes. « A statistical chronicle of tuberculosis in Canada: Part I. From the era of sanatorium treatment to the present », *Health Reports*, vol. 4, p. 103-123 (1992).
7. Enarson, D. A., et S. Grzybowski. « Incidence of active tuberculosis in the native population of Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134, p. 1149-1152 (1986).
8. Patterson, M., S. Flinn et K. Barker. « Lutter contre la tuberculose chez les Inuit au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 44, p. 92-95 (2018).
9. Alvarez, G. G., *et al.* « The Feasibility, Accuracy, and Impact of Xpert MTB/RIF Testing in a Remote Aboriginal Community in Canada », *Chest*, vol. 148, p. 767-773 (2015).
10. Alvarez, G. G., *et al.* « The implementation of rifapentine and isoniazid (3HP) in two remote Arctic communities with a predominantly Inuit population, the Taima TB 3HP study », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 79, article 1758501 (2020).
11. Huang, H., *et al.* « Comparative analysis of tuberculosis management in Indigenous North Canada and Alaska, USA from 1950s to 2019 », *Health Policy*, vol. 161, article 105422 (2025).
12. Dehghani, K., *et al.* « Determinants of tuberculosis trends in six Indigenous populations of the USA, Canada, and Greenland from 1960 to 2014: a population-based study », *Lancet Public Health*, vol. 3, p. e133-e142 (2018).
13. Orr, P. « Tuberculosis in Nunavut: looking back, moving forward », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, p. 287-288 (2013).
14. Statistique Canada. *La statistique de la tuberculose : morbidité et mortalité, 1976 à 1987*. En ligne : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.863290/publication.html> (1976).
15. Statistique Canada. *Rapports sur la santé, 1988 à 1990*. En ligne : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.863378/publication.html>.
16. Santé Canada. *La tuberculose au Canada, 1998*. En ligne : <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-108-1998F.pdf> (2001).
17. Statistique Canada. *La statistique de la tuberculose, 1991 à 1994*. En ligne : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.863383/publication.html>.
18. *Nunavut Housing Needs Study*. En ligne : https://different-basket-89cd87b086.media.strapiapp.com/Housing_Needs_Study_0604_Final_1a7959de04.pdf?_sm_au_=iMvV01qQs5HL4HZHG1TRfK3JF4JpG (2024).
19. « Enquête canadienne sur le revenu, 2023 », *Le Quotidien*. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/250501/dq250501b-fra.pdf?st=JfvmBnR6> (2025).
20. *Il est temps d'agir : le rapport de 2024 du Conseil consultatif national sur la pauvreté*. En ligne : https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/poverty-reduction/national-advisory-council/reports/2024-annual/4877-NACP_2024-Report-FR-Final.pdf (2024).