

## Recommandations concernant le dépistage de la tuberculose

Danièle Lemieux, M. D.

### Révision

Selim Rashed, M. D. FRCPC, pédiatre spécialisé en médecine tropicale,  
Université McGill, consultant au Centre McLean du CUSM  
Julie Desjardins, M. D., médecin-conseil pour la Santé publique du Nunavik  
Valérie Messier, M. D., médecin-conseil pour la Santé publique du Nunavik

## Épidémiologie et incidence de la maladie

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que le quart de la population mondiale est infectée par le bacille responsable de la tuberculose, le *Mycobacterium tuberculosis*. Environ 95 % des nouveaux cas signalés chaque année surviennent dans les pays en voie de développement<sup>1,3,9</sup>. Au Canada, la tuberculose touche surtout les populations les plus vulnérables, dont les **immigrants récents en provenance des pays où la tuberculose fait des ravages**, particulièrement les réfugiés dont le risque de TB active est presque deux fois plus élevé que dans les autres populations immigrantes<sup>19</sup>. Au Québec, les personnes nées à l'extérieur du Canada comptent pour 58,9 % des cas de tuberculose active<sup>7</sup>. Du point de vue géographique, le MSSSQ rapporte que, de 2012 à 2015, 46,2 % des cas habitaient l'île de Montréal, et si on ajoute les données de la Montérégie et de Laval, on compte 62,2 % des cas dans la grande région de Montréal<sup>7</sup>.

**Les communautés autochtones**, qui constituent une autre population vulnérable, sont aussi largement surreprésentées, particulièrement chez les enfants (60 % de tous les cas pédiatriques canadiens)<sup>2,3,10</sup>.

## Définitions à des fins de surveillance et de traitement

### Infection tuberculeuse latente (ITL) vs infection tuberculeuse active<sup>7</sup>

Le bacille tuberculeux se transmet par l'inhalation de microgouttelettes respiratoires en suspension produites par une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée. **L'ITL est la forme latente de l'infection**, soit la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme sans manifestation de la maladie. La plupart du temps, elle se manifeste par une réaction au test cutané à la tuberculine (TCT) ou par un résultat positif au test de libération de l'interféron gamma (TLIG), 2 à 8 semaines après le contact.

La radiographie pulmonaire est normale ou non contributive. Les porteurs de l'ITL sont par définition non contagieux et ne présentent aucun risque pour leur entourage. Après une primo-infection, 90 % des personnes en bonne santé seront porteurs de l'ITL et ne développeront pas de maladie active. Selon des critères qui seront détaillés plus loin, un **traitement préventif** peut être indiqué chez certains pour éviter qu'une personne infectée ne développe une tuberculose active.

La **tuberculose active** est symptomatique et souvent considérée d'emblée comme contagieuse dans sa forme pulmonaire, le plus souvent avec une radiographie anormale. Les présentations extrapulmonaires (méningée, miliaire ou autres) sont moins contagieuses, mais plus sévères, particulièrement chez l'enfant. Un **traitement curatif** est indiqué en vue de la guérison de la personne atteinte de tuberculose active.

## Enfants issus de l'immigration récente

Au Canada, selon le recensement de 2016, la proportion d'immigrants originaires de régions à incidence intermédiaire à élevée de tuberculose, dont l'Asie, l'Afrique et l'Amérique latine, a augmenté pour atteindre 68 %<sup>3</sup>. Depuis plusieurs années, le Québec accueille aussi annuellement plus de 45 000 immigrants permanents dont une forte proportion est originaire de pays où les taux d'incidence de la tuberculose sont élevés<sup>2</sup>. Comme on estime que le quart d'entre eux ont été infectés par la maladie, la population des porteurs de la tuberculose latente asymptomatique non contagieuse s'accroît donc chaque année. Or, le risque annuel de progression de la tuberculose latente à la tuberculose active contagieuse est très élevé au cours des 2 ou 3 années suivant l'immigration, entre autres chez les moins de 18 ans, et particulièrement chez les enfants de 0 à 5 ans<sup>3,9</sup>. Étant donné que les services canadiens d'immigration ne font subir, la plupart du temps, une radiographie pulmonaire qu'aux candidats à l'immigration de plus de 11 ans, le dépistage de la tuberculose latente, particulièrement chez nos nouveaux arrivants à haut risque, est donc un enjeu de santé publique de plus en plus important<sup>3,8,9</sup>.

## Choix du test de dépistage de la tuberculose

Deux tests de dépistage peuvent être utilisés, seuls ou en complément, pour le dépistage ou le diagnostic de l'infection tuberculeuse : **le test cutané à la tuberculine (TCT) et le test de libération de l'interféron gamma (TLIG)**. Dans les deux cas, ils ne peuvent cependant pas faire la différence entre une infection tuberculeuse latente ou une infection tuberculeuse active.

### Test cutané à la tuberculine (TCT)

Le TCT se fait en deux temps : l'injection intradermique d'une solution de tuberculine et la lecture de l'induration 48 à 72 heures après l'injection.

La **spécificité** du TCT laisse à désirer (environ 60 %), car elle entraîne parfois de « faux positifs ». C'est principalement le cas chez les personnes non infectées ayant reçu le vaccin BCG. Chez ces dernières, toutefois, des antécédents de BCG durant la première année de vie ne modifient pas l'interprétation du TCT après l'âge de 10 ans (voir plus loin « **Interprétation des résultats du TCT** »).

La **sensibilité** du TCT n'est pas absolue et comporte parfois de « faux négatifs ». Étant donné qu'environ 30 % des enfants atteints de tuberculose confirmée par culture présentent une épreuve à la tuberculine négative, ce dernier résultat n'élimine jamais le diagnostic. Les facteurs hôtes, comme le déficit immunitaire (y compris l'infection au VIH, l'immunosuppression, la prise de prednisone  $\geq 15$  mg/j ou la prise de produits biologiques), la malnutrition, le jeune âge (moins de 6 mois), des infections virales coexistantes (varicelle, rougeole, influenza) et la tuberculose foudroyante diminuent le degré d'induration.

**Attention !** De la même façon, le vaccin vivant RRO inactive la réponse au TCT pendant plusieurs semaines. Il est possible que d'autres vaccins vivants, comme les vaccins injectables contre la varicelle, le RRO ou le vaccin intranasal contre l'influenza, faussent de la même façon l'interprétation des résultats du TCT. **Si l'on doit administrer un vaccin vivant injectable et que l'on doit effectuer un TCT, ce dernier test doit être fait avant, en même temps ou au moins 4 à 6 semaines après la vaccination**<sup>4</sup>.

## Test de libération de l'interféron gamma (TLIG)

La **spécificité** du test de libération de l'interféron gamma est supérieure à 95 % par rapport à 60 % pour le TCT<sup>8</sup>. En effet, les antigènes du vaccin BCG n'entraînent pas de réaction croisée et la réactivité avec les mycobactéries non tuberculeuses est minime. De plus, le prélèvement sanguin ne nécessite pas une seconde visite, comme c'est le cas pour la lecture du TCT, ce qui pose parfois un enjeu d'observance.

Comme avec le TCT, la **sensibilité** du TLIG peut être diminuée en présence d'une tuberculose active ou d'une immunosuppression, ou chez le très jeune enfant.

### **Compte tenu des considérations précédentes, les deux tests sont des alternatives acceptables pour diagnostiquer une infection tuberculeuse.**

Le choix du test doit toutefois faire l'objet d'un bon jugement et varier selon les situations cliniques. Par contre, on suggère désormais les préférences suivantes dans certaines situations<sup>3,7,8</sup>:

- > **Le TLIG est préférable chez les enfants de 0-2 ans**<sup>7</sup> ;
- > **Autant le TCT que le TLIG peuvent être utilisés pour les enfants de 2 à 5 ans** ;
- > **Le TLIG est préférable chez les enfants de plus de 2 ans qui ont reçu le BCG** ;
- > **Le TCT est recommandé pour documenter une nouvelle infection (conversion) pour les personnes chez qui on doit le faire à répétition** (p. ex. : dépistage annuel, enfants voyageurs séjournant fréquemment en régions à haute incidence de tuberculose) ;
- > **Le TLIG est préférable quand la probabilité est grande que la personne dépistée avec le TCT ne se présente pas au rendez-vous d'interprétation du test**<sup>3,7</sup>.

(page suivante)

La disponibilité constitue l'inconvénient majeur des TLIG. Le MSSSQ assume les coûts de ce test, mais il est traité seulement dans les laboratoires de certains hôpitaux désignés. Par contre, il est possible de faire le prélèvement sanguin à distance dans toutes les régions du Québec et le transport se fait vers les laboratoires en question selon des ententes spécifiques. Il faut communiquer avec eux pour obtenir les 3 tubes spécifiques ainsi que les instructions détaillées pour la prise de sang et les manipulations à effectuer<sup>7</sup> (voir la liste des hôpitaux désignés au Québec et les régions qu'ils desservent à l'Annexe 1)

## Indications de dépistage de la tuberculose

**Le dépistage ciblé de l'infection tuberculeuse (TCT ou TLIG) est recommandé en fonction de la probabilité d'infection à la tuberculose et des risques de progression vers la maladie active, qui sont particulièrement élevés chez les enfants avant l'âge de 5 ans<sup>3</sup>.** Différentes des indications chez les adultes qui ont fait en 2022 l'objet de données probantes, les indications pédiatriques sont issues d'un consensus d'experts et sont les suivantes<sup>1,3,7,9</sup> :

- › **Contact** avec une personne atteinte ou suspecte : faire le TCT dès que possible après l'exposition, puis répéter 8 semaines après ;
- › **Signes cliniques ou radiologiques** évocateurs de tuberculose active ou ancienne ;
- › Tous les enfants présentant des **conditions médicales les mettant à risque très élevé** (VIH-SIDA) **ou élevé** d'évolution de tuberculose latente en tuberculose active (greffe d'organe, insuffisance rénale sévère avec/sans hémodialyse, cancer [lymphome, sarcome, leucémie]), traitement avec immunomodulateurs, corticothérapie orale (prednisone  $\geq$  15 mg/j) : faire un TCT de base et répéter selon l'évolution clinique ;
- › **Les enfants et adolescents de moins de 20 ans<sup>7,9</sup>, particulièrement ceux qui ont immigré au cours des deux dernières années**, qui ont vécu dans un pays où l'incidence annuelle de la tuberculose est  $\geq$  30/100 000 habitants<sup>3,7,9\*</sup> : faire le TCT ou le TLIG dès l'arrivée ;
- › Les enfants qui ont vécu antérieurement dans un pays où l'incidence annuelle de la tuberculose est  $\geq$  30/100 000 habitants\* ET qui présentent des conditions médicales les mettant à risque élevé (voir plus haut) ou modéré de tuberculose active s'ils sont infectés. La malnutrition sévère est aussi évoquée par certains auteurs comme étant un facteur de risque, particulièrement chez l'enfant<sup>12</sup> : faire un TCT de base et répéter selon l'évolution clinique ;
- › **Les enfants dont la famille a séjourné dans une communauté autochtone canadienne** où l'incidence de la tuberculose est élevée, au cours des 2 dernières années<sup>7</sup> ;
- › **Les enfants voyageurs**, AVANT et/ou 8 semaines APRÈS le retour de voyage, selon l'incidence locale de tuberculose, la durée du séjour et le type d'activités durant le voyage<sup>1,3,4,9\*</sup> ;

\* Ces pays touchent surtout les continents de l'Afrique, de l'Asie, le Moyen-Orient, les Caraïbes, certains pays de l'Amérique latine, la Fédération russe et certains pays d'Europe occidentale<sup>9</sup>. Voir la liste des pays et leur incidence de tuberculose en consultant le lien suivant : <https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/pays>.

- › Le TCT prévoyage (en deux temps) est recommandé si :
  - Naissance dans un pays de forte endémicité pour la TB ( $\geq 30/100\ 000$  habitants);
  - Voyage antérieur prolongé dans un pays de forte endémicité pour la TB (même incidence);
  - Contact antérieur significatif avec un cas de TB contagieuse.
- › Le TCT post-voyage est recommandé si :
  - Séjour de  $\geq 3$  mois dans un pays où l'incidence de la TB est  $\geq 400/100\ 000$  habitants;
  - Séjour de  $\geq 6$  mois dans un pays où l'incidence de la TB est 200 à 399/100 000 habitants;
  - Séjour de  $\geq 12$  mois dans un pays où l'incidence de TB est de 100 à 199/100 000 habitants.

### Interprétation des résultats du TCT<sup>4,10</sup>

- › **Un TCT est non significatif à 0-4 mm, sauf si :**
  - Infection par le VIH ET probabilité élevée d'infection tuberculeuse (anomalie à la radiographie pulmonaire, contact TB).
- › **Un TCT est significatif à  $\geq 5$  mm si :**
  - Histoire de contact étroit avec une tuberculose active ou suspectée;
  - Enfant soupçonné de souffrir d'une tuberculose active;
  - Signes cliniques ou radiologiques évocateurs de tuberculose;
  - Immunosuppression, y compris une infection au VIH.
- › **Un TCT est significatif à  $\geq 10$  mm pour tout autre enfant.**

Une vaccination antérieure avec le BCG devrait être considérée comme la cause d'un TCT positif seulement si le vaccin a été donné après l'âge de 12 mois ET qu'il n'y a eu aucun contact connu avec un cas de tuberculose active ET que la personne est canadienne non autochtone OU immigrante/visiteuse en provenance d'un pays à faible incidence de tuberculose ( $< 50$  cas/100 000 habitants/an)<sup>3</sup>.

## Traitement préventif de la tuberculose latente ou de contacts avec une tuberculose active

Chez l'enfant, l'infection tuberculeuse latente risque plus de progresser en maladie active, particulièrement s'il est âgé de moins de 5 ans. Chez ces enfants, la TB primaire peut se manifester de façon insidieuse par un peu de fièvre, de la toux non productive, des infiltrats parenchymateux et des ganglions hilaires à la radiographie pulmonaire, d'où l'importance du traitement à cause des risques d'évolution vers une forme active de la tuberculose. En outre, les plus jeunes présentent un haut risque de complications, comme la tuberculose miliaire disséminée ou la méningite tuberculeuse. Finalement, comme les enfants sont aussi moins touchés par l'hépatotoxicité de la médication, **le compromis risque-bénéfice de la toxicité médicamenteuse secondaire au traitement préventif par rapport au développement de la maladie tuberculeuse favorise donc plus souvent le traitement préventif chez les enfants que chez les adultes**<sup>3</sup>.

Pour les mêmes raisons, on amorcera également **un traitement préventif le plus tôt possible après le premier TCT chez les contacts âgés de moins de 5 ans**, même si l'induration est de moins de 5 mm<sup>7</sup>. Si le TCT répété 8 semaines après la dernière exposition demeure non significatif, on cessera le traitement. Par contre, si l'enfant développe des symptômes évocateurs de tuberculose active durant cette période de traitement, il doit être réévalué rapidement, de même que l'enfant de moins de 6 mois chez qui la réponse au TCT est moins fiable et qui peut nécessiter un traitement à l'INH plus longtemps. Dans ces deux cas, il est alors recommandé de consulter des pédiatres familiers avec le traitement de la tuberculose.

Selon les nouvelles normes canadiennes de lutte antituberculose de 2022<sup>3</sup>, on donne moins de place désormais au régime de chimioprophylaxie à l'isoniazide (INH) pendant 9 mois au profit d'un traitement plus court et comportant moins de risques de toxicité hépatique.

Les deux régimes suggérés sont les suivants :

- **Enfants de plus de 2 ans :** rifampicine 10-20 mg/kg/j (MAX: 600 mg/j) x 4 mois
- OU
- 1 dose/semaine x 3 mois d'un traitement combiné d'isoniazide et de rifapentine<sup>3,6</sup>.
- **Enfants de moins de 2 ans :** rifampicine 10-20 mg/kg/j (MAX: 600 mg/j) x 4 mois<sup>3,5</sup>.

Dans les deux cas, le traditionnel traitement avec l'isoniazide autoadministrée pendant 9 mois (10-15 mg/kg/j MAX 300 mg/j) reste une alternative acceptable étant donné son utilisation historique, de même qu'un traitement avec l'INH sous supervision directe 2 fois/semaine (20-30 mg/kg/dose - MAX 600-900 mg)<sup>3,7</sup>.

**Le dosage régulier des transaminases hépatiques n'est pas recommandé** chez les enfants en bonne santé qui ne présentent pas de conditions prédisposant à une hépatotoxicité<sup>3,7</sup> (p. ex : histoire d'atteinte hépatique antérieure, hépatite B ou C chez le nouvel arrivant). L'enfant doit être vu mensuellement pour s'assurer de la fidélité au traitement et pour exclure tout signe de toxicité hépatique (nausées persistantes, vomissements, fatigue ou douleur abdominale). Certains enfants sous traitement d'INH doivent par ailleurs recevoir un **supplément de pyridoxine** (1 mg/kg/j, MAX 25 mg) s'ils sont allaités ou s'ils ont une alimentation déficiente en lait ou en viande, s'ils présentent une infection symptomatique au VIH ou, dans le cas des adolescentes, si elles sont enceintes ou allaitantes<sup>7</sup>.

## Traitement curatif de la tuberculose active

Le traitement curatif de la tuberculose active chez l'enfant devrait être réservé aux pédiatres, pneumologues ou microbiologistes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne dédiés à cette problématique.

Pour plus d'informations à ce sujet, consultez la référence canadienne la plus récente : *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 8<sup>e</sup> édition<sup>3</sup>, et le document québécois du MSSSQ, *Guide d'intervention : La tuberculose*<sup>7</sup>.

## Populations autochtones et BCG

La tuberculose provoque une véritable crise de santé publique dans certaines communautés des Premières Nations, des Métis et particulièrement des Inuits. Cette disparité trouve principalement son origine dans des facteurs comme la pauvreté, les logements surpeuplés et mal ventilés, l'insécurité alimentaire, le tabagisme et l'accès inéquitable aux soins de santé<sup>10</sup>. En raison de l'incidence élevée de la tuberculose au Nunavik, le vaccin BCG a récemment été réintroduit dans l'ensemble des communautés comme moyen de prévention des complications chez les nourrissons et les enfants. En effet, le Nunavik est particulièrement touché, avec une incidence annuelle moyenne de 254/100 000 personnes entre 2017 et 2022<sup>3</sup>, une incidence plus de 100 fois supérieure au reste du Canada. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, le vaccin, qui n'était disponible que dans certains villages, est désormais offert à tous les bébés provenant de ce territoire dans les premières semaines de vie<sup>11</sup>. Par contre, étant donné que c'est un vaccin vivant contre-indiqué en cas d'immunosuppression, l'administration du BCG doit être précédée d'un dépistage à la naissance du **déficit immunitaire combiné sévère (DICS)**, qui est plus fréquent parmi certaines populations inuites que dans la population générale. Cette recherche systématique est d'ailleurs intégrée depuis janvier 2023 dans le dépistage néonatal sanguin de tous les nouveau-nés du Nunavik. Avant de recevoir le vaccin, on doit aussi s'assurer que la mère est bien séronégative pour le VIH. Si l'administration du BCG est retardée au-delà de l'âge de 2 mois, un TCT doit être fait au préalable dans certaines circonstances. Voici le lien menant à l'algorithme décisionnel relatif à l'administration du BCG au Nunavik :

[https://nrbhss.ca/sites/default/files/Algorithme\\_BCG\\_FR\\_2022-12.pdf](https://nrbhss.ca/sites/default/files/Algorithme_BCG_FR_2022-12.pdf)

Bien que son efficacité globale soit évaluée à 50 %, le vaccin BCG est efficace à 73 % contre la tuberculose pulmonaire chez les nouveau-nés, mais surtout indiqué pour prévenir les formes les plus graves, comme la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire (efficacité de 78 % à 85 %) <sup>3,4,11</sup>.

En parallèle, des campagnes de dépistage populationnel et des enquêtes de contact font partie des stratégies de lutte contre la tuberculose au Nunavik. Ainsi, un TCT de dépistage peut être fait ponctuellement chez un enfant de 0-5 ans dans un contexte de suspicion de TB active (présence de symptômes), d'enquête cas-contact ou de dépistage de masse, ces deux dernières options se faisant en collaboration avec la Santé publique. Un TCT de routine n'est toutefois pas intégré dans le suivi périodique à un âge déterminé.

## Références

1. INSPQ. *Guide santé voyage*. 4 janvier 2022.  
<https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/guide/risques/tuberculose/situation>
2. Direction régionale de la Santé publique, Montréal. *Tuberculose*. Mise à jour 31 octobre 2022.  
<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/tuberculose/programmes-et-interventions/>
3. Rachel Dwilow, Charles Hui, Fatima Kakkar et Ian Kitai. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 8<sup>e</sup> édition, chapitre 9 : *Tuberculose pédiatrique*, p. 129-148, 23 mars 2022. Société canadienne de thoracologie/Association pulmonaire du Canada et Agence de la santé publique du Canada.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24745332.2022.2033055>
4. MSSSQ, *Protocole d'immunisation du Québec*. Chapitre sur le T.C.T (mise à jour 29 novembre 2018) et chapitre sur le BCG (mise à jour 18 novembre 2019).
5. *4 mois de rifampicine ou 9 mois d'isoniazide dans le traitement de la tuberculose récente ?*, Minerva Evidence Based Medicine, février 2020, volume 19, numéro 1, pages 2-5.
6. *Three Months of Rifapentine and Isoniazid for Latent Tuberculosis Infection*. N Engl J Med, 2011;365:2155-66.
7. MSSSQ, Comité québécois sur la tuberculose. *Guide d'intervention : La tuberculose*. Mise à jour août 2017.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-05W.pdf>
8. Nicole Le Saux, Société canadienne de pédiatrie, Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. *Des approches pour dépister la tuberculose chez les enfants et les adolescents*. Mise à jour 2020.  
<https://cps.ca/fr/documents/position/des-approches-pour-depister-la-tuberculose-chez-les-enfants-et-les-adolescents>
9. SCP - Les soins aux enfants néo-canadiens. *La tuberculose*. Mise à jour mars 2018.  
<https://enfantsneocanadiens.ca/conditions/tuberculosis>
10. SCP. *La tuberculose chez les enfants et les adolescents des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada : au-delà de la prise en charge médicale*. 14 janvier 2020.  
<https://cps.ca/fr/documents/position/la-tuberculose-chez-les-enfants-et-les-adolescents-des-premieres-nations-des-inuits-et-des-metis>
11. INSPQ, Comité sur l'immunisation du Québec. *Avis sur la pertinence de la réintroduction du vaccin BCG au Nunavik dans le contexte d'une recrudescence de la Tuberculose*. Mai 2016.
12. Kacie J.Holt et collaborateurs. *Effect of Malnutrition on Radiographic Findings and Mycobacterial Burden in Pulmonary Tuberculosis*. PLOS ONE, 27 mars 2019.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214011>

## **Annexe 1 | Centres désignés pour le traitement du Test de libération de l'interféron gamma\* (TLIG « Quantiféron TB GOLD »)**

\*Informations en date du 19 avril 2023

### **CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal**

#### **Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

Centre de prélèvement du Pavillon Rachel-Tourigny

Prise de RV via « Clic Santé »

Par téléphone : (514) 251-7067

Pour enfants et adultes

### **Centre universitaire de santé McGill (CUSM)**

#### **Hôpital de Montréal pour enfants, site Glen**

Prise de RV via [www.clicsante.ca/cusm/glen](http://www.clicsante.ca/cusm/glen)

Par téléphone : (514) 934-8228

#### **Hôpital Royal-Victoria, site Glen adulte**

Prise de RV via [www.clicsante.ca/cusm/glen](http://www.clicsante.ca/cusm/glen)

Par téléphone : (514) 934-8228

### **CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal**

#### **Hôpital général juif**

Prise de RV via « Clic Santé »

Par téléphone : (514) 934-8228

Pour les patients de 16 ans et plus

### **CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal**

#### **Hôpital Sacré-Cœur**

Prise de RV via « Clic Santé » <https://portal3.clicsante.ca> : du lundi au jeudi

### **CISSS de Laval**

#### **Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval**

Prise de RV : <https://portal3.clicsante.ca>

Par téléphone : 1-833-991-2662

Pour enfants de 6 ans ou moins de la région, prendre RV seulement à l'Hôpital Cité-de-la-Santé

Ce laboratoire traite aussi les prélèvements en provenance d'autres régions. RV via « Clic Santé » avec le code régional de l'utilisateur pour choisir un des centres de prélèvement du territoire :

- > CISSS des Laurentides
- > CISSS de Lanaudière

### **CIUSSS de la Capitale-Nationale**

#### **Hôtel-Dieu de Québec**

Prise de RV pour les 0-7 ans seulement par téléphone :

Québec : (418) 628-6808

Portneuf : (418) 666-7525

Hôpital Baie-Saint-Paul : (418) 435-9129

Hôpital de la Malbaie : (418) 665-1700 # 1146

CLSC de Baie-Sainte-Catherine : (418) 665-1700 # 6400

CLSC de l'Île-aux-Coudres : (418) 438-2788

CLSC de Saint-Siméon : (418) 665-1700 # 6400

Le laboratoire traite aussi les prélèvements en provenance de plusieurs régions du Québec. RV via « Clic Santé » avec le code régional de l'utilisateur pour choisir un des centres de prélèvement du territoire :

- › CIUSSS Chaudière-Appalaches
- › CIUSSS de l'Estrie
- › CIUSSS du Bas-Saint-Laurent
- › CISSS Gaspésie-Îles de-la-Madeleine

### **CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean**

#### **Hôpital de Chicoutimi**

Prise de RV via « Clic Santé » avec le code régional de l'utilisateur pour choisir un des centres de prélèvement du territoire.

Ce laboratoire traite aussi les prélèvements de la région du CISSS de la Côte-Nord, à partir de tous les centres de prélèvement locaux. Prise de RV via « Clic Santé » avec le code régional de l'utilisateur.

### **CISSS de la Montérégie-Est, Montérégie-Centre et Montérégie-Ouest**

Prise de rendez-vous via « Clic Santé » <https://portal3.clicsante.ca>

Les prélèvements sont traités au CUSM de Montréal.

### **CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue**

Tous les prélèvements sont pratiqués sur RV sur « Clic Santé » ou en appelant dans les centres hospitaliers suivants :

- › Hôpital de Rouyn-Noranda : (819)764-5131
- › Hôpital Vile-Marie : (819)629-2420
- › Hôpital de Val d'Or : (819) 825-5858
- › Hôpital d'Amos : (819) 732-3341
- › Hôpital de La Sarre : (819) 333-2311

Les prélèvements sont traités au laboratoire du CUSM de Montréal.