



# La tuberculose au Canada, 2016

J Vachon<sup>1\*</sup>, V Gallant<sup>1</sup>, W Siu<sup>1</sup>

## Résumé

**Contexte :** La tuberculose constitue un grave problème de santé qui, en 2016, aurait touché 10,4 millions de personnes dans le monde entier. L'Agence de la santé publique du Canada assure le suivi de la tuberculose active grâce à un système de surveillance à l'échelle nationale, qui est le fruit de la collaboration avec les provinces et les territoires.

**Objectif :** Cet article présente le résumé épidémiologique des cas de tuberculose active déclarés entre 2006 et 2016, avec une attention particulière portée à l'année 2016. Il fait également le point sur les résultats des traitements donnés aux patients ayant reçu un diagnostic de tuberculose en 2015.

**Méthodes :** Le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) est un système de surveillance contenant des données non nominales sur les cas souffrant d'une tuberculose active au Canada. Les données sont recueillies annuellement par les provinces et territoires, analysées par l'Agence de la santé publique du Canada et validées par chaque province et chaque territoire.

**Résultats :** Le nombre de cas de tuberculose active est passé de 1 642 en 2015 à 1 737 en 2016, ce qui correspond à une augmentation du taux d'incidence de 4,6 à 4,8 pour 100 000 habitants. Les personnes nées à l'étranger continuaient de représenter la majorité (70 %) des cas déclarés, mais le taux d'incidence chez les Autochtones nés au Canada est resté le plus élevé avec 23,5 cas pour 100 000 habitants. Le taux était particulièrement élevé chez la population Inuit (170,1 pour 100 000 habitants). On constate depuis dix ans une légère diminution du nombre de cas chez les enfants et la proportion des cas de retraitement a diminué de 8,3 % des cas en 2006 à 5,4 % en 2016.

**Conclusion :** Bien que les taux d'incidence de la tuberculose au Canada soient faibles par rapport au reste du monde et qu'ils soient relativement stables depuis une dizaine d'années, on a observé une légère hausse de ces taux depuis trois ans, notamment chez les Canadiens nés à l'étranger qui représentent la plupart des cas signalés. Le déclin du nombre d'enfants tuberculeux indique une transmission moins active et la faible proportion de cas de retraitement laisse supposer que le traitement est efficace et qu'il est suivi par les patients.

**Citation proposée :** Vachon J, Gallant V, Siu W. La tuberculose au Canada, 2016. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;43(3/4):85-91. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i34a01f>

## Introduction

La tuberculose est un grave problème de santé dans le monde entier. Elle constitue la principale cause de décès provoqué par un seul agent infectieux, plus meurtrière encore que le VIH ou le sida. À l'échelle mondiale, on comptait au total 10,4 millions de cas de tuberculose active en 2016, dont 90 % étaient des adultes et 65 % des hommes (1). La stratégie de lutte antituberculeuse de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vise à réduire l'incidence mondiale de cette maladie, en la faisant passer de 110 pour 100 000 habitants d'ici 2015 à un maximum de 10 pour 100 000 habitants d'ici 2035 (2). Le cadre d'action de l'OMS pour les pays à faible incidence affirme que la préélimination de la tuberculose (qui se définit comme une incidence inférieure à 1 cas pour 100 000 habitants) devrait se réaliser d'ici 2035, tandis que l'élimination totale (qui se définit comme une incidence inférieure à 0,1 cas pour 100 000 habitants) devrait se produire d'ici 2050, et ce, grâce à l'arrivée de nouveaux outils comme un nouveau vaccin potentiel (3).

Au sein du Groupe des Sept (États-Unis, France, Allemagne, Royaume-Uni, Italie et Japon), le Canada est le pays qui possède

le taux d'incidence le plus faible après les États-Unis (1). Bien que le taux d'incidence canadien pour la tuberculose active compte parmi les plus bas au monde et qu'il recule depuis 60 ans, on constate encore des taux élevés au sein de certaines sous-populations, dont les Canadiens nés à l'étranger et les Autochtones (4).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) assure le suivi de la tuberculose active grâce au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT), qui est le fruit de la collaboration entre les ministères de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux. L'Agence a recours aux données de surveillance pour suivre les progrès réalisés en vue de réduire le fardeau de la tuberculose au Canada, comme le souligne le document *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada – Un cadre d'action fédéral* (5). Collaborant avec ses partenaires, le gouvernement du Canada prend des mesures servant à réduire l'incidence de la tuberculose chez les populations très vulnérables et prépare le terrain à son élimination.

## Affiliation

<sup>1</sup> Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

\*Correspondance : TB\_Surveillance@phac-aspc.gc.ca



Le présent rapport décrit l'épidémiologie des cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et retraitement) au Canada entre 2006 et 2016 par distribution géographique, âge, sexe, origine et la classification des diagnostics. Il s'agit d'un suivi du rapport de surveillance portant sur la période allant de 2005 à 2015 (6). Les résultats pour 2016 sont présentés relativement aux données des années précédentes, et ce, afin de documenter les mesures de santé publique qui seront prises pour éliminer cette maladie. Les résultats des traitements donnés aux patients ayant reçu un diagnostic de tuberculose en 2015 seront également discutés.

## Méthodes

Le SCDCT est un système de surveillance contenant des données non nominales sur les personnes souffrant d'une tuberculose active au Canada. Les détails relatifs aux méthodes du système, y compris les processus de collecte des données, la gestion des données, le contrôle de la qualité des données, l'analyse ainsi que la classification et la catégorisation des sous-groupes de population ont déjà été décrits (4). Il faut cependant noter que le Canada assure le suivi des cas selon leur origine : nés au Canada (autochtones et non autochtones) et nés à l'étranger. Les Autochtones nés au Canada sont présentés trois populations, soit les Premières Nations, les Inuit et les Métis.

Les autorités en matière de santé publique provinciales et territoriales soumettent volontairement à l'ASPC leurs données sur tous les nouveaux cas et les cas de retraitement de tuberculose active répondant à la définition canadienne pour la surveillance nationale (7). Étant donné que la durée moyenne du traitement d'une personne atteinte de tuberculose pleinement sensible varie entre six et neuf mois (8), les données sur les résultats de ce traitement sont soumises de 12 à 18 mois après la soumission du rapport de cas initial. Si le traitement est en cours au moment de la soumission des données à l'ASPC, la province ou le territoire qui effectue la déclaration soumet un rapport intérimaire, suivi de mises à jour annuelles, jusqu'à ce que le dossier soit fermé. Les données sont soumises à l'ASPC au moyen d'un formulaire de déclaration rempli manuellement ou transmis par voie électronique. Toutes les données brutes (formulaires papier et données électroniques) sont conservées conformément à la *directive de l'Agence sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique* (ASPC, 2013, document non publié).

La tuberculose active se présente sous deux formes : la tuberculose de l'appareil respiratoire et la tuberculose non respiratoire. La tuberculose de l'appareil respiratoire comprend la tuberculose pulmonaire, la tuberculose de la plèvre, et la tuberculose des ganglions lymphatiques intrathoraciques ou médiastinaux, du larynx, du rhinopharynx, du nez et des sinus. L'atteinte initiale se caractérise par une pleurésie et un épanchement pleural, causés par une infection récente (dans les 24 mois précédents) à *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculose non respiratoire correspond aux autres formes de la maladie.

Le taux d'incidence fait référence au nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose active (nouveaux cas et cas de retraitement) pour 100 000 habitants par année de déclaration. Les dénominateurs des populations servant à calculer les taux proviennent de différentes sources. Les taux relatifs aux dénombrements des populations provinciales, territoriales ou de l'ensemble du pays par âge et par sexe sont fondés sur les estimations de mi-année tirées des données du recensement

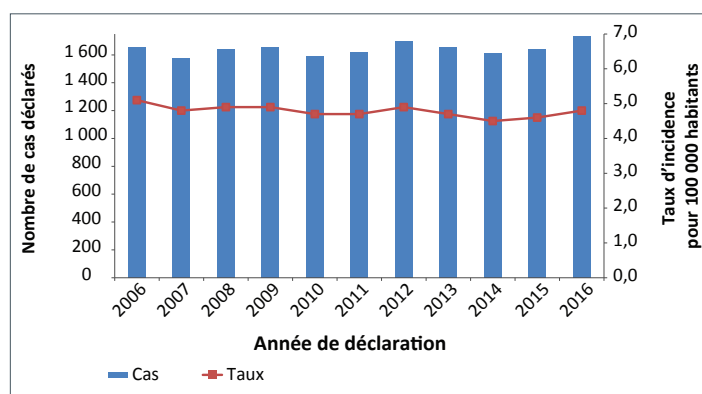
de 2011 produites par la Division de la démographie de Statistique Canada (*données non publiées*). Le dénombrement des personnes nées à l'étranger est évalué à partir de l'enquête par sondage auprès des ménages de 2011 (9). Pour les groupes autochtones, les Premières nations, les Inuit et les Métis, les taux sont également fondés sur les données de l'Enquête auprès des ménages de 2011 (10). Enfin, les taux relatifs aux membres des Premières nations inscrits, vivant dans les réserves et hors réserve, ont été calculés en utilisant les projections de population produites par Affaires autochtones et du Nord Canada (*données non publiées*).

Les logiciels Microsoft Excel 2010 et SAS Enterprise Guide version 5.1 ont été utilisés pour le nettoyage et l'analyse des données. Aucune procédure statistique n'a été utilisée pour les analyses comparatives et aucune technique statistique n'a été appliquée pour tenir compte des données manquantes. À l'exception des données sur les facteurs de risque, les données recueillies par ce système sont très complètes. Les données des tableaux contenant de petits chiffres ( $n < 5$ ) n'ont pas été supprimées puisqu'elles ne semblaient pas présenter de risque d'identification de ces cas individuels. Ces procédures sont conformes à la *directive de l'Agence sur la collecte, l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé publique* (ASPC, 2013, document non publié). Les données ont été approuvées par les provinces et les territoires afin d'en assurer l'exactitude. Certaines des données plus détaillées sont résumées dans les tableaux supplémentaires (7). Les données de ce rapport proviennent des données du mois d'août 2017 du SCDCT. Il est à noter que la Colombie-Britannique n'a pas fourni de renseignements sur le statut des Autochtones en 2016 rapportant ainsi sur les cas identifiés comme étant nés au Canada et ceux nés à l'étranger. Les cas de tuberculose sont pris en compte à partir de la date à laquelle la province ou le territoire qui effectue la déclaration confirme le diagnostic de tuberculose. Étant donné que les données à l'échelle nationale sont soumises annuellement, toute mise à jour est généralement soumise 12 mois après la soumission annuelle initiale.

## Résultats

En 2016, un total de 1 737 cas de tuberculose active ont été déclarés au Canada ce qui correspond à un taux d'incidence de 4,8 pour 100 000 habitants (**figure 1; tableau supplémentaire 1A** (7)). La majorité (93 %) étaient de nouveaux cas, tandis que 5 % étaient des cas en retraitement (qu'on

**Figure 1 : Nombre de cas de tuberculose active déclarés (nouveaux cas et cas de retraitement) et taux d'incidence pour 100 000, Canada, de 2006 à 2016**





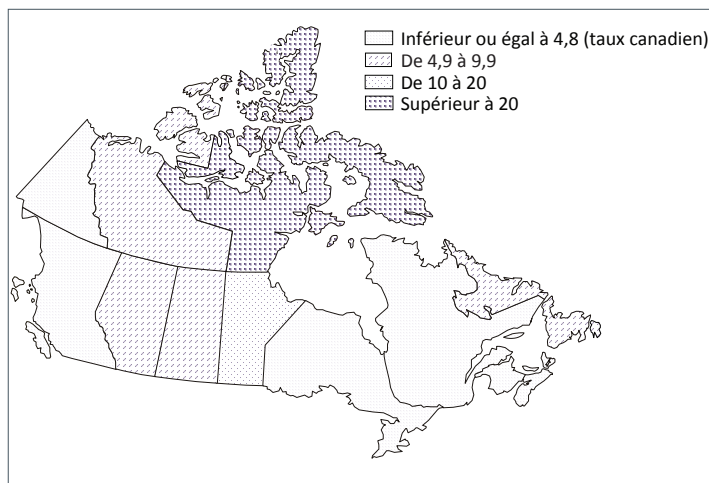
défini comme des patients ayant reçu au moins un diagnostic de tuberculose dans le passé). Aucun antécédent de tuberculose n'était connu pour 2 % des cas déclarés. La proportion de cas de retraitement parmi tous les cas signalés a diminué au cours des dix dernières années en passant de 8,3 % en 2006 à 5,4 % en 2016.

De 2006 à 2016, le nombre de cas de tuberculose déclarés ainsi que le taux d'incidence sont demeurés relativement stables, passant de 1 653 cas et d'un taux de 5,1 pour 100 000 habitants en 2006 à 1 737 cas et d'un taux de 4,8 pour 100 000 habitants en 2016 (figure 1).

### Distribution géographique

En 2016, les taux d'incidence par province et territoire allaient de 0,2 pour 100 000 habitants en Nouvelle-Écosse à 142,9 pour 100 000 habitants au Nunavut (figure 2). Les taux d'incidence observés à Terre-Neuve-et-Labrador, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut étaient supérieurs à la moyenne nationale qui était de 4,8 cas pour 100 000 habitants. Les trois provinces les plus peuplées – l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique – représentaient toujours la majorité (64 %) des cas signalés en 2016.

Figure 2 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par province et territoire, Canada, 2016

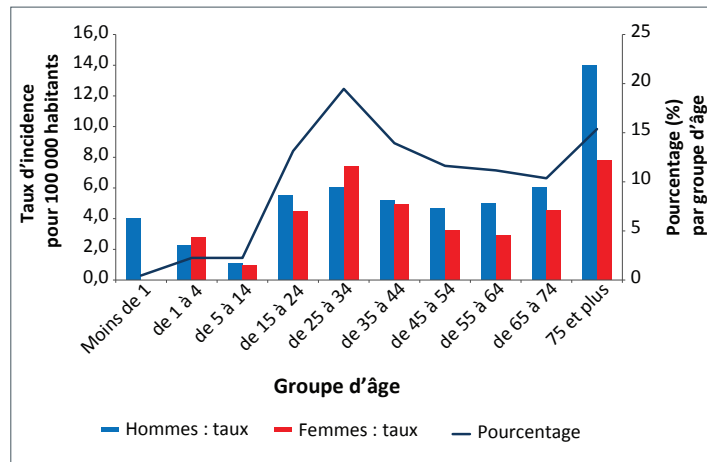


### Distribution selon l'âge et le sexe

Comme pour les années précédentes, les jeunes adultes (de 25 à 34 ans) constituaient le groupe ayant le pourcentage le plus élevé de cas. Toutefois, le taux d'incidence le plus élevé a été constaté chez les personnes de 75 ans ou plus, soit 10,4 pour 100 000 habitants (figure 3; tableaux supplémentaires 2 et 3 (7)). La proportion de cas rapportés chez les patients de moins de 15 ans par rapport à l'ensemble des cas a légèrement diminué au cours de la dernière décennie. En effet, elle est passée de 6,4 % (n = 106/1 653) en 2006 à 5,0 % (n = 86/1 737) en 2016, ce qui correspond à des taux de 1,9 pour 100 000 habitants en 2006 et de 1,5 pour 100 000 en 2016.

En 2016, les hommes et les femmes de 1 à 44 ans avaient des taux d'incidence de la tuberculose semblables, tandis que les hommes de 45 ans ou plus avaient des taux plus élevés que les femmes du même âge. Pour les patients de 75 ans ou plus, le

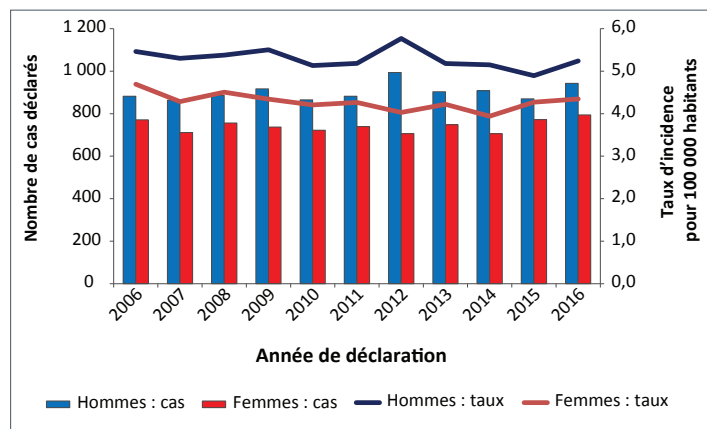
Figure 3 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants et pourcentage par groupe d'âge et par sexe, Canada, 2016



taux des hommes (14,0 pour 100 000 habitants) était presque le double de celui des femmes (7,8 pour 100 000 habitants).

Entre 2006 et 2016, la tuberculose a été diagnostiquée plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. En 2016, la proportion des cas de tuberculose était respectivement 1,2 pour 1. Les hommes représentaient 54 % (n = 943) des cas déclarés, soit un taux d'incidence de 5,2 pour 100 000 habitants (figure 4; tableau supplémentaire 1B (7)). À titre de comparaison, les femmes représentaient 46 % (n = 794) des cas déclarés, soit un taux d'incidence de 4,3 pour 100 000 (tableau supplémentaire 1C (7)).

Figure 4 : Nombre de cas déclarés de tuberculose active (nouveaux cas et retraitement) et taux d'incidence pour 100 000 habitants selon le sexe, Canada, de 2006 à 2016



### Distribution par origine

Parmi les 1 737 cas déclarés en 2016, les personnes nées à l'étranger représentaient 70 % (n = 1 213) des cas, les Autochtones nés au pays comptaient 19 % (n = 333) des cas et les non-Autochtones nés au Canada représentaient 8 % (n = 135) des cas. De plus, 2 % (n = 34) des cas étaient considérés comme des Canadiens au statut autochtone inconnu et 1 % (n = 22) étaient d'origine inconnue (figure 5).

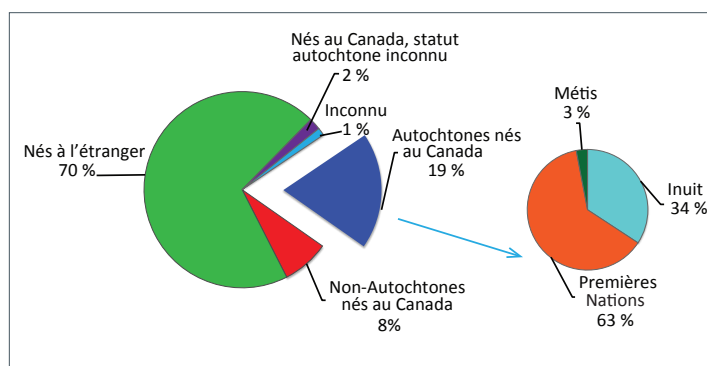


De 2006 à 2016, les tendances des taux d'incidence ont variés selon l'origine (**tableau 1**; **tableau supplémentaire 5** (7)). Alors que les taux sont restés stables chez les non-Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger, des variations ont été constatées au sein de la population autochtone née au pays. Par exemple, le taux d'incidence des Inuit est passé de 115,1 à 170,1 pour 100 000 habitants entre 2006 et 2016. Une tendance globale à la baisse a été observée entre 2006 et 2015 chez les Premières Nations habitant des réserves (de 31,5 pour 100 000 habitants en 2006 à 20,4 en 2015) à l'exception d'une hausse en 2013 (30,8 pour 100 habitants) et également en 2016 (34,1 pour 100 000). À titre de comparaison, le taux a diminué chez les Premières Nations n'habitant pas des réserves (de 26,3 pour 100 000 en 2006 à 14,5 en 2016) ainsi que chez les Métis (de 7,2 par 100 000 en 2006 à 2,1 en 2016).

## Peuples autochtones

En 2016, parmi les 333 cas rapportés chez les Autochtones nés au Canada, 63 % (n = 209) étaient des Premières Nations, 34 % (n = 114) étaient Inuit et 3 % (n = 10) étaient Métis (**figure 5**; **tableau supplémentaire 5** (7)). En 2016, alors que le taux d'incidence était de 0,6 pour 100 000 habitants chez

**Figure 5 : Répartition des cas de tuberculose active (nouveaux cas et retraitement) par origine, Canada, 2016**

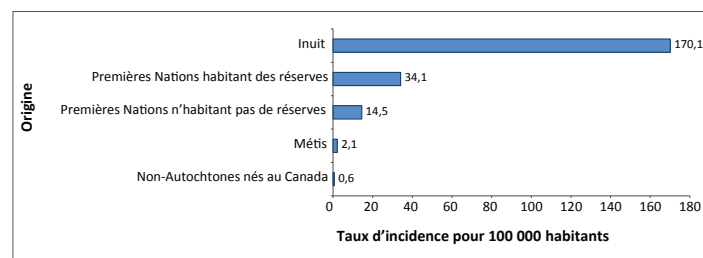


**Tableau 1 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par origine, Canada, de 2006 à 2016**

Année de déclaration	Premières Nations habitant des réserves	Premières Nations n'habitant pas des réserves	Métis	Inuit	Nés à l'étranger	Non-Autochtones nés au Canada	Total Canada
2006	31,5	26,3	7,2	115,1	14,9	0,9	5,1
2007	29,7	24,2	7,5	85,2	14,8	0,7	4,8
2008	26,8	28,0	6,1	160,0	14,5	0,9	4,9
2009	27,0	24,3	5,4	157,1	14,4	1,0	4,9
2010	23,7	20,0	5,4	200,0	14,1	0,7	4,7
2011	21,2	16,4	4,4	166,7	14,7	0,7	4,7
2012	23,8	18,7	2,2	243,9	14,6	0,7	4,9
2013	30,8	11,4	3,5	139,4	17,4	0,6	4,7
2014	21,7	15,2	3,6	177,6	14,2	0,6	4,5
2015	20,4	11,1	2,2	164,7	14,9	0,6	4,6
2016	34,1	14,5	2,1	170,1	15,2	0,6	4,8

les non-Autochtones nés au Canada, celui des Métis (2,1 pour 100 000 habitants) était trois fois plus élevé et celui des Premières Nations (23,8 pour 100 000 habitants) était 41 fois plus élevé (figure 6). Le taux d'incidence le plus élevé par les différents peuples autochtones étaient chez les Inuit avec à un taux de 170,1 pour 100 000 habitants, ce qui représente un taux 296 fois plus élevé que celui des non-Autochtones nés au Canada (format des opérations sur des chiffres non arrondis : par ex.,  $170,1492/0,57405 = 296,4$ ).

**Figure 6 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants, par population autochtone, Canada, 2016**



## Patients nés à l'étranger

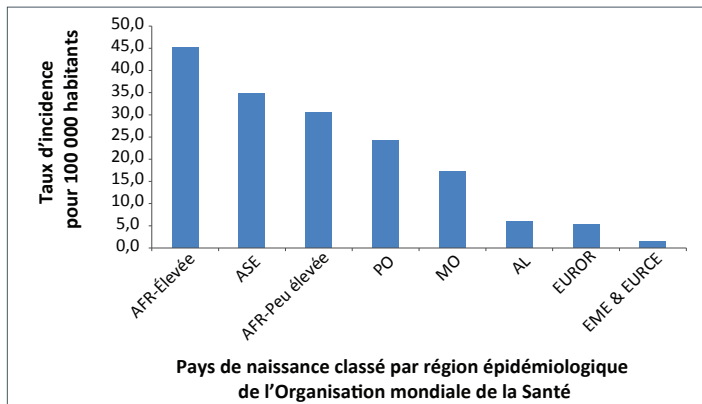
En 2016, le taux de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger était 26 fois supérieur à celui de la population non autochtone née au pays. D'après le pays de naissance utilisé pour le classement de l'OMS par région épidémiologique (11), les deux régions ayant le plus haut taux d'incidence en 2016 parmi les personnes nées à l'étranger étaient les pays africains ravagés par le VIH (45,1 pour 100 000 habitants) et l'Asie du Sud-Est (34,9 pour 100 000) (**figure 7**). Les pays d'où viennent le plus grand nombre de cas de tuberculose chez les personnes nés à l'étranger en 2016 étaient l'Inde (n = 257, 21,2 % des cas nés à l'étranger), les Philippines (n = 252, 20,8 % de ces cas), la Chine (n = 105, 8,7 % de ces cas), le Vietnam (n = 68, 5,6 % de ces cas) et le Pakistan (n = 45, 3,7 % de ces cas).

Parmi les 1 213 cas de tuberculose nés à l'étranger en 2016, l'année d'arrivée au Canada était connue dans 97 % des cas





Figure 7 : Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants chez les patients nés à l'étranger par région épidémiologique<sup>a</sup>, Canada, 2016



Abréviations : AFR-Élevée, prévalence élevée du VIH en Afrique; AFR-Peu élevée, prévalence peu élevée du VIH en Afrique; AL, Amérique latine; EURCE, Europe centrale; EUROR, Europe orientale; EME, économies de marché établies; MO, Méditerranée orientale; ASE, Asie du Sud-Est; PO, Pacifique occidental

<sup>a</sup> Selon les pays de naissance, qui sont regroupés en régions épidémiologiques définies par l'OMS (11)

(n = 1 180). Parmi ces derniers, 40 % étaient arrivés au cours des cinq dernières années et incluait 24 % chez qui l'on a diagnostiqué une tuberculose active au cours des deux années suivant leur arrivée. En 2016, le statut d'immigration au moment du diagnostic a été rapporté dans 72 % des cas (n = 874). Parmi ces derniers, 79 % (n = 694) étaient des citoyens canadiens ou des résidents permanents, 9 % (n = 78) étaient des résidents temporaires (visiteurs, étudiants, travailleurs étrangers) et 4 % (n = 36) étaient des réfugiés, des demandeurs d'asile ou des réfugiés au sens de la Convention. Pour ce qui est des 8 % restants (n = 66), le statut d'immigration déclaré était « Autre » sans nul autre détail.

## Classification diagnostique

En 2016, la tuberculose respiratoire représentait 78 % (n = 1 349) des cas de tuberculose active diagnostiqués au Canada (**tableau supplémentaire 6** et **tableau supplémentaire 7** (7)). Comme par les années précédentes, la tuberculose pulmonaire constituait la forme de maladie la plus souvent déclarée (69 %, n = 1 196). Pour ce qui est de la tuberculose non respiratoire, la forme la plus répandue était la tuberculose des ganglions lymphatiques périphériques (n = 198). Parmi les 4 180 cas non respiratoires, 56 % (n = 2 339) avaient touché des femmes et 44 % (n = 1 841), des hommes. De 2006 à 2016, les enfants de moins de 15 ans représentaient 5,7 % de tous les cas (n = 1 026/18 076) et 66,5 % étaient des primo-infections tuberculeuses (n = 440/662). Par contre, les jeunes de moins de 15 ans ne constituaient que 2,8 % des cas non respiratoires (n = 118/4 180).

## Résultat des traitements pour 2015

Les résultats du traitement étaient disponibles dans 99 % (n = 1 626/1 642) de tous les cas diagnostiqués avec la tuberculose active en 2015 (**tableau 2**; **tableau supplémentaire 8** (7)). Parmi les cas où les résultats du traitement étaient disponibles, 84,9 % des patients (n = 1 380) étaient guéris ou avaient terminé leur traitement.

La proportion de traitements fructueux (patient guéri ou traitement complété) était semblable chez les non-Autochtones

Tableau 2 : Résultats des traitements pour les cas de tuberculose déclarés en 2015, Canada

Résultat déclaré	n	%
Guérison ou traitement complété	1 380	84,9
Décès avant ou pendant le traitement	142	8,7
Traitement en cours	31	1,9
Transfert	30	1,8
Patients perdus de vue	17	1
Traitement interrompu en raison d'effets indésirables	4	0,2
Autre	22	1,4
TOTAL	1 626	100

Abréviation : n, nombre

nés au Canada (87 %, n = 146/167) et les Canadiens nés à l'étranger (85 %, n = 989/1 162). On notait des différences importantes entre les trois populations autochtones : le succès du traitement s'élevait à 58 % (n = 7/12) chez les Métis, à 80 % (n = 126/157) chez les membres des Premières Nations et à 93 % (n = 104/112) chez les Inuit. Pour ce qui est des membres des Premières Nations dont on connaissait le statut de résidence (habitant sur des réserves ou ailleurs) (n = 152), la proportion de succès ne différait guère entre les habitants des réserves et les membres vivant ailleurs.

## Discussion

Bien que les taux d'incidence de la tuberculose au Canada aient été relativement stables au cours de la dernière décennie, on constate depuis trois ans une légère hausse des taux nationaux, qui sont passés de 4,5 pour 100 000 habitants en 2014 à 4,8 en 2016. Ces taux sont restés relativement stables pour tous les groupes, à l'exception des Inuit, chez qui l'on a observé une hausse par un facteur 1,5 de 2006 à 2016, et des Premières Nations habitant des réserves, chez qui l'on a constaté une augmentation par un facteur 1,67 de 2015 à 2016 après une tendance à la baisse entre 2006 et 2015. La population née à l'étranger continue de représenter 70 % des cas. Les hommes continuent de recevoir plus souvent que les femmes un diagnostic de tuberculose selon un ratio de 1,2:1. Depuis dix ans, une légère diminution quant au nombre d'enfants de 14 ans ou moins atteints a été constaté, ce qui laisse croire que l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle a réussi à atténuer la transmission de la phase active (12). La tuberculose pulmonaire est demeurée la forme la plus répandue (69 %). Le pourcentage, relativement faible et en décroissance, des cas de retraitement reflète l'incidence peu élevée de la tuberculose au Canada et indique que les traitements sont efficaces et que beaucoup de patients les suivent (13). Selon les résultats des traitements, 85 % des patients seraient guéris ou auraient complété le traitement.

Plusieurs raisons pourraient expliquer la légère hausse des taux d'incidence observée ces dernières années : variation reliée à de petits chiffres, réactivation de la maladie, éclosions localisées, et/ou meilleure détection en raison du dépistage actif. Un suivi continu et une analyse approfondie seront nécessaires afin de comprendre si ces changements sont significatifs sur le plan statistique.



Malgré le faible taux d'incidence et de transmission au sein de sa population générale, le Canada reconnaît la nécessité d'élaborer de nouvelles stratégies ciblées qui lui permettront, en premier lieu, de réduire le taux élevé d'incidence de tuberculose active qui persiste chez les Autochtones et les Canadiens nés à l'étranger et, en second lieu, de réaliser l'objectif de préélimination pour les pays à faible incidence (qui représente un taux inférieur à 1 pour 100 000 habitants d'ici 2035) (3,4). Le contrôle des éclosions dans les villages Inuit du Nord est en bonne voie (14). L'une des priorités du cadre d'action de l'OMS pour les pays à faible incidence consiste à dépister la phase latente de la tuberculose chez les contacts des cas actifs de tuberculose et certains groupes vulnérables, ainsi qu'à dispenser un traitement préventif aux personnes atteintes de la forme latente qui courent plus de risques de contracter la phase active de la maladie (3). Bien que le Canada n'a pas de programme de surveillance national pour la phase latente, des initiatives prennent actuellement forme afin de contribuer à mieux comprendre la prévalence de la forme latente au Canada.

## Limitations des données

Les données figurant dans ce rapport comportent certaines limites dont il faut tenir compte. Étant donné que le SCDCT est un système de surveillance passif, il repose sur les données recueillies de façon rétrospective à partir de dossiers médicaux et des résultats de laboratoire et non pas sur les données de cas actifs sollicités. Par conséquent, il est difficile de déterminer si toutes les personnes atteintes de tuberculose active ont été identifiées et déclarées. Cela dit, l'OMS estime que le SCDCT possède un taux de détection de 92 % avec une plage d'incertitude allant de 80 % à 110 % (1). L'exactitude des données dépend partiellement de la rapidité avec laquelle les provinces et les territoires transmettent les cas et les mises à jour à l'ASPC. Il existe un certain décalage (i.e. créant un retard de déclaration).

Il faut noter qu'en 2016, la Colombie-Britannique est passée à un nouveau système informatique pour la santé publique provinciale et fédérale, appelé Panorama. Cette province a enregistré une légère diminution du nombre de cas et du taux d'incidence en 2016 ce qui peut être partiellement attribuable aux incohérences informatiques résultant du processus de conversion des données (communication personnelle avec David Roth, 27 octobre 2017). La Colombie-Britannique étant en train de corriger ces incohérences, le problème sera sans doute amélioré avec le temps.

Les mises à jour annuelles du nombre de cas de tuberculose active et des taux d'incidence correspondants jouent un rôle important dans le suivi des progrès accomplis dans la lutte antituberculeuse au Canada. Les données de ce rapport sont considérées comme des données provisoires. Il se peut qu'elles soient modifiées dans les versions futures des rapports de surveillance *La tuberculose au Canada*. Les différences entre les données publiées dans ce rapport et les données publiées dans les rapports de surveillance nationaux, provinciaux et territoriaux précédents peuvent être causées par des retards de déclaration ou encore par les différences entre les dates d'extraction par chacune des bases de données de surveillance. Il est possible que les provinces ou territoires mettent à jour les données publiées plus régulièrement. S'il existe des différences entre le présent rapport et les rapports provinciaux ou territoriaux, le lecteur est encouragé à demander des éclaircissements à la province ou au territoire.

## Conclusion

Bien que les taux d'incidence de la tuberculose au Canada soient faibles par rapport au reste du monde et qu'ils soient relativement stables depuis une dizaine d'années une légère hausse de ces taux a été observée depuis trois ans, notamment chez les Inuit ainsi que chez les patients nés à l'étranger qui continuent de représenter la plupart des cas signalés. Un suivi ainsi qu'une analyse approfondie sont nécessaires afin de comprendre si cette hausse marque le début d'une tendance. Le déclin du nombre d'enfants tuberculeux indique une transmission moins active et la faible proportion de cas de retraitement laisse supposer que le traitement est efficace et que les patients le suivent. Le gouvernement canadien, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et des ministères et organismes fédéraux, continue de redoubler ses efforts afin de prévenir et de contrôler la tuberculose active et encourage la collaboration nécessaire afin de s'attaquer aux facteurs de risque pour la tuberculose au Canada.

## Déclaration des auteurs

J.V. – Conceptualisation, validation, analyse formelle, rédaction de la première ébauche, examen et révision  
 V.G. – Méthodologie, logiciel, validation, analyse formelle, examen et révision  
 E.R. – Conceptualisation, examen et révision, supervision

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Remerciements

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les employés des programmes provinciaux et territoriaux suivants pour leur contribution et leur participation au SCDCT :

- Brenda P. Earles, Health and Community Services, Population Health Branch, Terre-Neuve-et-Labrador
- Jennifer Phillips, Health and Community Services, Population Health Branch, Terre-Neuve-et-Labrador
- Marguerite Cameron, Santé et Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
- Stacey Burns, Santé et Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
- Beverly A. Billard, ministère de la Santé et du Mieux-Être, Nouvelle-Écosse
- Suzanne Savoie, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Hanan Smadi, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Paul Rivest, Direction régionale de santé publique de Montréal, Québec
- Michael Whelan, Santé publique Ontario
- Cecilia Fung, Santé publique Ontario
- Robert Wang, ministère de la Santé du Manitoba
- Nancy Yu, ministère de la Santé du Manitoba
- Luiz C. Mostaço-Guidolin, ministère de la Santé du Manitoba
- Helen Bangura, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Valerie Mann, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Assaad Al-Azem, TB Prevention and Control Saskatchewan
- Rosa Maheden, ministère de la Santé de l'Alberta
- Celine O'Brien, ministère de la Santé de l'Alberta



- Fay Hutton, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
- Sukhman Thind, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
- David Roth, Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
- Beth Roberts, Centre de lutte contre les maladies transmissibles du Yukon
- Lori Strudwick, Centre de lutte contre les maladies transmissibles du Yukon
- Caroline NewBerry, Santé et Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
- Shannon Leblanc, Santé et Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
- Karen Hollett, Santé et Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
- Elaine Randell, ministère de la Santé du Nunavut

## Financement

Cet article a reçu l'appui financier de l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre de son mandat principal.

## Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017. Genève. Organisation mondiale de la Santé; 2017 [consulté le 6 fév 2018]. [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/fr/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/)
2. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie et cibles de la lutte antituberculeuse après 2015. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 [consulté le 6 fév 2018]. [http://www.who.int/tb/post2015\\_strategy/fr/](http://www.who.int/tb/post2015_strategy/fr/)
3. World Health Organization and European Respiratory Society. Framework towards TB elimination in low incidence countries. WHO, ERS; 2014 [consulté le 6 fév 2018]. [http://www.who.int/tb/publications/Towards\\_TB\\_Eliminationfactsheet.pdf](http://www.who.int/tb/publications/Towards_TB_Eliminationfactsheet.pdf)
4. Agence de la santé publique du Canada. La tuberculose au Canada 2012. Ottawa: PHAC; 2015 [Consulté le 2 nov 2017]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/tuberculose-canada-2012.html>
5. Agence de la santé publique du Canada. Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada, Un cadre d'action fédéral. Ottawa: PHAC; 2014 [Consulté le 25 oct 2017]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/prevention-control-e-tuberculose-canada.html>
6. Gallant V, Duvvuri V, McGuire M. La tuberculose au Canada - Résumé 2015. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2017;43(3):85-91. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2017-43/rmtc-volume-43-3-4-2-mars-2017/rmtc-volume-43-3-4-2-mars-2017-tuberculose-1.html>
7. Vachon J, Gallant V, Siu W. La tuberculose au Canada - Tableaux supplémentaires, 2016. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;44(3/4). Sur le Web seulement. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2018-44/numero-3-4-1-mars-2018/article-2-tuberculose-canada-tableaux-supplementaires.html>
8. Menzies D, Wong T, rédacteur/rédactrice. Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse 7e édition 2014. Société canadienne de thoracologie, Agence de la santé publique du Canada. <https://cts.lung.ca/fr/node/91?>
9. Statistique Canada. Programme de recensement. Enquête nationale auprès des ménages de 2011. Produit numéro 99-010-x20111026 au catalogue du Statistique Canada. Ottawa; 2012 [consulté le 1 nov 2017]. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>
10. Morency JD, Caron-Malenfant E, Coulombe S, Langlois S. Projections de la population et des ménages autochtones au Canada, 2011 à 2036. Catalogue numéro 91-552. Ottawa. <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-552-x/91-552-x2015001-fra.pdf>
11. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. Geneva : World Health Organization; 2013 [consulté le 6 fév 2018]. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/91355?locale=en>
12. Newton SM, Brent AJ, Anderson S, Whittaker E, Kampmann B. Paediatric tuberculosis. Lancet Infect Dis 2008 Aug;8(8):498-510. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70182-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70182-8) PubMed ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=18652996&dopt=Abstract](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=18652996&dopt=Abstract)).
13. Dobler CC, Crawford AB, Jelfs PJ, Gilbert GL, Marks GB. Recurrence of tuberculosis in a low-incidence setting. Eur Respir J 2009 Jan;33(1):160-7. <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00104108>, PubMed ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=18829676&dopt=Abstract](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=18829676&dopt=Abstract)).
14. Patterson M, Finn S, Barker K. Lutter contre la tuberculose chez les Inuit au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2018;44(3/4):92-5. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2018-44/numero-3-4-1-mars-2018/article-3-tuberculose-chez-inuit.html>