

La tuberculose au Canada : 1924-2012

Gallant V.¹, Ogunnaike-Cooke S.^{1*} et McGuire M.¹

¹ Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

* Auteure-ressource : Susanna.Ogunnaike-Cooke@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1924 et reste un défi de santé publique important et grave à l'échelle mondiale. La compréhension des tendances et des caractéristiques de la tuberculose est fondamentale pour contrôler la maladie et éviter sa propagation.

Objectif : Fournir un aperçu des données de surveillance de la tuberculose recueillies par deux systèmes nationaux de surveillance et mettre en lumière les tendances importantes des dernières années.

Méthodes : On expose les tendances de l'incidence de la tuberculose depuis 1924. De même, on présente les résultats descriptifs du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose et du Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose, en mettant l'accent sur la période 2002-2012. Aucun test de signification statistique n'a été effectué.

Résultats : Depuis les années 1940, le nombre de cas de tuberculose signalés et le taux d'incidence général au Canada ont baissé. Les hommes ont toujours constitué le plus grand pourcentage de cas, et les individus âgés de 25 à 34 ans représentent habituellement le plus grand nombre de cas signalés par rapport aux autres groupes d'âge. De 2002 à 2012, 66 % des cas de tuberculose signalés concernaient des personnes nées à l'étranger, mais la population autochtone née au Canada représentait le fardeau de la tuberculose le plus important, avec un taux d'incidence moyen cinq fois supérieur au taux général canadien. La pharmacorésistance déclarée au Canada reste toujours inférieure aux niveaux internationaux.

Conclusion : Dans l'ensemble, le Canada présente l'un des taux de tuberculose les plus faibles au monde. Néanmoins, les individus nés à l'étranger et les Autochtones sont toujours représentés de façon disproportionnée parmi les cas diagnostiqués au Canada. Les systèmes de surveillance, comme le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose fournissent les renseignements nécessaires pour orienter les ressources là où elles peuvent être le plus efficaces.

Introduction

Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la tuberculose (TB) a estimé qu'en 2012, 8,6 millions de personnes ont développé la tuberculose et 1,3 million de personnes en sont mortes (1). En raison de l'amélioration générale des conditions de vie et de la santé de la population (2), ainsi que des efforts intensifs consentis par l'approche mondiale Halte à la tuberculose, le nombre annuel de cas de tuberculose est en baisse depuis 2006 (1).

Une inquiétude grave en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose est la pharmacorésistance, ainsi que l'émergence récente de souches très résistantes qui limitent les options de traitement disponibles pour les personnes infectées. En 2012, une étude de l'OMS a montré les taux les plus élevés jamais relevés de cas de tuberculose multirésistante (TB-MR) (3).

L'objectif de cet article est de donner un aperçu de l'épidémiologie de la tuberculose au Canada depuis le début de la déclaration des cas en 1924 et de cerner les dernières tendances de 2002 à 2012. Les données qu'on y

trouve doivent être examinées en lien avec deux rapports nationaux de surveillance : *La tuberculose au Canada 2012 – Prédifffusion* (4) et *La résistance aux antituberculeux au Canada – 2012* (5).

Méthodes

Surveillance de la tuberculose au Canada

Au Canada, la tuberculose active et la résistance aux antituberculeux font l'objet d'un suivi au niveau national à l'aide de deux systèmes de surveillance indépendants : le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT).

Système canadien de déclaration des cas de tuberculose

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire au Canada depuis 1924; à l'heure actuelle, elle l'est également dans l'ensemble des provinces et territoires. Chaque année, les autorités de santé publique provinciales/territoriales soumettent volontairement au SCDCT les données qui répondent à la définition des cas de surveillance à l'échelle nationale.

Le SCDCT est géré par l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence). Il s'agit d'un système de surveillance fondé sur les cas, qui conserve certaines données non nominatives sur les personnes diagnostiquées comme porteuses d'une tuberculose active, y compris, sans toutefois s'y limiter, des renseignements démographiques (p. ex. âge, sexe, statut d'immigration), des renseignements cliniques et sur le traitement, des données sur le diagnostic, des éléments sur les facteurs de risque (notamment l'état sérologique) et des détails sur les résultats du traitement. La collecte des données s'effectue au moyen d'un formulaire de déclaration standard rempli manuellement ou transmis électroniquement.

Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose

Le SCSLT a été créé en 1998 pour surveiller les profils de résistance aux antituberculeux au Canada. Il s'agit d'un système de surveillance fondé sur des isolats et, tout comme le SCDCT, les données sont recueillies soit au moyen d'un formulaire de déclaration standard rempli manuellement, soit par transmission électronique. Les renseignements demandés comprennent le sexe, l'année de naissance, la province/territoire d'origine du prélèvement, la province/territoire où a été effectuée l'étude de la sensibilité aux médicaments, ainsi que les résultats de sensibilité aux médicaments. La pharmacorésistance se développe lorsque la souche de *Mycobacterium tuberculosis* qui cause la maladie est résistante à au moins un des quatre médicaments de première intention (décrits ci-dessous). Dans le SCSLT, les isolats sont classés comme sensibles à tous les médicaments de première intention ou comme résistants à au moins un des antituberculeux.

Les profils de résistance suivants sont décrits dans cet article :

Monorésistance – Résistance à l'un des médicaments de première intention : isoniazide, rifampicine, éthambutol ou pyrazinamide.

Polyrésistance (autres profils) – Résistance à deux ou plusieurs médicaments de première intention, à l'exception d'une résistance à la fois à l'isoniazide et à la rifampicine.

Tuberculose multirésistante – Résistance, à tout le moins, aux deux meilleurs antituberculeux de première intention, soit l'isoniazide et la rifampicine, mais ne répondant pas à la définition d'ultrarésistance.

Tuberculose ultrarésistante – Résistance, à tout le moins, aux deux meilleurs antituberculeux de première intention, soit l'isoniazide et la rifampicine, en plus d'une résistance à des antituberculeux mineurs, y compris toute fluoroquinolone, et à au moins un des trois antituberculeux mineurs injectables (amikacine, capréomycine et kanamycine).

Analyse

Cette analyse présente les résultats descriptifs du SCDCT et du SCSLT, principalement entre les années 2002 et 2012. Plus particulièrement, les nombres de cas de tuberculose et les taux d'incidence sont présentés et stratifiés d'après les variables clés suivantes, le cas échéant : province/territoire de signalement, groupe d'âge, sexe, origine (à savoir Autochtone né au Canada, personne non autochtone née au Canada et personne née à l'étranger), ainsi que la localisation principale. Concernant la pharmacorésistance, le nombre et le pourcentage de cas de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante sont présentés en plus du nombre total d'isolats testés. Aucun test de signification statistique n'a été effectué.

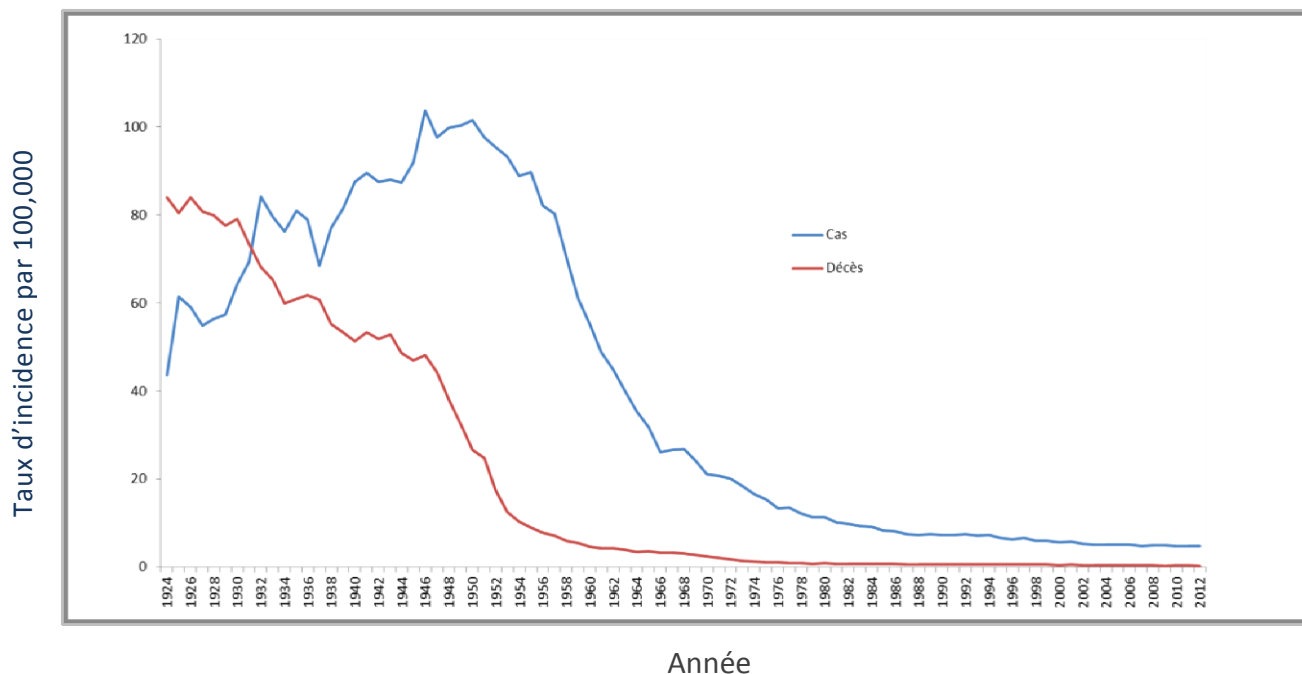
Dans le cadre de cet article, le terme « incidence » fait référence aux nouveaux diagnostics de tuberculose active pour chaque année de déclaration. L'OMS fait remarquer que « l'incidence de la tuberculose n'a jamais été mesurée à l'échelle nationale, car cela nécessiterait des études à long terme sur des cohortes importantes (des centaines de milliers de personnes), ce qui coûterait cher et serait difficile à organiser ». Les déclarations des cas de tuberculose sont une bonne indication de l'incidence de la maladie dans les pays comme le Canada, où la sous-déclaration des cas diagnostiqués est minime et où la qualité des soins et l'accès à la santé font que seuls quelques cas ne sont pas diagnostiqués (1).

Résultats

Tendances de la tuberculose au Canada au fil du temps

Après avoir culminé dans les années 1940, le nombre de cas de tuberculose déclarés et les taux correspondants ont diminué rapidement (**Figure 1**). De même, la mortalité due à la tuberculose a diminué de façon importante. Ces baisses ont été attribuées à l'amélioration des conditions de vie, à une meilleure nutrition et à l'introduction de médicaments efficaces au milieu des années 1940. Les décès dus à la tuberculose semblaient plus nombreux que les nouveaux cas diagnostiqués chaque année au cours des années 1920. Cela peut s'expliquer par une déclaration non systématique de tous les cas et des décès parmi les cas diagnostiqués au cours des années précédentes, ou cela peut indiquer que les cas signalés ne reflétaient que les cas hospitalisés, tandis que les décès concernaient tous les cas terminaux de tuberculose, qu'ils soient hospitalisés ou non. La déclaration systématique des cas de tuberculose a été instituée à l'échelle nationale en 1933, fournissant ainsi un enregistrement plus précis et complet du fardeau de la tuberculose au Canada au fil du siècle.

Au cours des vingt dernières années, le nombre et le taux de cas de tuberculose déclarés ont continué à diminuer, quoique de beaucoup plus mesurés que la baisse observée de 1950 à 1990. En 1992, le taux était de 7,7 pour 100 000 habitants; ce taux est tombé à son niveau historique le plus bas en 2010, soit à 4,7 pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence général a légèrement augmenté en 2012, passant à 4,8 pour 100 000 habitants. Cette augmentation a été attribuée à deux éclosions importantes dans les régions éloignées du Nord du Québec et au Nunavut. Ces éclosions sont actuellement maîtrisées.

Figure 1 : Taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose déclarés – Canada (1924-2012)

Méthodes de répartition selon les provinces/territoires

Bien que le taux général de tuberculose au Canada continue de diminuer, le fardeau de la maladie n'est pas réparti de façon égale dans tout le pays. En moyenne, de 2002 à 2012, les trois plus grandes provinces (c.-à-d. la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec), qui représentent plus de 75 % de la population canadienne, ont enregistré environ 72 % des cas signalés. Cependant, le Nunavut, qui représente moins de 0,1 % de la population totale du Canada, a signalé 5 % de tous les cas de tuberculose.

Les taux d'incidence signalés dans toutes les provinces et dans certains territoires sont restés les mêmes depuis 11 ans. En 2012, les provinces de l'Atlantique, l'Ontario, le Québec et le Yukon ont tous déclaré des taux d'incidence égaux ou inférieurs au taux national de 4,8 pour 100 000 habitants, alors que l'Alberta, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont signalé des taux supérieurs au taux national (allant de 4,9 à 9,9 pour 100 000 habitants), tout comme le Manitoba et les Territoires du Nord-Ouest, avec des taux déclarés allant de 9,9 à 34,4 pour 100 000 habitants. À l'exception de deux ans, depuis qu'il est devenu un territoire distinct en 1999, le Nunavut a toujours signalé le taux d'incidence le plus élevé des provinces/territoires. Cette tendance s'est poursuivie en 2012, où le taux d'incidence signalé pour le Nunavut était de 234,4 pour 100 000 habitants.

Le **Tableau 1** fournit le nombre de cas déclarés et les taux d'incidence ventilés par province/territoire pour les années 2002 à 2012.

Tableau 1 : Nouveaux cas de tuberculose active, cas de retraitement et taux d'incidence pour 100 000 habitants déclarés pour le Canada et les provinces/territoires (2002-2012)

Année de déclaration		Canada	Province/territoire												
			T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt
2002	Cas	1667	9	1	9	11	288	716	98	89	128	287	0	4	27
	Taux	5,3	1,7	0,7	1,0	1,5	3,9	5,9	8,5	8,9	4,1	7,0	0,0	9,6	93,7
2003	Cas	1631	7	3	6	12	257	693	127	91	110	305	1	12	7
	Taux	5,2	1,3	2,2	0,6	1,6	3,4	5,7	10,9	9,1	3,5	7,4	3,2	28,2	23,9
2004	Cas	1612	7	1	8	10	219	699	144	70	109	299	4	10	32
	Taux	5,0	1,4	0,7	0,9	1,3	2,9	5,6	12,3	7,0	3,4	7,2	12,7	23,1	107,2
2005	Cas	1640	9	1	7	6	255	642	114	139	146	265	3	8	45
	Taux	5,1	1,7	0,7	0,7	0,8	3,4	5,1	9,7	14,0	4,4	6,3	9,4	18,4	148,4
2006	Cas	1653	12	0	10	2	227	673	134	87	131	320	3	6	48
	Taux	5,1	2,4	0,0	1,1	0,3	3,0	5,3	11,3	8,8	3,8	7,5	9,3	13,9	155,8
2007	Cas	1575	7	0	7	5	229	680	103	105	112	278	3	15	31
	Taux	4,8	1,4	0,0	0,7	0,7	3,0	5,3	8,6	10,5	3,2	6,5	9,2	34,4	99,2
2008	Cas	1644	8	0	5	5	240	600	141	97	167	300	8	14	59
	Taux	4,9	1,6	0,0	0,5	0,7	3,1	4,6	11,7	9,6	4,6	6,8	24,2	32,0	186,6
2009	Cas	1655	22	1	8	11	196	629	156	90	176	294	4	12	56
	Taux	4,9	4,3	0,7	0,9	1,5	2,5	4,8	12,8	8,7	4,8	6,6	11,9	27,5	174,0
2010	Cas	1587	8	1	10	10	210	643	132	81	134	241	6	11	100
	Taux	4,7	1,6	0,7	1,1	1,3	2,7	4,9	10,7	7,8	3,6	5,3	17,3	25,1	304,7
2011	Cas	1618	8	3	9	5	217	658	116	83	170	258	4	13	74
	Taux	4,7	1,6	2,1	0,9	0,7	2,7	4,9	9,3	7,8	4,5	5,6	11,3	29,4	220,6
2012	Cas	1685	4	1	8	5	266	608	137	91	196	283	1	6	79
	Taux	4,8	0,8	0,7	0,8	0,7	3,3	4,5	10,8	8,4	5,1	6,1	2,8	13,8	234,4

Répartition par âge et par sexe

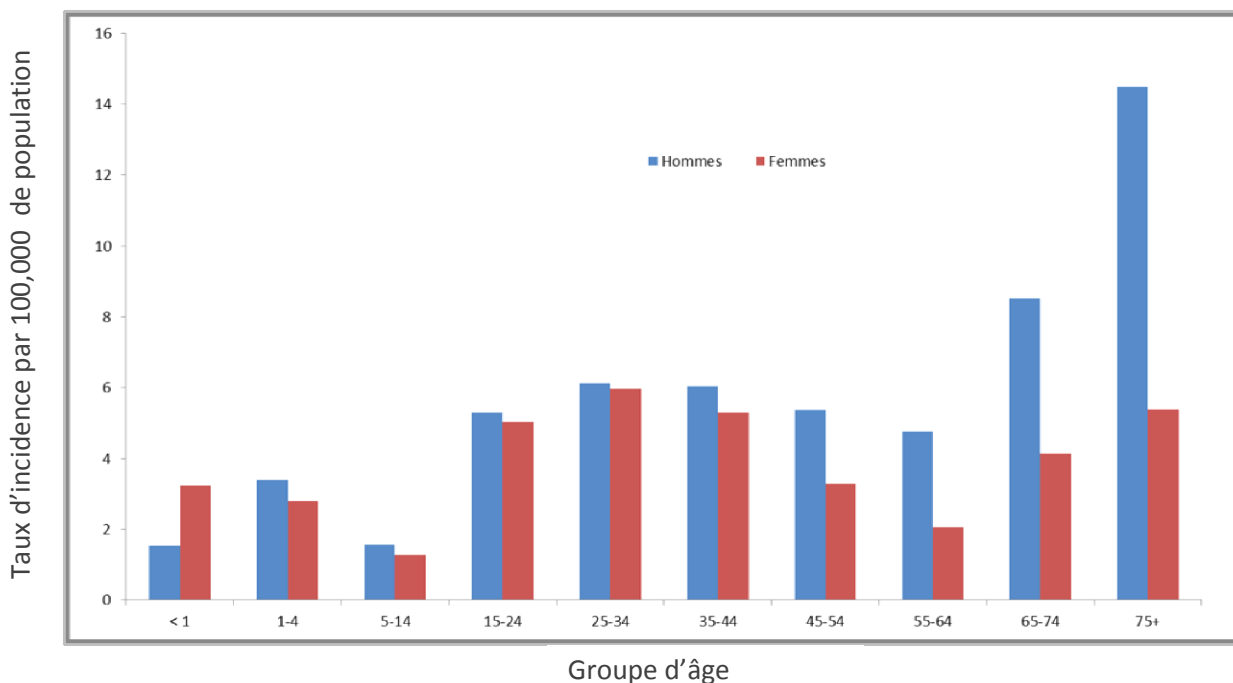
Le taux d'incidence de la tuberculose déclaré a toujours été plus élevé chez les hommes que chez les femmes au Canada. De 2002 à 2012, 55 % des cas signalés concernaient des hommes. Pendant la même période, avec 17 % de cas de tuberculose déclarés, la tranche d'âge de 25 à 34 ans représentait le plus grand pourcentage. Le **Tableau 2** présente une ventilation des cas par groupe d'âge pour les années 2002 à 2012.

Tableau 2 : Nouveaux cas de tuberculose active, cas de retraitement et taux d'incidence pour 100 000 habitants déclarés par groupe d'âge, Canada (2002-2012)

Année de déclaration		Canada	Groupe d'âge									
			< 1 an	1 à 4	5 à 14	15 à 24	25 à 34	35 à 44	45 à 54	55 à 64	65 à 74	75 et plus
2002	Cas	1667	11	43	45	211	314	264	202	162	199	216
	Taux	5,3	3,4	3,1	1,1	4,9	7,3	5,0	4,4	5,2	9,2	11,9
2003	Cas	1631	7	34	41	198	332	277	207	154	178	203
	Taux	5,2	2,1	2,5	1,0	4,6	7,7	5,3	4,4	4,7	8,1	10,8
2004	Cas	1612	6	33	45	198	323	272	198	167	177	193
	Taux	5,0	1,8	2,4	1,1	4,6	7,5	5,3	4,1	4,9	8,0	10,0
2005	Cas	1640	10	38	71	254	279	278	212	142	168	188
	Taux	5,1	2,9	2,8	1,8	5,8	6,4	5,4	4,3	4,0	7,5	9,5
2006	Cas	1653	10	46	50	261	253	287	201	158	168	219
	Taux	5,1	2,9	3,3	1,3	5,8	5,8	5,7	4,0	4,3	7,4	10,7
2007	Cas	1575	12	33	53	200	254	284	209	160	152	218
	Taux	4,8	3,3	2,4	1,4	4,4	5,7	5,7	4,0	4,2	6,5	10,4
2008	Cas	1644	8	30	51	205	298	281	231	166	170	204
	Taux	4,9	2,1	2,1	1,3	4,5	6,6	5,8	4,4	4,2	7,1	9,5
2009	Cas	1655	10	33	46	232	297	294	233	177	142	191
	Taux	4,9	2,6	2,3	1,2	5,1	6,4	6,2	4,3	4,3	5,7	8,7
2010	Cas	1587	9	27	39	201	282	273	214	176	149	217
	Taux	4,7	2,4	1,8	1,0	4,4	6,0	5,8	4,0	4,1	5,8	9,6
2011	Cas	1618	14	33	40	216	296	251	224	166	172	206
	Taux	4,7	3,7	2,2	1,1	4,7	6,2	5,4	4,1	3,8	6,4	8,9
2012	Cas	1685	9	48	53	238	294	267	233	152	177	214
	Taux	4,8	2,4	3,1	1,4	5,2	6,1	5,7	4,3	3,4	6,2	9,1

En tenant compte de l'âge et du sexe ensemble, le plus grand fardeau de la tuberculose, tel qu'il a été mesuré par le taux d'incidence annuel, concernait les hommes de 75 ans et plus (**Figure 2**).

Figure 2 : Taux d'incidence de la tuberculose selon le groupe d'âge et le sexe – Canada (2012)



Populations touchées

Les Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger sont surreprésentés dans les cas déclarés de tuberculose active au Canada. Un examen des tendances historiques met en évidence les changements de l'épidémiologie de la tuberculose par groupe de population au fil du temps au Canada. De 1970 à 2012, années pour lesquelles des données sur l'origine sont disponibles dans le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, la proportion de cas de tuberculose active parmi la population non autochtone née au Canada a diminué de façon importante, passant de 67,8 à 10,3 %. Pendant la même période, la proportion de cas parmi les personnes nées à l'étranger et les Autochtones nés au Canada a augmenté, passant de 17,7 à 65,3 % et de 14,7 à 22,5 %, respectivement.

En 2002, le taux d'incidence de la tuberculose chez les non-Autochtones nés au Canada était de 1 pour 100 000 habitants. Ce taux fluctue depuis, mais est resté stable à 0,7 pour 100 000 habitants depuis 2010. Le taux d'incidence pour les cas chez les personnes nées à l'étranger a diminué, passant de 20 pour 100 000 habitants en 2002 à 13,4 pour 100 000 habitants en 2012. En ce qui concerne les Autochtones nés au Canada, le taux d'incidence, qui était de 22 pour 100 000 habitants en 2002, a augmenté depuis, passant à 29,2 pour 100 000 habitants en 2012.

En 2012, 10 % des cas signalés au Canada étaient des non-Autochtones nés au Canada, 23 % étaient des Autochtones nés au Canada, et 67 % étaient des personnes nées à l'étranger.

La répartition des cas de tuberculose par population touchée varie également selon la province et le territoire. En Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec, la majorité des cas signalés de 2002 à 2012 concernait des personnes nées à l'étranger (fourchette : de 60 à 90 % des cas signalés), alors qu'au Manitoba,

en Saskatchewan et dans les territoires du Nord (c.-à-d. les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon), les Autochtones représentaient la majorité des cas déclarés (fourchette : de 62 à 99 % des cas signalés). Dans la région de l'Atlantique (c.-à-d. le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard), près de la moitié des cas signalés (46 %) concernait des non-Autochtones nés au Canada.

Ces profils géographiques variés reflètent, en partie, les différences de la répartition de la population dans les provinces/territoires, dans le sens qu'on retrouve un plus grand nombre de personnes nées à l'étranger en Ontario, au Québec, en Colombie-Britannique et en Alberta, alors que les Autochtones représentent une proportion plus élevée de la population dans les Prairies et dans le Nord.

Type de maladie (maladie respiratoire ou maladie non respiratoire)

La tuberculose active peut être classée comme maladie respiratoire ou maladie non respiratoire. La tuberculose respiratoire comprend la tuberculose pulmonaire, la tuberculose pleurale, la tuberculose des ganglions lymphatiques endothoraciques et des ganglions lymphatiques du médiastin, ainsi que la tuberculose du larynx, du nasopharynx, du nez ou des sinus. La tuberculose non respiratoire désigne tous les autres sièges de la maladie (7).

De 2002 à 2012, 75 % des cas signalés ont reçu un diagnostic de tuberculose respiratoire. Parmi ces cas, 87 % (fourchette : de 82 à 89 %) ont reçu un diagnostic de tuberculose pulmonaire (qui comprend la tuberculose des poumons et des voies respiratoires) et 7 % (fourchette : de 4,4 à 9,4 %) ont été classés comme ayant une « autre tuberculose respiratoire ». Parmi les autres tuberculoses respiratoires, la pleurésie était le diagnostic le plus fréquemment signalé, suivie par la tuberculose des ganglions lymphatiques endothoraciques. Les 6 % restants (fourchette : de 3,9 à 8,8 %) de cas respiratoires ont reçu un diagnostic de primo-infection tuberculeuse, un état morbide caractérisé par une pleurite et un épanchement pleural, habituellement chez un adolescent ou un jeune adulte, mais éventuellement dans n'importe quel groupe d'âge, découlant d'une infection récente (dans les 24 mois précédents) par le complexe *M. tuberculosis* (7).

Vingt-quatre pour cent des cas de tuberculose déclarés de 2002 à 2012 ont été classés comme étant une tuberculose non respiratoire. Parmi ces cas, 54 % ont reçu un diagnostic de lymphadénite tuberculeuse périphérique; 5 %, de tuberculose du système nerveux central; et 2 %, de tuberculose miliaire ou disséminée. Les 38 % restants ont été classés comme « Autres », ce qui comprend principalement la tuberculose des os, des articulations, de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des intestins, du péritoine et des ganglions mésentériques.

Pharmacorésistance

La tuberculose pharmacorésistante menace le contrôle de la tuberculose et est considérée comme une préoccupation majeure de santé publique dans plusieurs pays (1). Même si la tuberculose pharmacorésistante, y compris la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante, n'a pas encore été désignée comme représentant un problème majeur au Canada, le potentiel d'émergence accrue de tels cas au Canada existe en raison de l'augmentation et de la facilité des voyages internationaux.

De 2002 à 2012, un total de 14 880 isolats ont été testés pour la résistance aux antituberculeux. Parmi ceux-ci, 176 (1,2 %) concernaient une tuberculose multirésistante et 7 (0,05 %), une tuberculose ultrarésistante. Le **Tableau 3** présente les résultats des tests de pharmacorésistance pour tous les isolats testés de 2002 à 2012.

Tableau 3 : Nombre total d'isolats testés ainsi que nombre et pourcentage reconnus comme des isolats de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante, Canada (2002-2012)

Année	Nombre total d'isolats évalués	TB-MR* (%)	TB-UR (%)
2002	1419	20 (1,4%)	1 (0,1%)
2003	1405	20 (1,4%)	1 (0,1%)
2004	1376	12 (0,9%)	0
2005	1335	22 (1,6%)	0
2006	1389	15 (1,1%)	1 (0,1%)
2007	1267	11 (0,9%)	0
2008	1356	15 (1,1%)	1 (0,1%)
2009	1331	18 (1,4%)	0
2010	1279	17 (1,3%)	1 (0,1%)
2011	1319	18 (1,4%)	1 (0,1%)
2012	1404	8 (0,6%)	1 (0,1%)
Total	14880	176 (1,2%)	7 (0,05%)

* Cela ne comprend pas la tuberculose ultrarésistante.

Analyse

Dans l'ensemble, le Canada enregistre les taux de tuberculose les plus faibles au monde, et la pharmacorésistance signalée au Canada reste constamment en dessous des niveaux internationaux. Les données de surveillance disponibles mettent en évidence les aspects uniques de la tuberculose au Canada, y compris l'effet disproportionné sur les populations autochtones et les immigrants au Canada en provenance de régions du monde ayant des taux élevés de tuberculose.

De nombreuses collectivités autochtones touchées se trouvent dans des régions éloignées et isolées du Canada (8,9). Les collectivités du Nord ont souvent de mauvaises conditions de vie, comme le surpeuplement et un logement mal ventilé. Certaines de ces collectivités souffrent également de malnutrition, de taux plus élevés de tabagisme, de diabète et d'abus d'alcool ou d'autres drogues (8,9). À cause de ces conditions, les habitants courent un risque accru de contracter la tuberculose (7). Dans une tentative d'arrêter la transmission continue, les récentes éclosions dans les régions éloignées du Nord du Canada ont fait l'objet d'un degré élevé de planification et d'efforts visant à repérer, à diagnostiquer et à dépister toutes les personnes potentiellement infectées.

En 2012, les personnes nées à l'étranger représentaient plus de 65 % de tous les cas de tuberculose déclarés et la majorité des cas de tuberculose pharmacorésistante au Canada. En 2012, le Canada, qui est une destination de choix pour les migrants, a reçu environ 260 000 immigrants et réfugiés (10). Au cours des 40 dernières années, il y a eu un changement démographique majeur dans la composition des pays d'origine des nouveaux migrants au Canada. Avant les années 1960, la plupart des personnes qui immigraient au Canada provenaient de pays européens. Depuis les années 1970, cependant, la plupart des immigrants (plus de 70 %) viennent de pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, qui ont des taux d'incidence de la tuberculose moyens ou élevés (11).

Points forts et limites de la surveillance nationale de la tuberculose au Canada

Même si la surveillance de la tuberculose au Canada est bien établie, il existe toujours d'importantes limites. Le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose sont tous deux des systèmes de surveillance passive qui dépendent de données recueillies rétrospectivement à partir de dossiers médicaux ou de résultats de laboratoire, par opposition à une surveillance active qui impliquerait des mesures prospectives visant à repérer les cas. Ainsi, la couverture du système (c.-à-d. si toutes les personnes atteintes de tuberculose sont en cours d'identification) demeure une préoccupation. L'exactitude des données dépend, en partie, des déclarations et des mises à jour en temps opportun de la part des provinces/territoires à l'intention de l'Agence. Il y a parfois des retards de déclaration, mais ils n'ont que rarement une incidence sur les résultats finaux. De 2002 à 2012, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que le taux de détection des cas au Canada était en moyenne de 85 % (fourchette : de 75 à 98 %) par an (1).

Les méthodes employées pour recueillir et analyser les données présentées dans cet article ont été conçues pour réduire le plus possible les erreurs. Toutefois, les données peuvent comporter des erreurs de codage, de déclaration et de traitement qui n'ont pas pu être détectées ou qui n'ont pas été corrigées à la source. Par exemple, les provinces/territoires n'exploitent pas tous les systèmes de codage de la CIM-9 ou de la CIM-10 pour enregistrer les diagnostics de la maladie, ce dont le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose a besoin pour classer les patients selon la localisation principale de la maladie.

Habituellement, avec le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose, seuls les isolats de tuberculose multirésistante ou de tuberculose ultrarésistante font l'objet d'une épreuve de sensibilité à certains antituberculeux mineurs. Bien que le Clinical and Laboratory Standards Institute recommande de vérifier la résistance aux antituberculeux mineurs des isolats monorésistants à l'isoniazide, ainsi que des isolats polyrésistants mais non multirésistants (12), de tels résultats ne sont pas systématiquement obtenus ou signalés au Canada. Les isolats autres que ceux de la tuberculose multirésistante peuvent être résistants à la fluoroquinolone en raison de leur utilisation répandue pour soigner les infections respiratoires. Notre compréhension de l'émergence de la résistance aux antituberculeux mineurs au Canada est donc limitée.

Conclusion

Au Canada, la gestion et le contrôle de la tuberculose sont complexes. En raison de collectivités autochtones éloignées qui ont connu des éclosions de tuberculose, le système de santé peine à fournir un traitement adéquat dans un effort visant à cesser la transmission continue de la maladie et à résoudre de nombreux problèmes sociaux liés à la propagation de la maladie. Chez les personnes nées à l'étranger, le défi consiste à repérer les personnes immigrées à haut risque de progression vers une tuberculose active, y compris celles pouvant résister à certains des meilleurs traitements antituberculeux disponibles et qui nécessitent un traitement prolongé. Les systèmes de surveillance, comme le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose et le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose, sont essentiels afin de fournir les renseignements sur la santé nécessaires pour cibler les ressources là où elles peuvent être le plus efficaces.

Références

- (1) Organisation mondiale de la Santé. *WHO Report 2013 – Global Tuberculosis Control*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2013. WHO/HTM/TB/2013.11.
- (2) Oxlade O., Schwartzman K., Behr M. A., Benedetti A., Pai M., Heymann J. *et al.* Global tuberculosis trends: a reflection of changes in tuberculosis control or in population health? *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13(10):1238-46. Epub 2009/10/02.
- (3) Matteo Zignol *et al.* Surveillance of anti-tuberculosis drug resistance in the world: an updated analysis, 2007-2010. *Bull World Health Organ* 2012; 90:111-119D | doi:10.2471/BLT.11.092585
- (4) Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2012 – Prédifussion*. Ottawa (Canada) : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux; 2013.

- (5) Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose : La résistance aux antituberculeux au Canada – 2012*. Ottawa (Canada) : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux; 2013.
- (6) Last J. M. *A Dictionary of Epidemiology*, 4th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- (7) Menzies R. et Wong T. (éd.) 2013. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 7^e édition. Société canadienne de thoracologie, Association pulmonaire du Canada, Agence de la santé publique du Canada.
- (8) Inuit Tapiriit Kanatimi, *Inuit-Specific Tuberculosis Strategy*, mars 2013.
- (9) Santé Canada. *Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves*. Ottawa (Canada). Ministre de la Santé, Canada, 2012.
- (10) Citoyenneté et Immigration Canada. *Faits et chiffres 2012 – Aperçu de l’immigration : Résidents permanents et temporaires*. Ottawa : CIC, 2012. Ci1-8/2012F-PDF.
- (11) Chui T., Tran K. et Maheux H. *Immigration au Canada : un portrait de la population née à l’étranger, Recensement de 2006*. Ottawa : Statistique Canada, 2007.
- (12) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). *Susceptibility Testing of Mycobacteria, Nocardiae, and Other Aerobic Actinomycetes; Approved Standard, M24-A*. Clinical and Laboratory Standards Institute, 2011.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les programmes provinciaux et territoriaux de lutte antituberculeuse, le Réseau technique canadien de laboratoires de tuberculose et leurs équipes respectives de leur contribution et de leur participation au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose et au Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose.

Conflit d’intérêts

Les auteurs n’ont aucun conflit d’intérêts connu à déclarer.

Financement

Ce travail a été appuyé par l’Agence de la santé publique du Canada.