

# Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse

7<sup>ième</sup> édition

Chapitre 1 : L'épidémiologie de la  
tuberculose au Canada



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

THE  LUNG ASSOCIATION™  
L'ASSOCIATION PULMONAIRE

CANADIAN  THORACIC SOCIETY  
SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

**Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.**

— Agence de la santé publique du Canada

**Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 7<sup>ième</sup> édition**

Également disponible en anglais sous le titre :  
**Canadian Tuberculosis Standards, 7<sup>th</sup> Edition**

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :  
Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections  
Agence de la santé publique du Canada  
Courriel : [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca)

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou [copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca](mailto:copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca).

PDF    Cat.:    HP40-18/2014F-PDF  
      ISBN:    978-0-660-21721-5  
      Pub. :    140219

## TABLE DES MATIÈRES

<b>L'Épidémiologie de la Tuberculose au Canada .....</b>	<b>2</b>
<b>Messages/points clés .....</b>	<b>2</b>
<b>État de la situation .....</b>	<b>2</b>
Vue d'ensemble de l'épidémiologie mondiale .....	2
Surveillance de la tb active au Canada .....	3
<b>Incidence et mortalité .....</b>	<b>4</b>
<b>Distribution selon l'âge et le sexe .....</b>	<b>5</b>
<b>Distribution par groupe de la population et par province/territoire .....</b>	<b>6</b>
<b>La Tuberculose chez les Autochtones nés au Canada .....</b>	<b>9</b>
<b>La Tuberculose chez les personnes nées à l'étranger .....</b>	<b>11</b>
<b>Localisation de la maladie.....</b>	<b>14</b>
<b>Coinfection TB-VIH .....</b>	<b>16</b>
<b>Pharmacorésistance .....</b>	<b>17</b>
<b>Traitements et résultats.....</b>	<b>17</b>
<b>Sommaire des principales tendances.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusions.....</b>	<b>18</b>
<b>Références .....</b>	<b>19</b>

## CHAPITRE 1

# L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE AU CANADA

Jessica Halverson, MPH, MSW  
Edward Ellis, MD MPH, FRCPC  
Victor Gallant, MA  
Chris P. Archibald, MDCM, MHSc, FRCPC

### MESSAGES/POINTS CLÉS

- Le taux global et le nombre annuel de cas de tuberculose (TB) continuent de décliner au Canada.
- Toutefois, on observe des disparités marquées dans certains groupes de la population et dans certaines régions géographiques; les personnes nées à l'étranger et les Autochtones sont touchés de manière disproportionnellement importante par la TB.

### ÉTAT DE LA SITUATION

#### VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE MONDIALE

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y aurait eu 8,8 millions de nouveaux cas de TB dans le monde entier en 2010, ce qui correspond à un taux d'incidence de 128 cas pour 100 000 habitants<sup>1</sup>. Grâce à une amélioration des conditions de vie générales et de la santé de la population dans son ensemble<sup>2</sup>, ainsi qu'aux efforts soutenus déployés dans le cadre de la stratégie mondiale Halte à la tuberculose, le nombre de cas incidents déclarés chaque année ne cesse de décliner depuis 2006. De même, le taux d'incidence est en régression constante après avoir culminé en 2002 à 141 cas pour 100 000 habitants<sup>3</sup>. En 2010, un huitième des cas incidents présentaient une coinfection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et 82 % de ces cas vivaient dans la Région africaine de l'OMS<sup>4</sup>. De plus, on estime que sur les 1,4 million de personnes décédées des suites de la TB en 2010, 25 % étaient coinfectées par le VIH<sup>4</sup>. L'objectif du Partenariat Halte à la tuberculose de réduire la mortalité de 50 % entre 1990 et 2015 sera vraisemblablement atteint dans toutes les régions de l'OMS sauf la Région africaine, mais les taux de mortalité continuent d'avoir des conséquences importantes : en 2009 seulement, les décès attribuables à la TB ont fait près de 10 millions d'orphelins.

Sur les 8,8 millions de cas incidents estimés en 2010, 5,7 millions ont été dans les faits déclarés, ce qui donne un taux estimé de détection des cas de 65 %<sup>4</sup>. Chez les cas détectés en 2009, le taux de réussite du traitement des cas à frottis positif a été de 87 %, ce qui est le taux de réussite le plus élevé jamais obtenu<sup>4</sup>. De 1995 à 2010, 46 millions de personnes ont été traitées avec succès, et on estime à 6,8 millions le nombre de décès qui ont pu être évités grâce à des programmes ayant mis en application la stratégie DOTS (traitement de courte durée sous observation directe)/stratégie Halte à la tuberculose<sup>4</sup>.

La TB multirésistante (TB-MR) demeure un problème de taille, avec 150 000 décès annuels estimés en 2008 et 650 000 cas prévalents en 2010<sup>4</sup>. On estime que 3,4 % des nouveaux cas et 20 % des cas de retraitement ayant commencé à suivre un traitement en 2010 présentaient une TB-MR, mais 16 % de ces cas seulement ont reçu un traitement tenant compte de cette multirésistance<sup>1</sup>. Cette situation peut s'expliquer par le fait que, dans la plupart des pays, moins de 5 % des nouveaux cas de TB et des cas précédemment traités ont fait l'objet de tests de dépistage de la multirésistance<sup>1,4</sup>.

## **SURVEILLANCE DE LA TB ACTIVE AU CANADA**

Les autorités de santé publique locales sont tenues de déclarer tous les cas de TB à leur programme provincial/territorial respectif de lutte antituberculeuse. Les programmes de lutte antituberculeuse provinciaux et territoriaux déclarent ensuite volontairement les cas de TB qui répondent à la définition nosologique canadienne au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT) à des fins de surveillance à l'échelle nationale. Le SCDCT est géré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et contient certains renseignements non nominatifs sur chaque cas de TB active, notamment les données démographiques et cliniques et les détails concernant le diagnostic, le traitement et le résultat du traitement.

**Les plus récents rapports sur la tuberculose au Canada sont accessibles à l'adresse :**  
**<http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/surv-fra.php>**

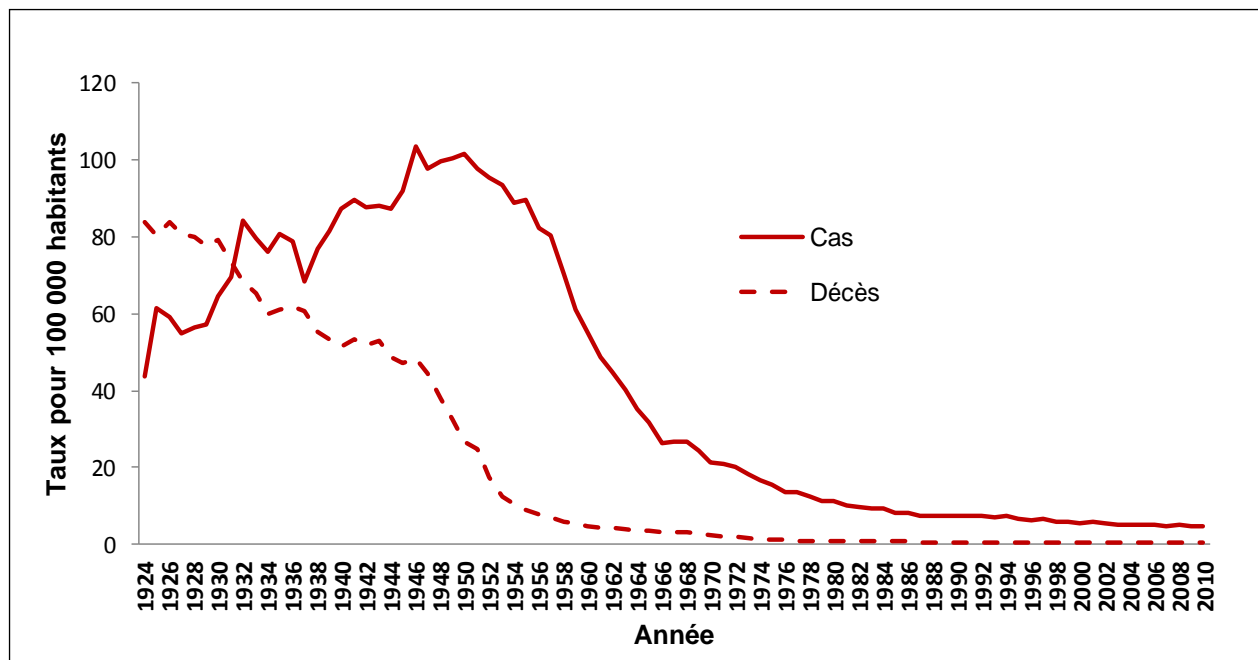
**Les plus récents rapports de l'OMS sont accessibles à l'adresse :**  
**<http://www.who.int/tb/country/en/index.html>**

## INCIDENCE ET MORTALITÉ

Au Canada, la TB a été une cause importante de morbidité et de mortalité tout au long de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Les données sur le nombre déclaré de cas de TB et le nombre de décès attribuables à cette maladie sont disponibles depuis 1924. Comme le montre la figure 1, le nombre de décès attribuables à la TB semble avoir été supérieur chaque année à celui des nouveaux cas diagnostiqués durant les années 1920. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une sous-déclaration des cas, ou indiquer que seuls les cas hospitalisés étaient déclarés, tandis que le nombre de décès représentait tous les cas de la maladie ayant eu une issue fatale, qu'il y ait eu hospitalisation ou pas. La déclaration systématique des cas de TB a été instaurée à l'échelle nationale en 1933, ce qui a permis de brosser un tableau plus précis et exhaustif du fardeau de la TB au Canada tout au long du siècle.

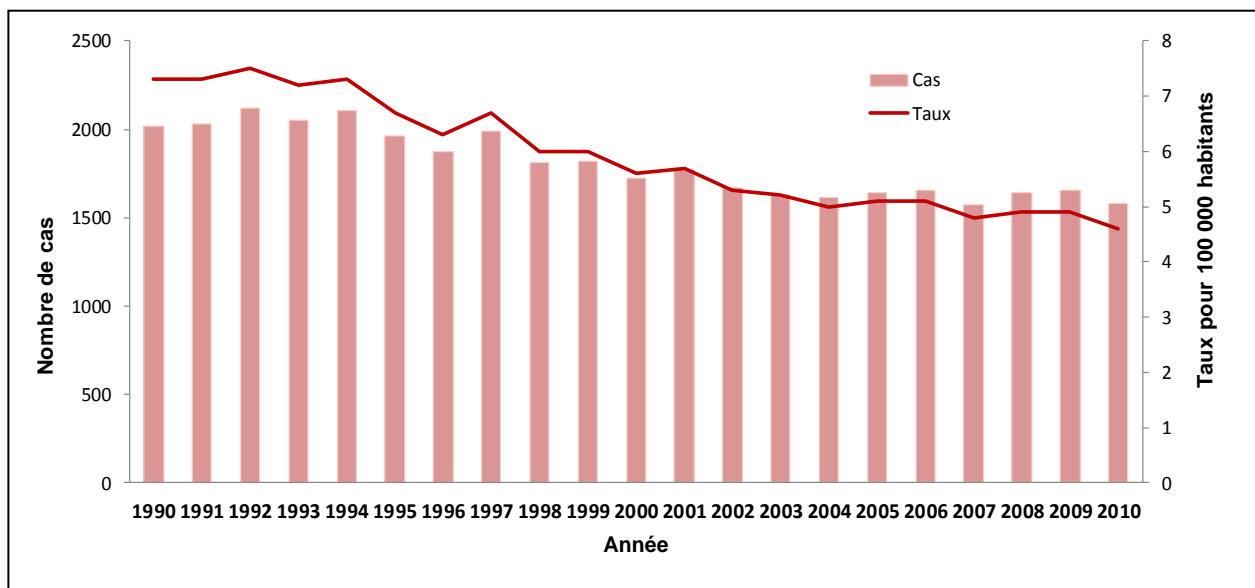
D'après les chiffres disponibles, en 1926, de tous les décès déclarés au Canada, 1 sur 13 était imputable à la TB, un nombre légèrement plus élevé que celui des décès attribués au cancer<sup>5</sup>. Grâce à l'amélioration des conditions de vie et à l'isolement de certains cas contagieux dans les sanatoriums, les taux d'incidence et de mortalité ont amorcé un déclin dans les années subséquentes, lequel s'est accéléré après l'introduction d'un traitement antibiotique efficace au milieu du XX<sup>e</sup> siècle (figure 1).

**Figure 1: Taux d'incidence de la TB et taux de mortalité par TB déclarés au Canada, 1924-2010**



Au cours des deux dernières décennies, le nombre de cas déclarés de TB et le taux d'incidence de cette maladie au Canada n'ont cessé de décliner, quoique de manière beaucoup plus graduelle que la chute observée entre 1950 et 1990. Le taux était de 7,0 pour 100 000 habitants en 1990 (figure 2) et a baissé jusqu'à la valeur la plus faible jamais enregistrée, en 2010, de 4,6 pour 100 000 habitants (1 577 cas déclarés en 2010).

Figure 2 : Nombre de cas et taux d'incidence de la TB déclarés au Canada, 1990-2010

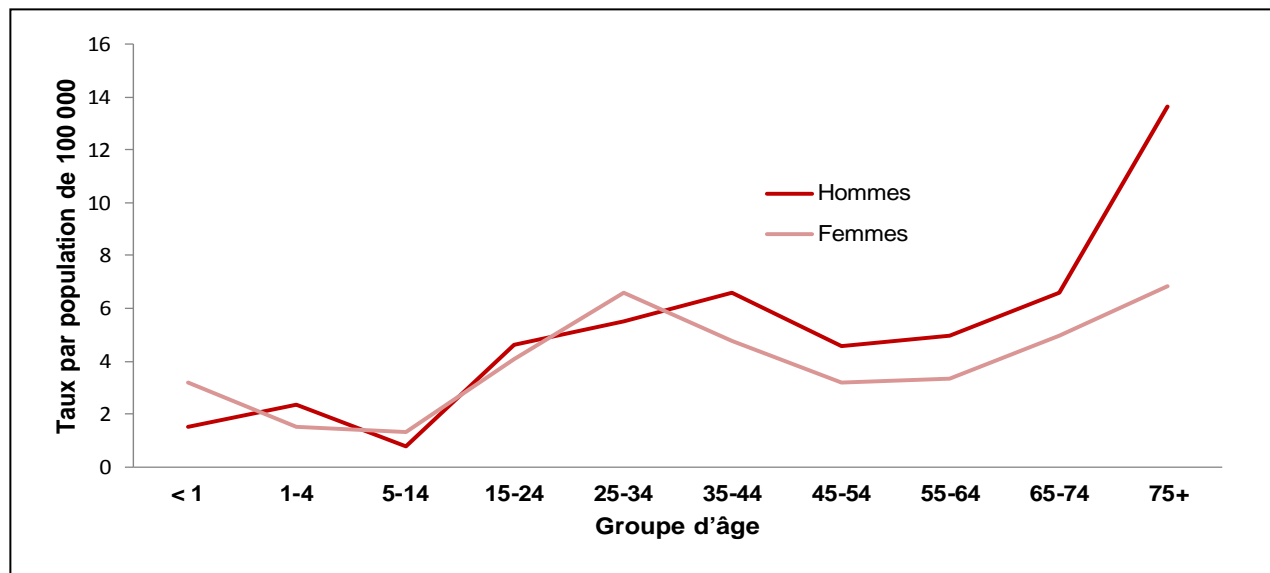


## DISTRIBUTION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Si le taux d'incidence de la TB a toujours été plus élevé chez les hommes que chez les femmes au Canada, l'écart a diminué au fil des ans. En 2010, le ratio hommes:femmes était de 1:0,8.

Entre 2000 et 2010, le nombre de cas le plus élevé se retrouvait chez les personnes de 25 à 34 ans et celles de 35 à 44 ans par rapport aux autres groupes d'âge. Toutefois, le taux par âge le plus élevé s'observait chez les 75 ans et plus. En 2010, 35 % des cas étaient âgés de 25 à 44 ans, tandis que le taux par âge le plus élevé, soit 9,6 pour 100 000 habitants, était enregistré chez les 75 ans et plus (figure 3). Globalement, selon l'âge et le sexe, le taux le plus élevé, soit 13,6 pour 100 000 habitants, a été observé chez les hommes de 75 ans ou plus.

Figure 3 : Taux d'incidence de la TB selon le sexe et le groupe d'âge au Canada, 2010

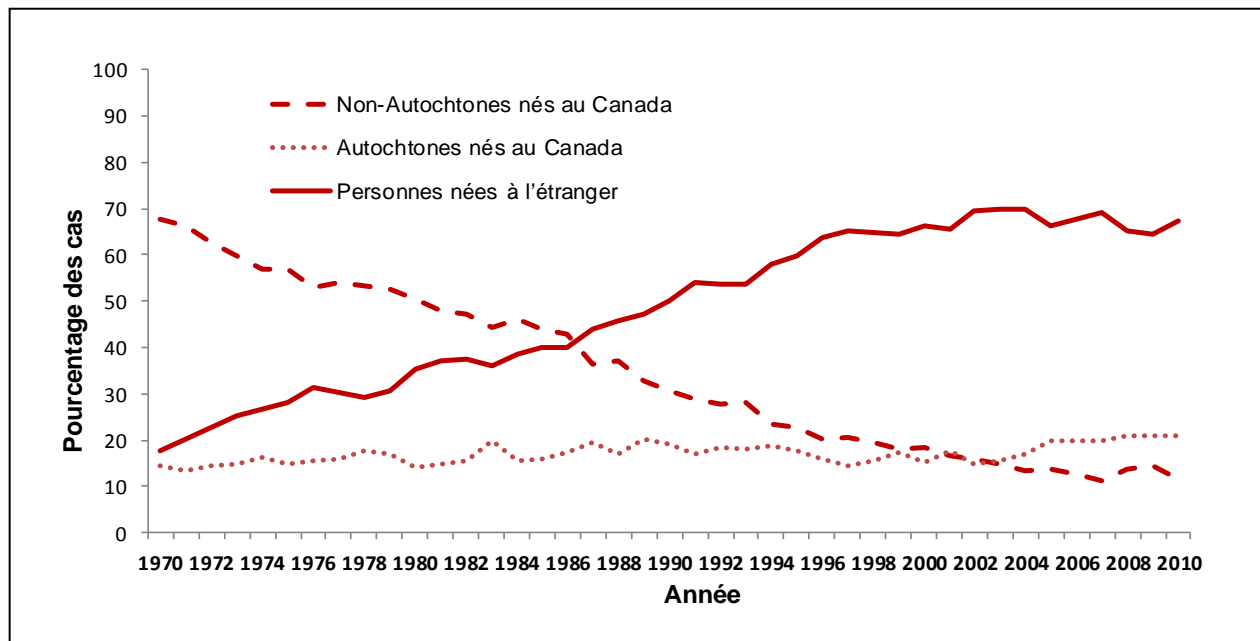


## DISTRIBUTION PAR GROUPE DE LA POPULATION ET PAR PROVINCE/TERRITOIRE

Malgré le déclin continu du taux global de TB au Canada, le fardeau de cette maladie n'est pas supporté également par tous<sup>6</sup>. En particulier, les Autochtones nés au Canada et les personnes nées à l'étranger sont touchés par cette maladie de manière disproportionnellement importante (figure 4). De 1970 à 2010, la proportion des cas de TB active dans la population non autochtone née au Canada a connu une diminution marquée, passant de 67,8 % à 11,8 %. Durant la même période, cette proportion a affiché une hausse prononcée, de 17,7 % à 67,0 %, chez les personnes nées à l'étranger et a également augmenté chez les Autochtones nés au Canada, étant passée de 14,7 % à 21,2 %.

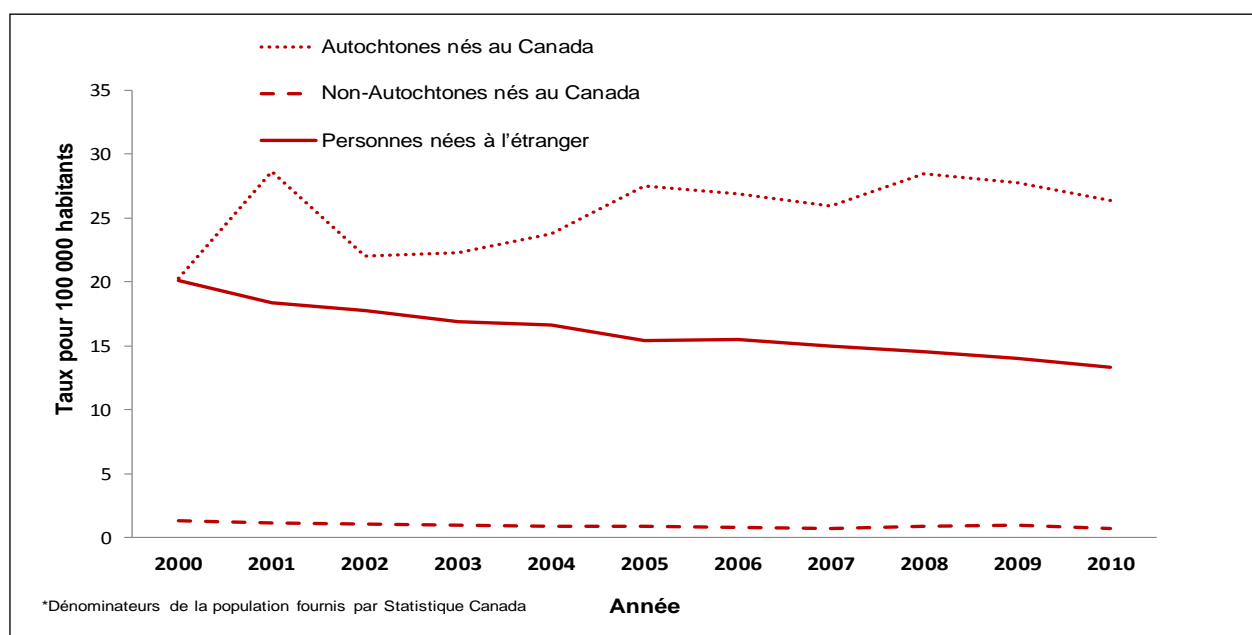


**Figure 4 : Pourcentage des cas de TB déclarés par groupe de la population au Canada, 1970-2010**



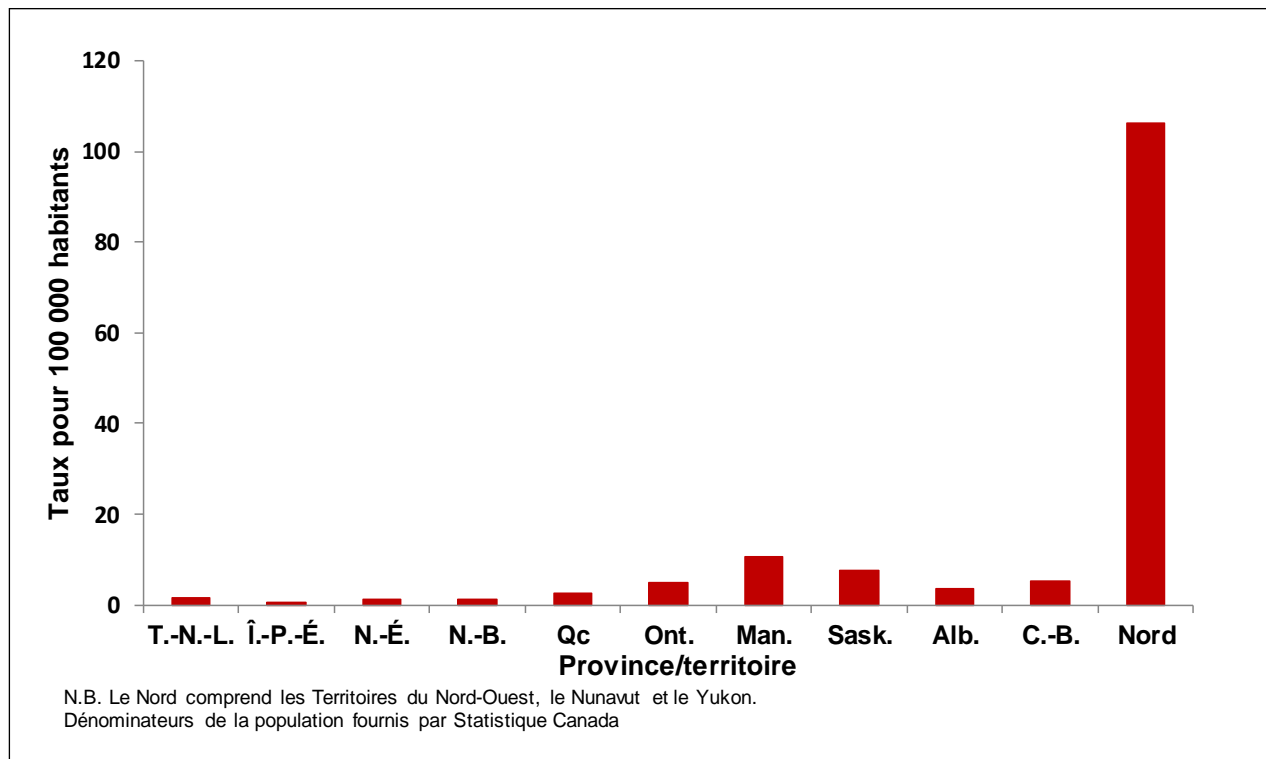
Le nombre de cas chez les non-Autochtones nés au Canada continue de chuter. En 2010, le taux d'incidence dans ce groupe de la population était de 0,7 pour 100 000 habitants (figure 5).

**Figure 5 : Taux d'incidence déclaré de la TB par groupe de la population au Canada, 2000-2010\***



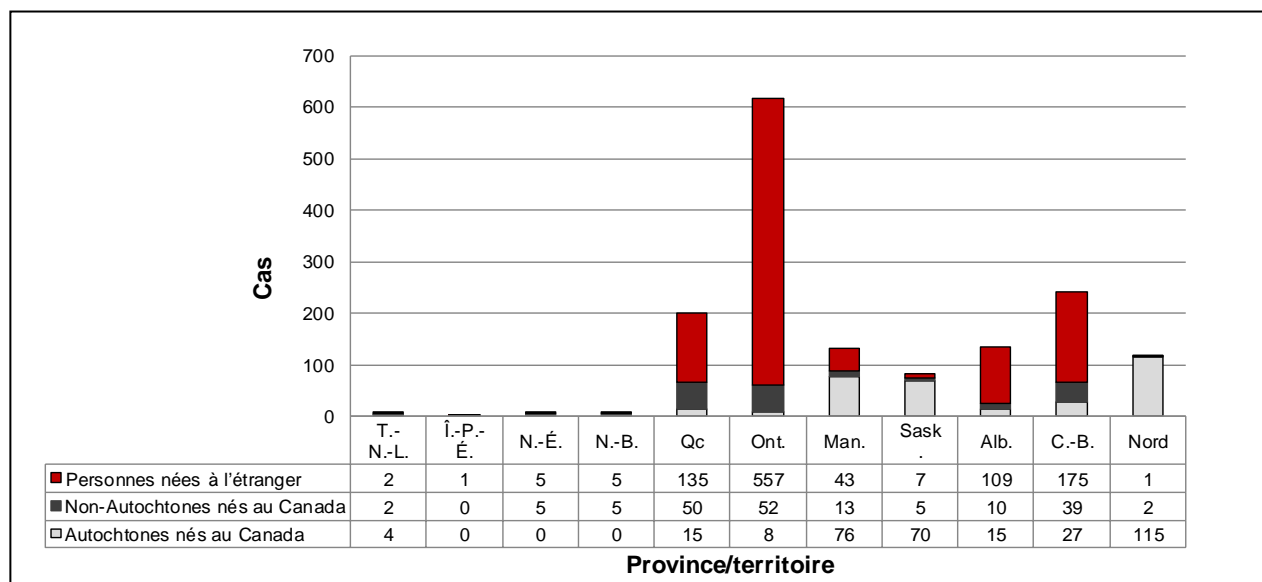
Outre les disparités sur le plan du taux d'incidence d'un groupe de la population à l'autre, les tendances en matière de TB révèlent également d'importantes inégalités d'une région géographique du Canada à l'autre. En 2010, les taux d'incidence variaient d'un minimum de 0,7 pour 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard à un maximum de 105,8 pour 100 000 habitants dans les territoires du Nord (Figure 6). Les trois provinces canadiennes les plus peuplées, à savoir la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec, qui représentent 75 % de la population, comptaient pour 69 % de tous les cas de TB en 2010.

**Figure 6 : Taux d'incidence déclarés de la TB par groupe de la population et par province/territoire, Canada, 2010**



La distribution des cas de TB par groupe de la population varie également de façon importante d'une province ou d'un territoire à l'autre. Comme le montrent les graphiques ci-dessous (figure 7), la majorité des cas observés en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec sont survenus chez des personnes nées à l'étranger, tandis qu'au Manitoba, en Saskatchewan et dans les territoires du Nord, ce sont surtout les Autochtones qui sont touchés. Ces tendances géographiques différentes sont en partie le reflet de variations dans les populations des provinces et territoires : les personnes nées à l'étranger sont plus nombreuses en Ontario, au Québec, en Colombie-Britannique et en Alberta en particulier, tandis que les communautés autochtones constituent une proportion plus importante de la population générale dans les Prairies et dans le Nord.

**Figure 7 : Nombre de cas déclarés de TB par groupe de la population et par province/territoire, Canada, 2010\***



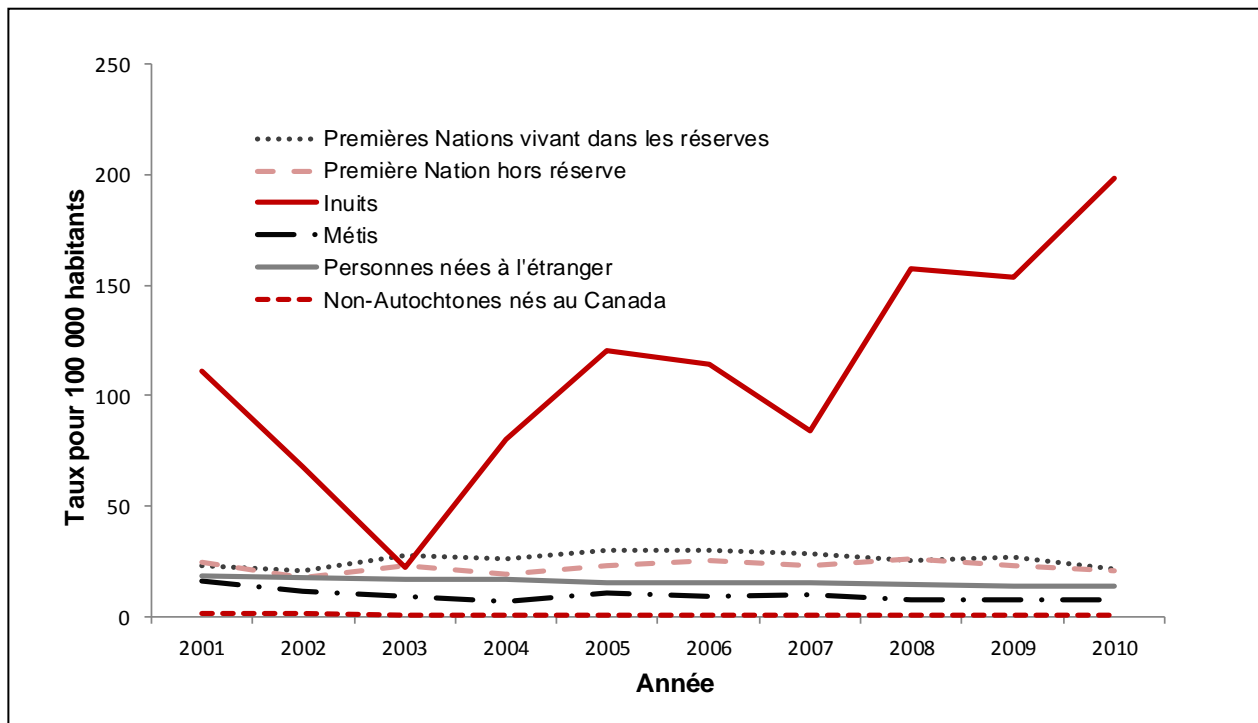
\*Dénominateurs de la population fournis par Statistique Canada

## LA TUBERCULOSE CHEZ LES AUTOCHTONES NÉS AU CANADA

Si le nombre de cas le plus élevé est observé chez les personnes nées à l'étranger, le taux d'incidence déclaré maximum a toujours été enregistré chez les Autochtones nés au Canada au cours de la dernière décennie (figure 8).

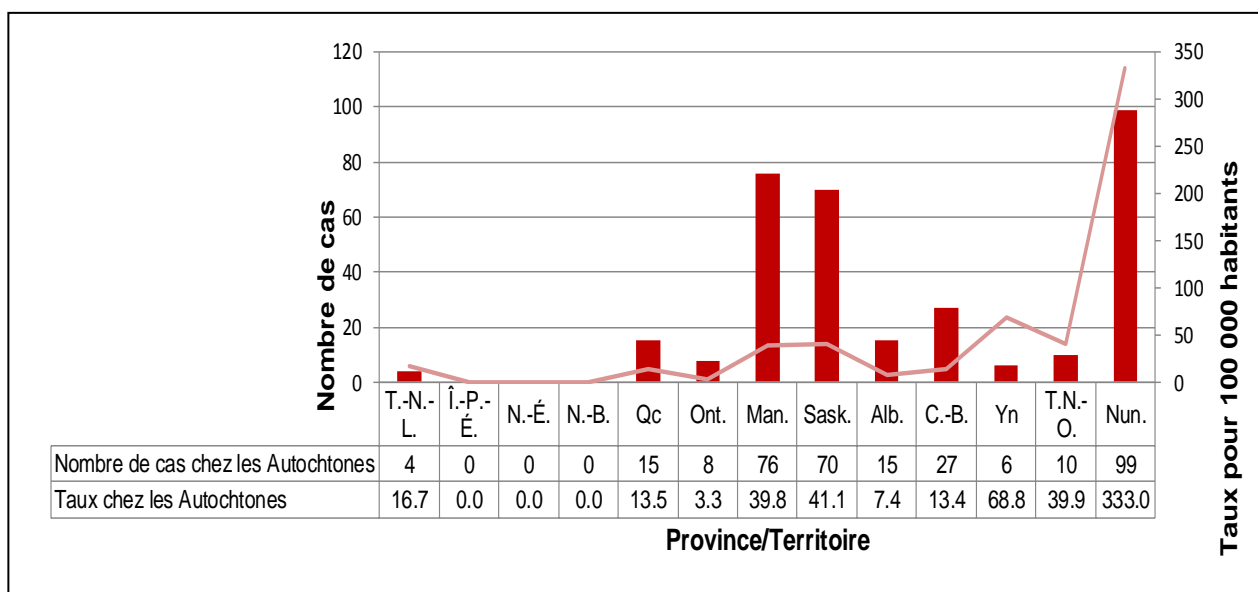
La *Loi constitutionnelle* de 1982 reconnaît trois principaux groupes d'Autochtones au Canada : les Indiens (plus communément appelés Premières Nations), les Inuits et les Métis. Les Premières Nations (vivant dans les réserves et hors réserve) et les Inuits représentent la vaste majorité des cas incidents de TB parmi les Autochtones au Canada<sup>7</sup>. De 2001 à 2010, le taux de TB a été très variable chez les Inuits et a culminé en 2010 à environ 200 cas pour 100 000 habitants. Au contraire, les taux sont restés relativement stables chez les Premières Nations (dans les réserves et hors réserve) et les Métis (figure 8).

**Figure 8 : Taux d'incidence déclarés de la TB par groupe de la population au Canada, 2001-2010**

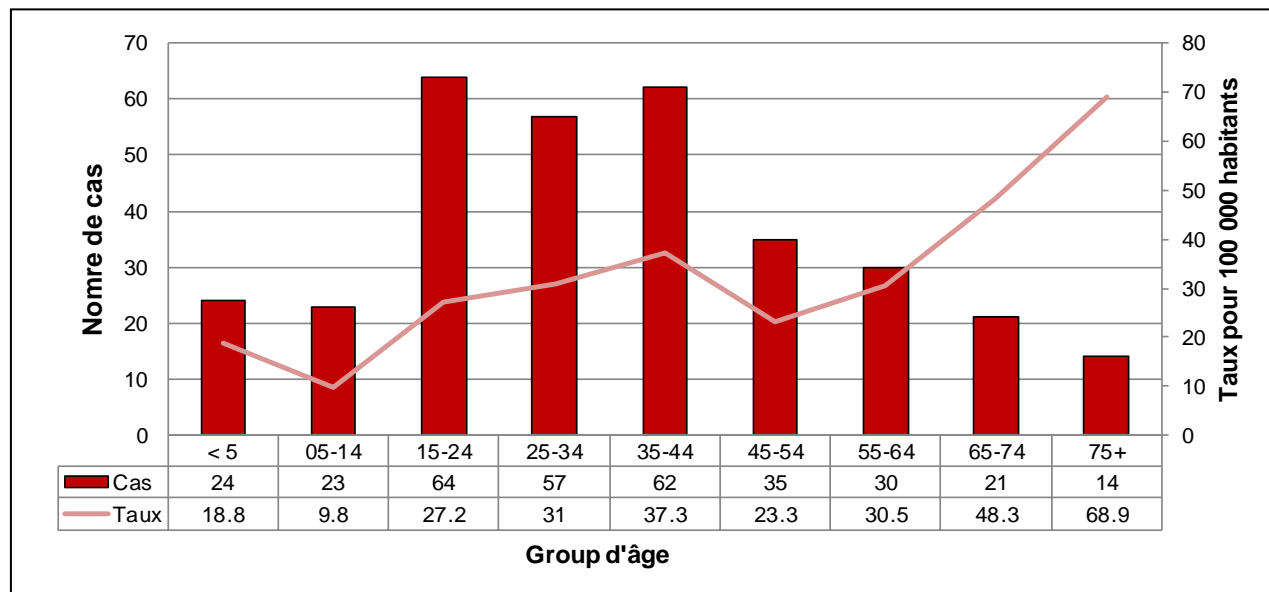


Le fardeau de la TB dans les populations autochtones varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. En ce qui concerne le nombre global de cas et les taux, les chiffres en 2010 ont été significativement plus élevés au Nunavut, en Saskatchewan et au Manitoba (voir la figure 9).

**Figure 9 : Distribution des cas et des taux d'incidence de la TB active chez les Autochtones, 2010**



**Figure 10 : Nombre de cas et taux d'incidence de la TB chez les Autochtones nés au Canada par groupe d'âge, 2010**

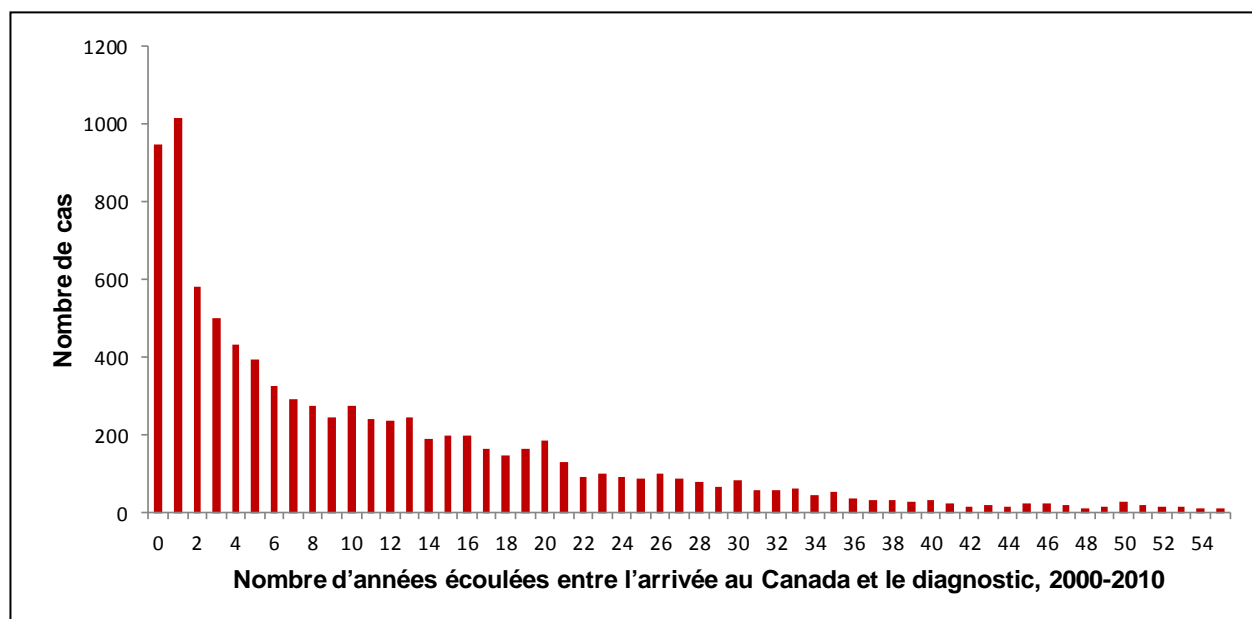


Chez les Autochtones, la majorité des cas ont été déclarés chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 44 ans (figure 10). Au sein de la population autochtone née au Canada, un nombre important de cas a été déclaré chez les enfants, et le taux d'incidence y était beaucoup plus élevé que celui observé dans d'autres populations canadiennes. Ces chiffres laissent croire que la transmission se poursuit dans certaines communautés autochtones.

## LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER

La proportion du nombre total de cas de TB au Canada enregistrée chez les personnes nées à l'étranger a connu une croissance importante au cours de 40 dernières années, tandis que le nombre annuel de cas déclarés n'a que peu changé, avec une valeur moyenne de 1 000 cas par année. Cependant, au cours des 11 dernières années, le taux d'incidence a décliné lentement mais régulièrement, pour atteindre 13,3 pour 100 000 habitants en 2010 (figure 8). Parmi les cas de TB nés à l'étranger qui ont été déclarés au Canada entre 2000 et 2010 et dont la date d'arrivée est connue, 11 % ont été déclarés dans l'année suivant leur arrivée, 22 %, dans la deuxième année et 44 %, dans les cinq premières années (voir la figure 11).

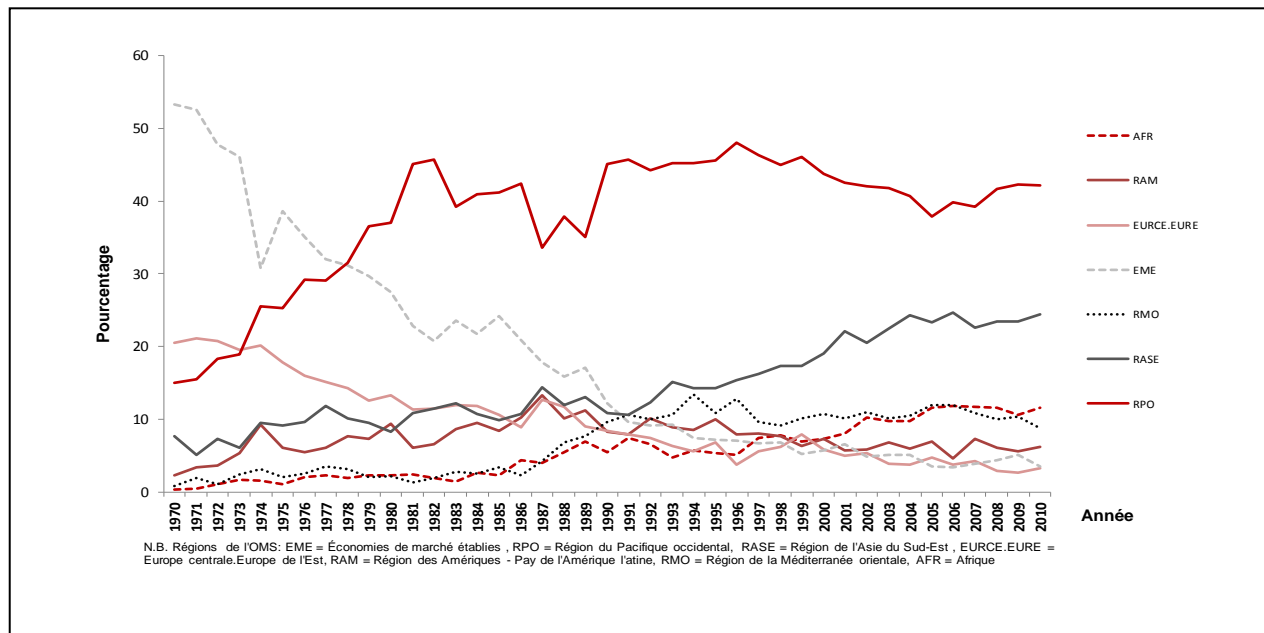
**Figure 11 : Nombre de cas déclarés de TB au Canada chez les personnes nées à l'étranger, 2000-2010 : temps écoulé, en années, entre l'arrivée au Canada et le diagnostic**



Chaque cas de TB né à l'étranger a été affecté à la région épidémiologique pour la TB de l'OMS correspondant à son pays de naissance<sup>§</sup>. (Ces régions sont différentes des régions administratives standard de l'OMS.) La figure 12 illustre la variation au fil du temps de la distribution des régions d'origine de tous les cas de TB nés à l'étranger qui ont été déclarés au Canada. Durant la période allant de 1970 à 2010, la proportion de cas originaires des économies de marché établies<sup>§</sup> a diminué, tandis que celle des cas originaires des régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est a augmenté.

<sup>§</sup> Selon la définition qu'en donne l'OMS, les « économies de marché établies » correspondent aux pays suivants : Andorre, Australie, Autriche, Belgique, Canada, République tchèque, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, San Marin, Singapour, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis.

**Figure 12 : Pourcentage des cas déclarés de TB au Canada chez les personnes nées à l'étranger selon la région épidémiologique pour la TB de l'OMS, 1970-2010**



Les nouvelles tendances en matière d'immigration expliquent en partie les modifications de cette distribution. Non seulement les personnes originaires des régions de l'Afrique, de l'Asie et du Pacifique sont-elles plus nombreuses à immigrer au Canada, mais ces régions ont également les taux d'incidence de la TB les plus élevés (tableau 1), ce qui entraîne une déviation proportionnelle de la distribution au Canada. Pour calculer les taux au Canada, on divise le nombre de cas au Canada parmi les personnes nées dans une certaine région par la population totale au Canada née dans cette région. Les taux au Canada sont significativement plus bas chez les personnes originaires de toutes les régions de l'OMS que les taux correspondants à l'intérieur de chaque région. Les personnes vivant au Canada et originaires des deux régions africaines\*\* (prévalence élevée et faible du VIH), ainsi que de la Région de l'Asie du Sud-Est et de la Région du Pacifique, présentent les taux les plus élevés, ce qui correspond aux tendances observées dans ces régions mêmes. Près de la moitié des cas de TB surviennent généralement dans les cinq premières années suivant l'arrivée au Canada.

\*\* On trouvera une liste des pays faisant partie de la Région africaine de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.afro.who.int/fr/pays.html>.

**Tableau 1. Comparaison du taux d'incidence de la TB déclaré au Canada parmi les personnes nées à l'étranger par région épidémiologique pour la TB de l'OMS (pour 100 000 habitants) et du taux d'incidence de la TB estimé par l'OMS dans la région respective**

Région de l'OMS*	Taux déclaré au Canada 2010	Taux d'incidence de la TB estimé par l'OMS dans la région, 2010**
Afrique, prévalence élevée du VIH	37,4	306,3
Afrique, prévalence faible du VIH	21,5	194,4
Région des Amériques – Pays d'Amérique latine	7,0	42,9
Région européenne (Europe de l'Est)	4,9	93,4
Méditerranée orientale	11,8	109,0
Économies de marché établies et Europe centrale	1,9	9,8
Asie du Sud-Est	30,3	194,1
Pacifique occidental	22,8	98,4
Global	13,3	128,2

\*Source : Le Partenariat Halte à la tuberculose et l'Organisation mondiale de la Santé. Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (WHO/STM/HTB/2006.35).

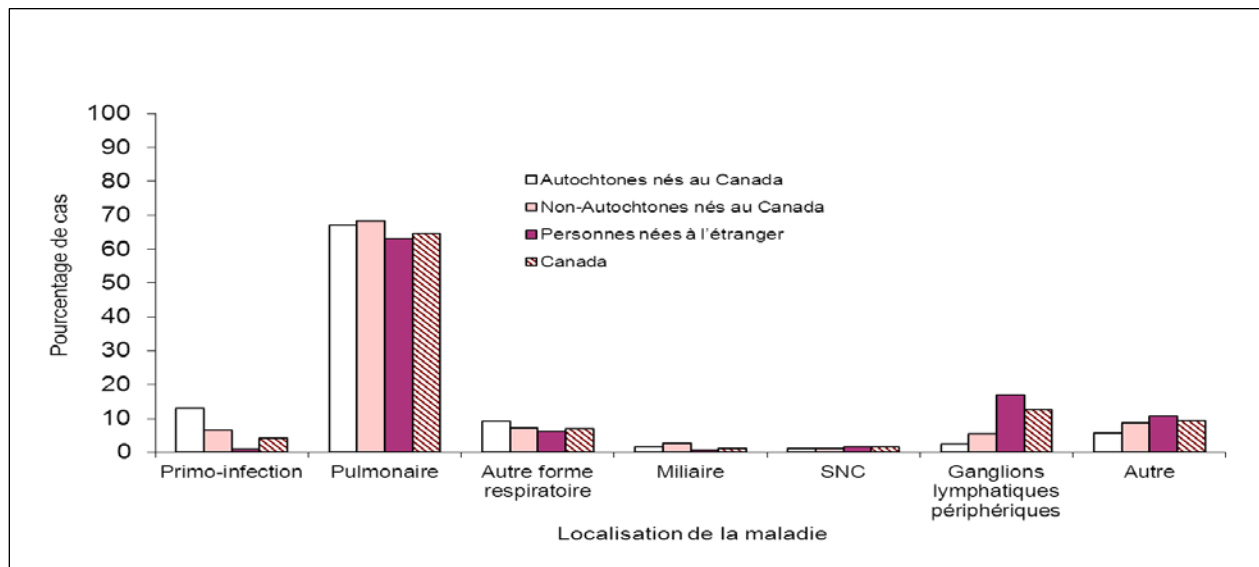
\*\*Source : Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2011. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2011,16).

## LOCALISATION DE LA MALADIE

Parmi les cas de TB déclarés en 2010, la majorité (64 %) des diagnostics étaient des TB pulmonaires. Les ganglions périphériques représentaient la deuxième localisation en importance, avec près de 13 % des cas au cours de la même année. La comparaison des trois groupes d'origines a mis en lumière de légères différences. Une plus grande proportion des cas déclarés chez les Autochtones présentaient une primo-infection tuberculeuse, tandis que la TB des ganglions périphériques était plus fréquente chez les personnes nées à l'étranger (figure 13).

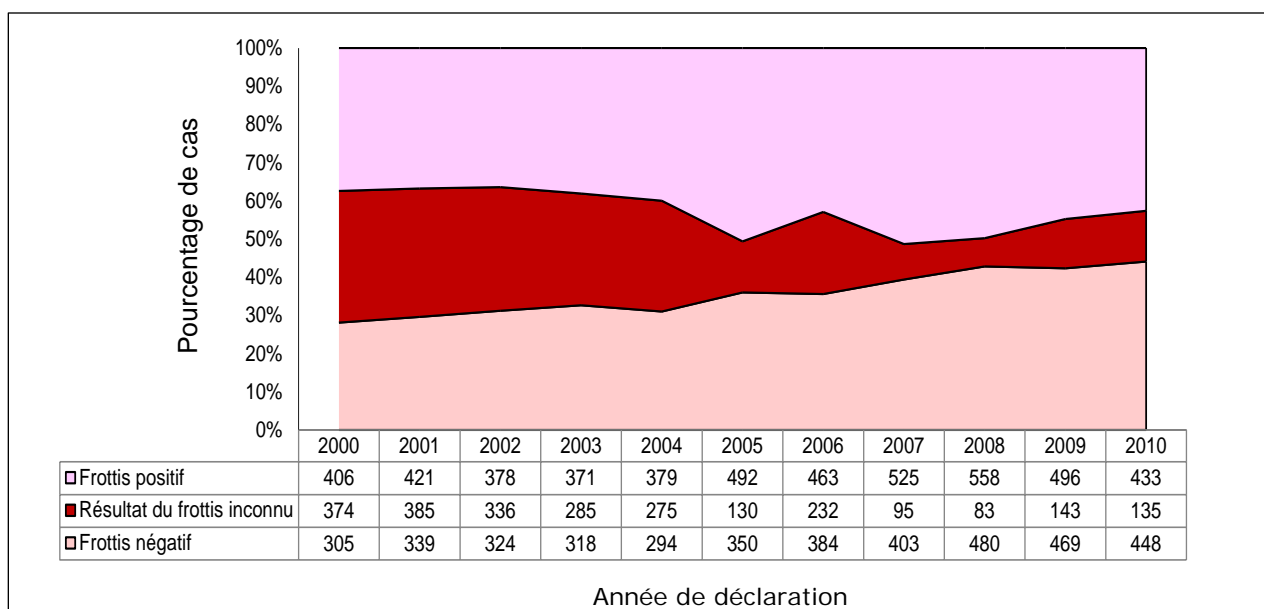


**Figure 13 : Proportion des cas selon la localisation de la maladie et le groupe de la population au Canada, 2010**



Au Canada, dans la majorité des cas, le diagnostic de TB est confirmé par culture. En 2010, 1 261 cas (80 %) ont été confirmés par culture. La figure 14 présente des données sur la proportion des cas de TB pulmonaire à frottis positif (ce qui indique un degré de contagiosité plus élevé) et à frottis négatif, ainsi que sur la proportion des cas pour lesquels les résultats de laboratoire n'ont pas été transmis. De 2000 à 2010, 41 % en moyenne de tous les cas de TB pulmonaire déclarés étaient à frottis positif, 34 %, à frottis négatif, et, pour 25 % des cas, les résultats des examens microscopiques en laboratoire n'ont pas été transmis.

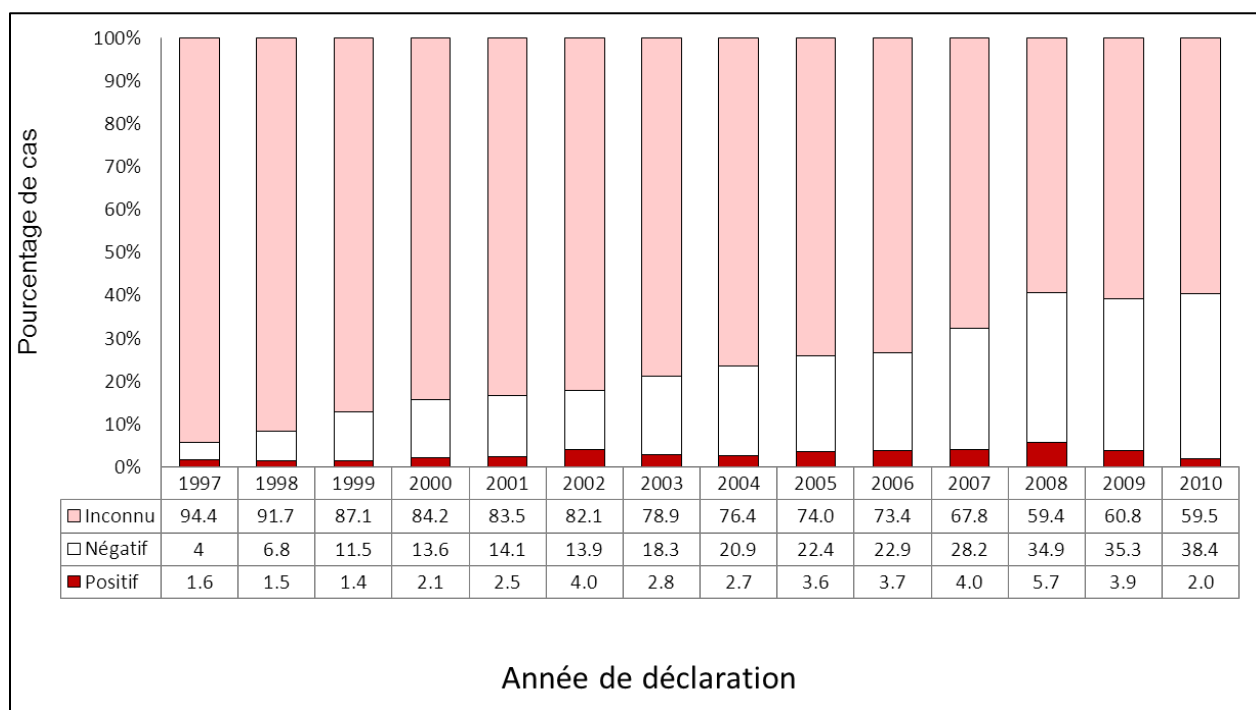
**Figure 14 : Proportion des cas de TB pulmonaire selon le résultat de l'examen microscopique des frottis d'expectorations : Canada, 2000-2010**



## COINFECTION TB-VIH

Les systèmes nationaux de surveillance du VIH/sida et de la TB au Canada ont leurs propres limites quant à leur capacité d'estimer les taux de coinfection TB-VIH. Cependant, l'information sur le statut à l'égard du VIH est de plus en plus souvent incluse dans les rapports de cas de TB transmis au SCDCT. Alors que, en 2000, le statut à l'égard du VIH n'a été signalé que pour 16 % des cas de TB, ce pourcentage est passé à 40 % en 2010 (figure 15). Chez les cas pour lesquels le statut à l'égard du VIH était indiqué, le taux de coinfection était de 5 % en 2010. Ce pourcentage pourrait être biaisé parce que les tests de dépistage du VIH ont pu être effectués principalement chez les personnes présentant des facteurs de risque connus de l'infection à VIH. Dans le cas peu probable où ces chiffres représenteraient les seuls cas coinfectés, le taux de coinfection global serait de 2 %. Le taux réel de coinfection est probablement compris entre 2 % et 5 %. Selon les estimations de l'OMS, le taux canadien était de 5,7 % en 2007<sup>9</sup>. La sous-déclaration impose d'importantes limites à l'interprétation des chiffres sur la coinfection TB-VIH au Canada.

**Figure 15 : Proportion des cas déclarés de TB selon le statut à l'égard du VIH, Canada, 1997-2010**



## PHARMACORÉSISTANCE

Les données et les tendances relatives à la TB pharmacorésistante au Canada sont présentées au Chapitre 8, La tuberculose pharmacorésistante.

## TRAITEMENTS ET RÉSULTATS

L'issue du traitement a été signalée chez 1 599 des 1 658 cas de TB active déclarés en 2009 (96 %). Dans cette catégorie, 1 399 cas (87 %) ont été considérés comme étant guéris ou ayant suivi leur traitement jusqu'à la fin, 129 (8 %) sont décédés avant ou pendant le traitement, et 31 cas (2 %) ont été transférés à l'extérieur du Canada à un certain moment au cours de leur traitement et l'issue finale est inconnue. Chez les 3 % restants des cas pour lesquels un résultat avait été déclaré, 18 ont abandonné le traitement et ont été perdus de vue, un cas a vu son traitement échouer et, chez un autre cas, le traitement a été interrompu en raison de réactions indésirables aux médicaments. En ce qui concerne les 4 % du nombre total de cas déclarés en 2009 dont le traitement n'était pas terminé, le traitement était en cours chez 42 cas et était inconnu au moment de la rédaction chez les 17 cas restants.

Le schéma thérapeutique était indiqué pour 1 249 des cas déclarés en 2009. Parmi ces cas, 89 % avaient reçu trois médicaments ou plus. Une thérapie sous observation directe (DOT) avait été employée pour 59 % des cas et un traitement auto-administré, pour 32 % de cas; les modalités de traitement n'ont pas été précisées ou étaient différentes pour 8 % des cas.

De 2000 à 2009, 8,6 % des cas déclarés étaient décédés avant ou pendant le traitement. La TB a été déclarée comme étant la cause de décès chez 18 % de ces cas et comme étant un élément contributif du décès, mais pas sa cause initiale, dans 41 % des cas. Dans 28 % des cas, il a été précisé que la TB n'avait pas contribué au décès, mais avait été une observation incidente. Pour 12 % des cas, la cause du décès n'a pas été mentionnée. Toutefois, il est important de noter que la cause précise du décès indiquée peut être inexacte et que, selon la recommandation de l'OMS, l'indicateur le plus important doit être le décès (quelle qu'en soit la cause) au cours du traitement.

De 2000 à 2009, on a signalé que 1 429 des personnes ayant reçu un diagnostic de TB active étaient décédées avant ou pendant le traitement. Les personnes de sexe masculin représentaient 63 % de ces cas et avaient un âge médian de 73 ans au moment de leur décès. Les personnes de sexe féminin représentaient 37 % de ces cas et avaient un âge médian de 74 ans au moment de leur décès. Dix pour cent de ces personnes avaient connu un épisode antérieur de TB. Le statut à l'égard du VIH était connu pour 17 % de tous les cas décédés durant cette période; parmi ces cas, 39 % étaient séropositifs pour le VIH. Parmi les 1 429 décès déclarés imputés à la TB, la maladie a été découverte à l'autopsie chez 170 (12 %) cas.

## SOMMAIRE DES PRINCIPALES TENDANCES

Tant le taux global que le nombre annuel de cas de TB déclarés continuent de décliner lentement au Canada. Néanmoins, on observe des disparités marquées dans certains groupes de la population et dans plusieurs régions géographiques. La proportion élevée de cas chez les personnes nées à l'étranger pose des défis particuliers, notamment en raison de l'évolution des profils démographiques. Les taux toujours élevés que l'on observe chez les Autochtones nés au Canada, et en particulier chez les Inuits, sont également préoccupants.

## CONCLUSIONS

Au Canada, les partenaires de la lutte antituberculeuse cherchent à réduire le taux d'incidence nationale de cette maladie et, plus particulièrement, à alléger son fardeau chez les Autochtones nés au Canada et chez les personnes nées à l'étranger. Pour parvenir à ces fins dans ces populations clés, les interventions de prévention et de lutte doivent cibler les déterminants de la santé qui contribuent à la maladie. Le secteur de la santé publique reconnaît depuis longtemps que les facteurs économiques, sociaux, culturels et environnementaux jouent un rôle dans l'infection tuberculeuse et dans le développement de la TB. Comme l'a montré en détail le présent chapitre, le risque de TB est plus grand pour certaines populations canadiennes que pour d'autres. Outre les personnes nées à l'étranger et les Autochtones au Canada, les personnes incarcérées ou sans abri présentent également des taux plus élevés, comme le montrent les chapitres suivants des *Normes*. Il existe de nombreux déterminants de la santé qui sont liés à la TB, dont le niveau de scolarité, l'emploi, l'environnement physique, le soutien social, l'accès aux soins de santé, les habitudes de santé personnelles et la culture<sup>7</sup>. Les actions visant à s'attaquer aux déterminants fondamentaux de la santé sont universellement reconnues par les experts et font partie intégrante de la réponse, tant au Canada que dans le reste du monde<sup>10,11</sup>.

■ ■ ■

## RÉFÉRENCES

1. World Health Organization. WHO Report 2011 – Global Tuberculosis Control. Geneva: World Health Organization, 2011. WHO/HTM/TB/2011.16.
2. Oxlade O, Schwartzman K, Behr MA, 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. World Health Organization & Stop TB Partnership. The Stop TB Strategy – building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2006. WHO/HTM/TB/2006.368.
4. World Health Organization. 2011/2012 Tuberculosis global facts. Geneva: World Health Organization, 2012.
5. Brancker A, Enarson DA, Grzybowski S, Hershfield ES, Jeanes CW. A statistical chronicle of tuberculosis in Canada: Part I. From the era of sanatorium treatment to the present. *Health Rep* 1992;4(2):103-23. Epub 1992/01/01.
6. Jensen M, Lau A, Langlois-Klassen D, Boffa J, Manfreda J, Long R. A population-based study of tuberculosis epidemiology and innovative service delivery in Canada. *Int J Tuberc Lung Dis* 2012;16(1):43-9, i. Epub 2012/01/13. doi: 10.5588/ijtld.11.0374.
7. Réseau pancanadien de santé publique. Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada, Ottawa :Gouvernement du Canada, 2013. <http://www.phn-rsp.ca/pubs/index-fra.php>.
8. Organisation mondiale de la Santé et Partenariat Halte à la tuberculose. Plan mondial Halte à la tuberculose, 2006-2015 – Agir pour la vie – Vers un monde sans tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. WHO/HTM/STB/2006.35.
9. World Health Organization. Global tuberculosis control, 2009: epidemiology, strategy, financing. Geneva: World Health Organization, 2009. WHO/HTM/TB/2009.411.
10. Rasanathan K, Sivasankara Kurup A, Jaramillo E, Lonroth K. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011;15(Suppl 2):S30-6. Epub 2011/07/16. doi: 10.5588/ijtld.10.0691.
11. Lonroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. *Semin Respir Crit Care Med* 2008;29(5):481-91. Epub 2008/09/24. doi: 10.1055/s-0028-1085700.