

La tuberculose, 1994

Kathryn Wilkins*

Résumé

En 1994, on a diagnostiqué la tuberculose chez un total de 2 074 personnes au Canada, c'est-à-dire une moyenne de 7,1 cas pour 100 000 habitants. La même année, 150 personnes sont mortes de cette maladie et de ses effets tardifs — soit un peu plus d'un décès sur 1 400.

Au Canada, la tuberculose n'est plus un problème de santé grave non plus qu'une des principales causes de mortalité, mais certains groupes restent particulièrement vulnérables face à cette maladie : Autochtones, membres des ménages à faible revenu, immigrants et personnes âgées. Dans les deux premiers groupes, l'apparition de la tuberculose est associée à de mauvaises conditions de vie. Le risque de tuberculose est élevé chez les immigrants, car ils ont plus de chance d'avoir été exposés à la maladie dans leur pays d'origine. Plus que d'autres, les personnes âgées risquent de développer une tuberculose évolutive, car elles ont pu être exposées à cette maladie plusieurs dizaines d'années auparavant, à une époque où elle était beaucoup plus répandue. Depuis 1980, le taux de tuberculose pulmonaire a diminué, tandis que celui de la tuberculose extrapulmonaire s'est maintenu. On assiste donc à une augmentation de la proportion des cas attribuables à la tuberculose extrapulmonaire.

Mots-clés : tuberculose, tuberculose pulmonaire, immigration, santé des Autochtones, population à faible revenu

Introduction

Au début du siècle, la tuberculose était sans doute le problème de santé prédominant et l'un des principaux facteurs de mortalité au Canada. En

* Kathryn Wilkins (613-951-1769) travaille à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa K1A 0T6. Le présent article est fondé sur la publication, *La statistique de la tuberculose, 1994* (Statistique Canada, n° 82-220 au catalogue). Voir la rubrique *Pour commander les publications* à la page 58.

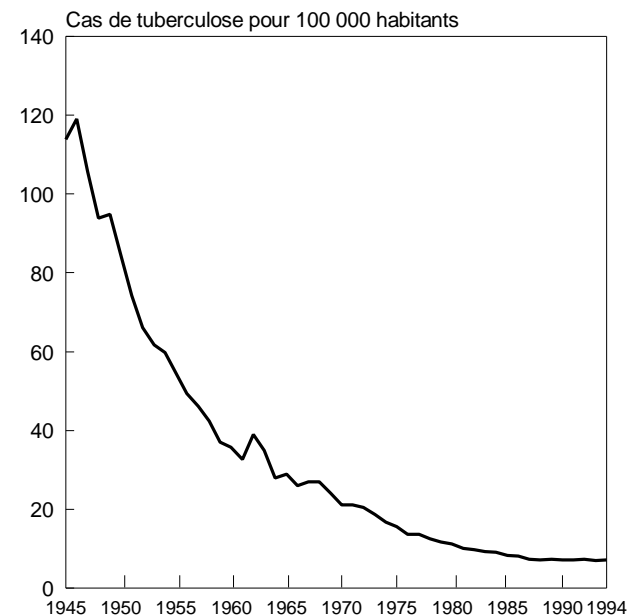
1926, la tuberculose provoquait 1 décès sur 14. Avec l'avènement du traitement aux antibiotiques pendant les années 1940, et l'amélioration des services de santé publique de base les taux de morbidité et de mortalité ont chuté (graphique 1). En 1994, 150 Canadiens sont morts de la tuberculose — soit un peu plus d'un décès sur 1 400. La tuberculose n'est certes plus un des principaux facteurs de mortalité mais ce risque se retrouve surtout chez certains groupes de population.

Sujets à risque

En 1994, on a diagnostiqué la tuberculose chez un total de 2 074 personnes au Canada, c'est-à-dire une moyenne de 7,1 cas pour 100 000 habitants¹ (voir *Méthodologie*). Le nombre annuel de cas a diminué de façon constante jusqu'en 1988, année

Graphique 1

Taux de tuberculose, Canada, 1945 à 1994



Source : Division des statistiques sur la santé

où 1 947 cas ont été déclarés, pour se stabiliser autour de 2 000 cas au début des années 1990 (tableau 1). En 1994, le taux de tuberculose a légèrement augmenté par rapport à celui de 1993, année où il a connu le taux le plus faible jamais enregistré, soit 7,0 cas pour 100 000 habitants.

La tuberculose est liée étroitement au statut socio-économique. De mauvaises conditions de vie créent une prédisposition qui active ou réactive la maladie, même si l'exposition a eu lieu de nombreuses

années auparavant. Cependant, la tuberculose ne se déclare pas chez toutes les personnes contaminées par la maladie. Pour les personnes infectées, la probabilité de voir se déclarer chez elles une tuberculose évolutive au cours de leur existence est estimée à 10 %, en fonction de facteurs tels que la nutrition, l'état immunitaire et l'état de santé général.²

Au Canada, certaines populations présentent des risques beaucoup plus grands que d'autres de contracter la tuberculose. Sont particulièrement vulnérables les Autochtones (Indiens inscrits et non inscrits, Métis et Inuit), ainsi que les personnes qui ont vécu dans des pays où le taux de tuberculose est élevé. Les membres des ménages à faible revenu et les personnes âgées, surtout les hommes, courent également un risque plus marqué.

Depuis 1980, il y a eu déplacement de la distribution de la population atteinte de tuberculose (graphique 2). Les personnes non autochtones nées au Canada ont été les plus favorisées par le recul d'ensemble de la maladie. En 1994, ce groupe ne renfermait que 21 % de tous les cas, soit une baisse importante par rapport au pourcentage de 49 % relevé en 1980. Par ailleurs, la part des cas diagnostiqués chez les personnes nées à l'extérieur du Canada a grimpé de 35 % à 57 %. (Aux États-Unis, les personnes nées à l'étranger ne représentaient que 32 % de tous les cas de tuberculose déclarés en 1994. Cependant, la moyenne constatée aux États-Unis, de 9,4 cas pour 100 000 habitants, était plus élevée que celle qu'on avait enregistrée au Canada³.) Le pourcentage des cas diagnostiqués chez les Autochtones a aussi augmenté, mais de façon moins rapide : de 14 % qu'il était en 1980, il est passé à 19 % en 1994.

Autochtones et immigrants

Les Autochtones et les immigrants réunis présentent plus des trois quarts de tous les cas de tuberculose diagnostiqués en 1994. Cependant, étant donné que le nombre des Autochtones et des immigrants s'est accru pendant les années 1980, la hausse du nombre de cas de tuberculose au sein de ces groupes ne reflète pas nécessairement une vulnérabilité plus grande à cette maladie. En fait, les taux de tuberculose présents chez les Autochtones et les immigrants ont diminué avec le temps.

Méthodologie

Source des données

On procède à la déclaration des cas de tuberculose par le biais des Registres de la tuberculose provinciaux et territoriaux, dont les données sont versées au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose de Statistique Canada. Dans la plupart des provinces et territoires, on réunit dans un formulaire de déclaration normalisé les données relatives aux cas, dont les suivantes : âge, sexe, lieu de résidence, origine autochtone, pays de naissance, diagnostic, traitement antérieur, inoculation antérieure et statut bactériologique. Les éléments de données principaux sont à peu près complets. Cependant, au plan de l'interprétation, le manque de cohérence peut influencer sur certaines variables. Par exemple, pour le terme «origine», les définitions d'«Indien inscrit», «Indien ou Métis non inscrit», «Inuit» et «Autre» figurant sur les formulaires de déclaration des cas peuvent ne pas correspondre exactement aux définitions utilisées dans le cadre du recensement ou à celles qui servent aux Affaires indiennes et du Nord Canada pour l'estimation des populations correspondantes.

Pour calculer le nombre de cas de tuberculose selon le niveau de revenu du quartier dans les régions métropolitaines, on a ordonné les secteurs de dénombrement du recensement suivant le pourcentage de ménages à faible revenu qu'ils renfermaient, puis on les a répartis en 10 classes d'effectif à peu près égal (déciles). On a affecté les cas de tuberculose au décile approprié, au moyen du code postal du lieu de résidence.

Définitions

Les cas de tuberculose sont codés selon la Classification internationale des maladies 9^e révision, 1977. Les codes utilisés sont les suivants : (CIM-9) 010-018 et code 137.

Les cas de tuberculose ont été classés en **nouveaux cas évolutifs** (absence de données documentées ou d'antécédents concernant l'existence préalable d'une tuberculose évolutive) ou en **anciens cas redevenus évolutifs** (données documentées ou antécédents concernant l'existence préalable d'une tuberculose devenue non évolutive).

Tuberculose évolutive : Culture positive de *Mycobacterium tuberculosis* ou, de l'avis du clinicien, signes cliniques et tests de laboratoire compatibles avec la présence d'une tuberculose évolutive (y compris sa pathologie, si possible).

Tuberculose non évolutive : Cultures de *Mycobacterium tuberculosis* négatives pendant au moins six mois ou, en l'absence de cultures, radiographies thoraciques (ou autres) stables pendant un minimum de six mois.

Il est toutefois impossible de déterminer des taux de maladie précis pour ces sous-populations concernant les années intercensitaires, parce qu'on ne connaît pas le nombre exact des Autochtones ni des personnes nées à l'étranger. Malgré tout, on peut dire sans risque d'erreur que le taux de tuberculose est considérablement plus élevé chez les Autochtones que chez les immigrants (qui

composent respectivement environ 3 % et 20 % de la population). Chez les Indiens inscrits (on peut obtenir les données relatives à leur nombre en s'adressant à Affaires indiennes et du Nord Canada⁴), on enregistrait une moyenne de 47 cas pour 100 000 habitants en 1994, soit une baisse par rapport à la moyenne de 50 pour 100 000 habitants cas relevés en 1991.

Tableau 1

Cas de tuberculose, nouveaux et redevenus évolutifs, Canada, provinces et territoires, 1980, 1991 à 1994

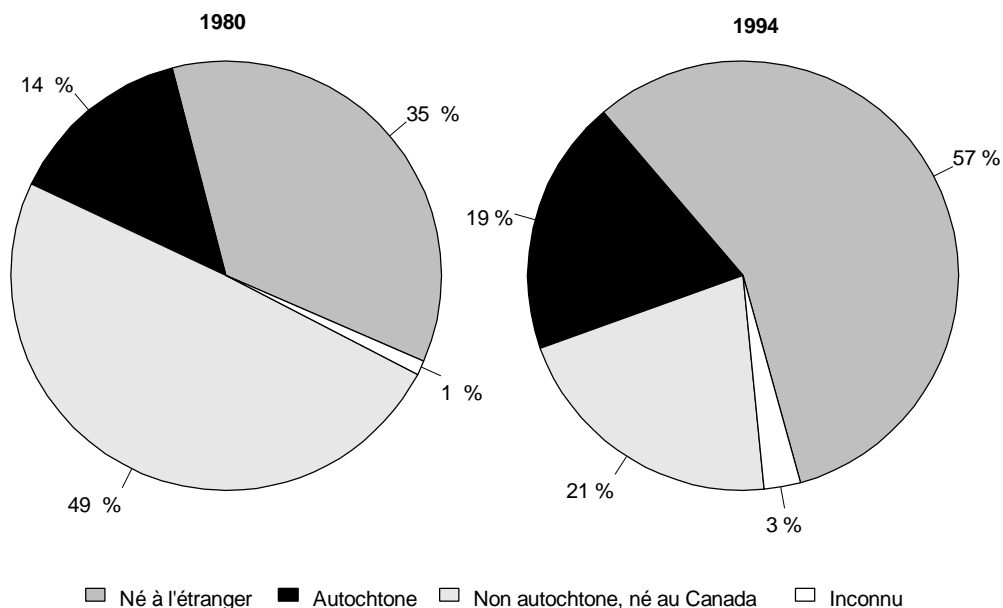
	Cas de tuberculose, nouveaux et redevenus évolutifs					Taux de tuberculose (cas de tuberculose pour 100 000 habitants)				
	1980	1991	1992	1993	1994	1980	1991	1992	1993	1994
Canada	2 762	2 018	2 108	2 012	2 074	11,2	7,2	7,4	7,0	7,1
Terre-Neuve	89	35	34	62	14	15,5	6,0	5,8	10,6	2,4
Île-du-Prince-Édouard	7	3	2	5	-	5,6	2,3	1,5	3,8	-
Nouvelle-Écosse	83	17	13	17	12	9,7	1,9	1,4	1,8	1,3
Nouveau-Brunswick	59	27	19	15	16	8,3	3,6	2,5	2,0	2,1
Québec	809	400	424	352	361	12,4	5,6	5,9	4,9	5,0
Ontario	764	768	822	769	831	8,7	7,3	7,7	7,1	7,6
Manitoba	172	101	86	108	116	16,6	9,1	7,7	9,6	10,3
Saskatchewan	137	184	133	153	147	14,1	18,3	13,2	15,1	14,5
Alberta	241	173	222	156	179	10,9	6,7	8,4	5,8	6,6
Colombie-Britannique	371	279	324	337	323	13,5	8,3	9,3	9,4	8,8
Yukon	2	9	3	3	10	8,2	30,9	9,9	9,9	33,7
Territoires-du-Nord-Ouest	28	22	26	35	65	60,0	35,9	41,6	55,0	100,5

Source : Catalogue 82-220

Nota : Pour le calcul des taux, on se sert d'estimations de population ajustées en fonction d'un sous-dénombrement net lors du recensement; les résidents non permanents sont compris. On peut constater, d'une année à l'autre, des fluctuations de taux considérables dans les territoires à population relativement restreinte.

Graphique 2

Cas de tuberculose, nouveaux et redevenus évolutifs, selon l'origine du patient, Canada, 1980 et 1994



Source : Division des statistiques sur la santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé, environ 1,9 milliard de personnes — le tiers de la population mondiale — sont atteintes d'une tuberculose soit latente, soit évolutive. Depuis 1980, plus de deux millions de personnes ont immigré au Canada, la plupart venant de pays où le taux de tuberculose est plus élevé qu'au Canada. En 1993, par exemple, plus de 76 000 personnes, soit 30 % des immigrants admis pendant l'année, venaient de pays où, au début des années 1990, le taux de tuberculose dépassait les 100 cas pour 100 000 habitants et, dans au moins un de ces pays, les 300 cas pour 100 000 habitants (tableau 2)^{5,6}.

Néanmoins, en 1994, il n'y avait que 200 cas de tuberculose déclarés supplémentaires chez les personnes nées à l'étranger par rapport à 1980. Cette augmentation était assez minime, compte tenu de l'arrivée d'un grand nombre de personnes ayant vécu dans des pays à prévalence élevée et qui, selon toute probabilité, avaient été exposées à la tuberculose évolutive.

Pour ce qui est des personnes nées à l'étranger, il y a eu déplacement de la distribution des cas de tuberculose selon le pays d'origine, à cause de l'évolution des schémas d'immigration et aussi de l'évolution des taux de tuberculose dans d'autres parties du monde. Ainsi, en 1980, les immigrants venant d'Europe représentaient 38 % des cas diagnostiqués chez les personnes nées à l'étranger; en 1994, ces personnes ne comptent plus que pour 12 % des cas. Les personnes nées en Asie, pour leur part, formaient 48 % des cas de tuberculose

Tableau 2

Immigrants au Canada venant de certains pays en 1993 et taux de tuberculose dans le pays d'origine, 1989 à 1991

	Immigrants au Canada en 1993	Taux de tuberculose pour 100 000 habitants dans le pays d'origine
Hong Kong	36 485	116,0
Indes	20 298	153,2
Philippines	19 640	289,5
Sri Lanka	9 072	35,4
Vietnam	8 007	65,5
États-Unis	7 982	10,5
Royaume-Uni	7 104	10,5
Pologne	6 852	42,0

Source : Organisation mondiale de la santé, *Tuberculosis notification update*, juillet 1992

dépistés chez les immigrants en 1980, mais, en 1994, cette proportion était passée à 65 %. De façon analogue, les personnes nées en Afrique ne composaient que 3 % des cas décelés chez les immigrants en 1980, mais, en 1994, ce pourcentage était passé à 15 %.

Taux élevé de tuberculose en milieu urbain défavorisé

Le lien entre tuberculose et pauvreté est bien connu. Au Canada, on reconnaît que les mauvaises conditions socio-sanitaires constituent un facteur important du taux élevé de tuberculose dans de nombreuses collectivités autochtones. De même, en milieu urbain, l'incidence de la tuberculose est généralement plus élevée dans les quartiers pauvres^{7,8}. De 1991 à 1993, le nombre de cas déclarés chez des personnes vivant dans les zones à faible revenu des régions métropolitaines était beaucoup plus élevé que celui qu'on retrouvait dans des milieux plus fortunés. Par exemple, à Toronto et à Vancouver, de façon générale, plus un quartier renfermait de ménages à faible revenu, plus les cas de tuberculose diagnostiqués y étaient nombreux (graphique 3)^a.

Des taux encore plus élevés chez les aînés

De 1980 à la fin de 1994, le taux global des cas de tuberculose au Canada est passé de 11,2 à 7,1 cas pour 100 000 habitants. Cependant, cette baisse a été au seul avantage des personnes âgées de 35 ans et plus; chez les enfants et les jeunes adultes, les taux sont restés étonnamment stables (graphique 4).

Malgré un recul prononcé dans la population aînée, les taux de tuberculose les plus élevés se retrouvent toujours chez les personnes âgées. C'est en effet chez ces dernières qu'on enregistre les probabilités les plus élevées de contracter une tuberculose évolutive, en raison d'une exposition antérieure. Les personnes âgées de plus de 65 ans ont grandi à une époque où la plus grande partie de la population était contaminée par la tuberculose^{9,10}.

^a _____

Nous ne présentons pas de données analogues pour Montréal, car les données nécessaires au calcul du nombre de cas de tuberculose selon le niveau de revenu du quartier ne sont pas disponibles pour le Québec.

Les hommes d'âge avancé sont le plus vulnérables — chez les hommes de 75 ans et plus, le taux de tuberculose est de plus du double de celui qu'on retrouve chez les femmes.

On constate une légère augmentation du taux de tuberculose dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par les schémas d'immigration (en 1993, par exemple, 44 % des immigrants arrivant au Canada étaient âgés de 25 à 44 ans) et par un taux d'atteinte plus élevé chez les personnes nées à l'étranger. Cependant, la hausse du taux chez les jeunes adultes peut aussi refléter des changements liés à l'âge en ce qui touche la résistance à la maladie. Un article célèbre, publié en 1939, montrait que, au sein d'un groupe de personnes nées au même moment et suivies toute leur vie, le taux le plus élevé de mortalité attribuable à la tuberculose se retrouvait dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans¹¹. Dans les groupes relativement jeunes, le taux de tuberculose est à peu près le même chez les hommes et chez les femmes, à la différence de ce qui se produit dans les groupes plus âgés.

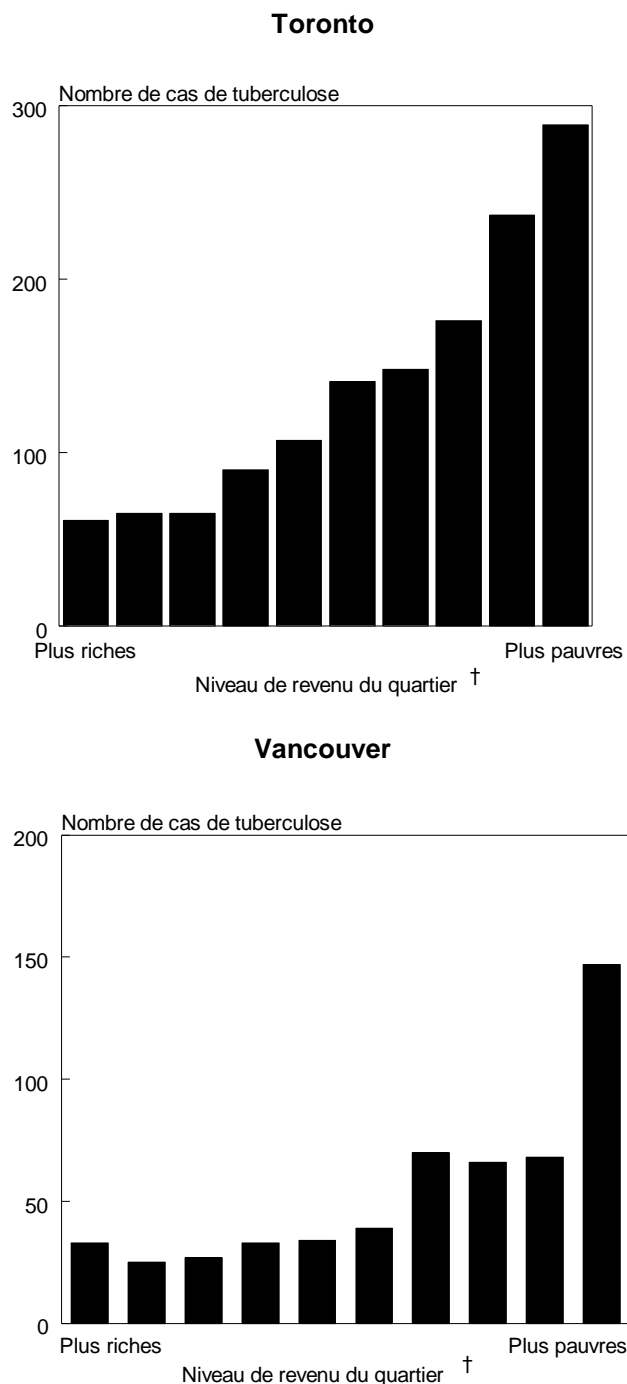
Dans d'autres parties du monde, l'augmentation du taux de tuberculose chez les jeunes adultes correspond à l'apparition du VIH-SIDA, ce qui reflète la plus grande vulnérabilité des personnes dont le système immunitaire est affaibli. Au Canada, les effets de l'épidémie de VIH sur l'épidémiologie de la tuberculose n'ont pas encore été corroborés, bien que des données récentes indiquent que la tuberculose associée au VIH pourrait être en hausse¹².

Des taux plus élevés dans le Nord

Le taux de tuberculose varie considérablement d'une région à l'autre du pays (tableau 1). Depuis 1980, les taux ont été plutôt faibles au Québec et dans les provinces Maritimes, mais relativement élevés au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. On a signalé le taux de tuberculose le plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest.

Graphique 3

Cas de tuberculose selon le niveau de revenu du quartier, Toronto et Vancouver, 1991 à 1993



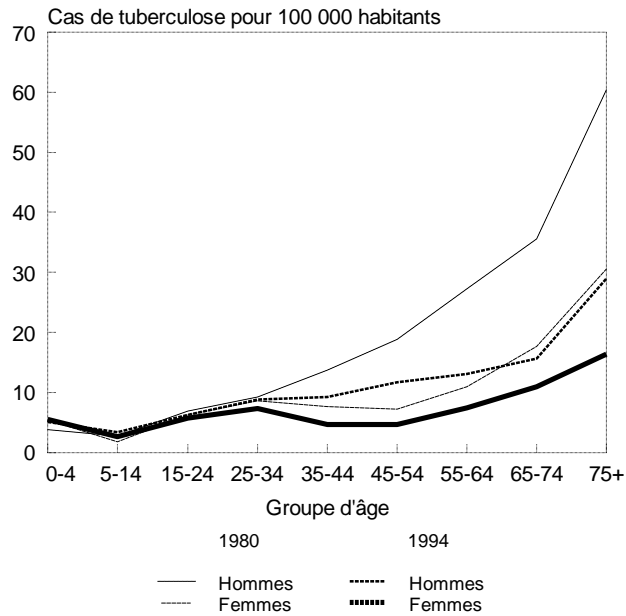
Source : Division des statistiques sur la santé

Nota : Les données sont basées sur 1 379 cas à Toronto et 542 cas à Vancouver

† Les secteurs de dénombrement du recensement (quartiers) ont été ordonnés et répartis en 10 classes d'effectif à peu près égal (déciles) selon le pourcentage de ménages à faible revenu qu'ils renfermaient.

Graphique 4

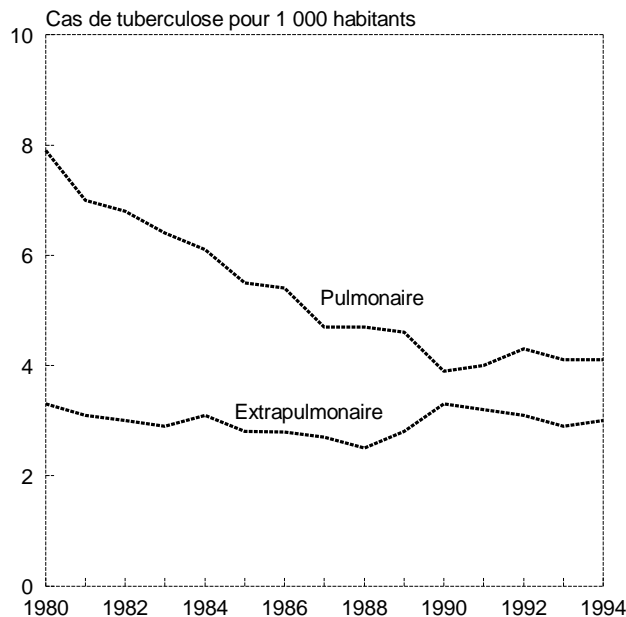
Taux des cas de tuberculose, nouveaux et redevenus évolutifs, selon l'âge et le sexe, Canada, 1980 et 1994



Source : Division des statistiques sur la santé

Graphique 5

Taux de tuberculose pulmonaire et de tuberculose extrapulmonaire, Canada, 1980 à 1994



Source : Division des statistiques sur la santé

Baisse des taux de tuberculose pulmonaire

La tuberculose s'attaque le plus couramment aux poumons (tuberculose pulmonaire), mais elle peut toucher d'autres parties du corps, dont les ganglions lymphatiques et les os (tuberculose extrapulmonaire). Étant donné que la tuberculose se propage habituellement par la toux et les éternuements, sa forme pulmonaire fait courir davantage de risque à la santé publique que d'autres de ses manifestations.

Le taux de tuberculose pulmonaire au Canada a diminué presque de moitié de 1980 à 1990 pour se stabiliser ensuite, tandis que le taux de tuberculose extrapulmonaire est resté stable (graphique 5). En conséquence, la tuberculose extrapulmonaire est responsable d'une part croissante des cas de tuberculose. Au début des années 1980, les cas de tuberculose extrapulmonaire n'étaient que de 29 %, alors qu'il se chiffre aujourd'hui à plus de 40 %^b.

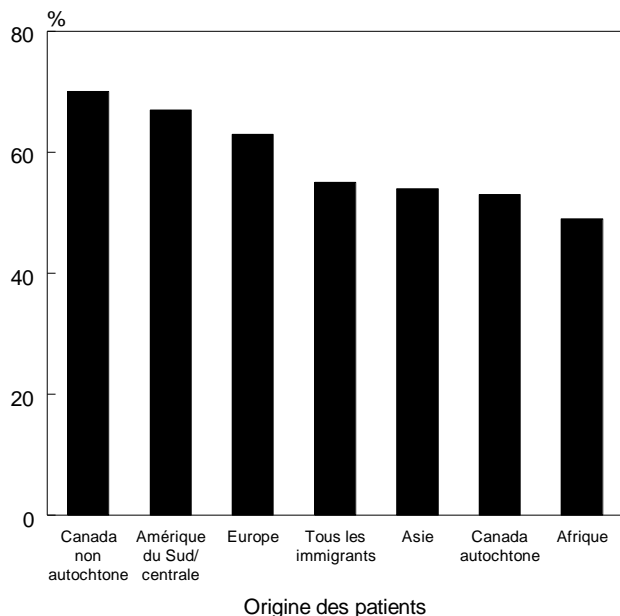
La distribution de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose extrapulmonaire varie selon l'origine du patient. La majorité (70 %) des personnes non autochtones nées au Canada chez qui on a diagnostiqué la tuberculose en 1994 étaient atteintes de la forme pulmonaire (graphique 6). Par contre, à peine plus de la moitié des cas diagnostiqués chez des Autochtones (53 %) et chez des personnes nées à l'étranger (55 %) étaient de nature pulmonaire.

Avant de quitter leur pays d'origine, les candidats à l'immigration âgés de plus de 10 ans passent une radiographie thoracique, visant à dépister la tuberculose pulmonaire évolutive; si les résultats sont positifs, les sujets doivent se soumettre à un traitement avant d'être admis au Canada. Cependant, en 1994, 125 des 1 183 cas de tuberculose relevés chez des personnes nées à l'étranger s'étaient déclarés chez des personnes qui étaient arrivées au Canada au cours de cette même année. Voilà qui reflète en partie le pourcentage substantiel des cas de nature extrapulmonaire qui, par définition, ne peuvent être dépistés par la radiographie thoracique. Ce phénomène peut aussi être imputable à des situations où la maladie, non évolutive au moment du dépistage, l'est redevenue

^b Les patients chez qui on a diagnostiqué la maladie pulmonaire et extrapulmonaire à la fois sont dénombrés dans le système de Statistique Canada uniquement sous la rubrique de la tuberculose pulmonaire.

Graphique 6

Pourcentage des cas de tuberculose qui étaient pulmonaires, selon l'origine des patients, Canada, 1994



Source : Division des statistiques sur la santé

par la suite, ou à des situations où la maladie était présente chez des enfants et n'a donc pas été dépistée.

Parfois inaperçue

En raison du recul de la tuberculose ces 50 dernières années, il arrive que la maladie ne soit pas diagnostiquée ou qu'elle ne soit pas traitée. La fréquence des cas non diagnostiqués trouve un indicateur dans la proportion des diagnostics après décès. En 1994, on a établi un diagnostic de tuberculose après le décès du patient dans 28 cas, soit 1 % de l'ensemble¹. Depuis 1990, la part des cas diagnostiqués après décès a oscillé entre 1 % et 2 %. Pendant la même période, toutefois, le pourcentage des décès donnant lieu à une autopsie a constamment diminué, de sorte qu'un nombre croissant de cas échappent probablement au diagnostic.

Remerciements

Les données nécessaires à l'analyse selon le niveau de revenu du quartier ont été préparées par J. Pole de l'Université de Waterloo, en collaboration

avec E. Ng et R. Wilkins de la Division des statistiques sur la santé.

Références particulières

1. Statistique Canada, *Statistique sur la tuberculose, 1994*, n° 82-220 au catalogue, Ottawa, Ministère de l'industrie, 1996.
2. A.S. Benenson (dir.), «Control of communicable diseases in man», 15^e édition, Washington, D.C., *American Public Health Association*, 1990.
3. Organisation mondiale de la santé, «Tuberculosis morbidity in 1994, USA», *Weekly Epidemiological Record*, 11 août 1995, p. 231-233.
4. Affaires indiennes et du Nord Canada, *Population de registre des indiens*, Direction de l'inscription et des listes de bandes, Services fonciers et fiduciaires, Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada.
5. Citoyenneté et immigration Canada, *Faits et chiffres : un aperçu de l'immigration*, Hull, Québec, 1994, (Citoyenneté et immigration Canada n° IM-309-10-94F).
6. Organisation mondiale de la santé, *Tuberculosis notification update*, OMS, juillet 1992.
7. S. Grzybowski, E.A. Allen, W.A. Black et al., «Inner-city survey for tuberculosis: Evaluation of diagnostic methods», *American Review of Respiratory Disease*, 135, 1987, p. 1311-1315.
8. D.A. Enarson, J. Wang et J.M. Dirks, «The incidence of active tuberculosis in a large urban area», *American Journal of Epidemiology*, 126, 1989, p. 1268-1276.
9. A. Brancker, D.A. Enarson, S. Grzybowski et al., «Une chronique statistique de la tuberculose au Canada : partie 1. De l'époque du traitement à l'heure actuelle et la lutte antituberculose», *Rapports sur la santé*, 4(2), 1992, p. 103-123, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
10. A. Brancker, D.A. Enarson, S. Grzybowski, et al., «Une chronique statistique de la tuberculose au Canada : partie II. Le risque de tuberculose à l'heure actuelle et la lutte antituberculose», *Rapports sur la santé*, 4(3), 1992, p. 277-292, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. W.H. Frost, «The age selection of mortality from tuberculosis in successive decades», *American Journal of Hygiene*, 30(A), 1939, p. 91-96.
12. M. Blenkush, M. Korzeniewska-Kosela, W. Black et al., «HIV-related tuberculosis in British Columbia: Indications of a rise and change in risk groups», *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 151, 1995, Abstract A513.