



Éclosion de cas de pneumonie causés par un nouveau coronavirus

Un nouveau virus de la famille des coronaviridae a été détecté dans la ville de Wuhan, en Chine. L'éclosion causée par ce virus nommé 2019-nCoV est fortement associée à la fréquentation d'un marché de fruits de mer et d'animaux vivants situé dans cette ville. L'agrégat des premiers cas a été signalé le 31 décembre 2019 et le marché a été fermé dès le 1^{er} janvier 2020.

En Chine, le nombre de cas confirmés est en constante progression. Des cas ont été rapportés à l'extérieur du pays, soit ailleurs en Asie, en Océanie, en Europe et en Amérique du Nord.

Les principaux signes et symptômes cliniques rapportés sont la fièvre et la toux ; des difficultés respiratoires et des infiltrats dans les deux poumons ont aussi été notés. Le mode de transmission du virus n'est pas encore bien connu. La source d'exposition commune identifiée pour les premiers cas (les animaux vivants d'un marché de Wuhan) ne permet pas d'expliquer tous les cas. La transmission interhumaine a d'ailleurs été confirmée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Selon le [rapport de situation](#) de l'OMS du 27 janvier 2020, la majorité des cas ne présentaient pas de symptômes graves. Le taux de mortalité reste peu élevé et plusieurs des personnes décédées avaient des maladies sous-jacentes. Le risque global pour la santé des Canadiens est considéré comme faible.

Dans le contexte de l'éclosion du 2019-nCoV, le gouvernement du Canada recommande actuellement aux voyageurs qui prévoient se rendre en Chine, dans la province de Hubei, de prendre des précautions sanitaires spéciales. Pour plus de détails sur les recommandations, voir les sites Web suivants :

- <https://voyage.gc.ca/voyager/avertissements/pneumonie-china>
- <https://www.inspq.qc.ca/sante-voyage/surveillance>

Mise en place de mesures

Dans le but de prévenir la survenue de cas au pays, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont mis en place des mesures visant à détecter de façon précoce toute personne ayant pu être en contact avec le 2019-nCoV à Wuhan ou avec une personne elle-même infectée.

En présence d'un cas éventuel, les professionnels de la santé sont invités à consulter la [page Web sur le 2019-nCoV](#) créée à leur intention et où les principaux outils y sont regroupés. La page est mise à jour selon l'évolution de la situation. Il en est de même pour les [rapports de situation de l'OMS](#).

Pour toute information générale, la population peut se référer à Québec.ca, page [Coronavirus 2019](#).

Les personnes ayant des symptômes sont invitées à communiquer avec Info-Santé 811 pour toute question de santé en lien avec cette situation.

Comme le 2019-nCoV est un nouveau coronavirus dont on ne connaît pas encore toutes les caractéristiques, les autorités de santé publique se mobilisent à tous les niveaux afin d'assurer la sécurité de la population.

Auteurs :

Annick Des Cormiers, Maryse Duchesne, Colette Gaulin, Marie-Andrée Leblanc et Marlène Mercier, Direction de la vigie sanitaire, MSSS.

Portrait épidémiologique de la tuberculose au Québec, 2016-2018

Introduction

Le dernier rapport de surveillance de la tuberculose au Québec, publié en 2017, couvrait les années 2012 à 2015. Dans le but de fournir une mise à jour intérimaire sur l'évolution de la maladie, une analyse a été réalisée pour les années 2016 à 2018 à partir des données de l'Infocentre de santé publique et du fichier dénominalisé des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Les variations temporelles et régionales, les caractéristiques des cas de tuberculose active déclarés de 2016 à 2018 ainsi que les données préliminaires d'incidence pour l'année 2019 sont présentées.

Les données sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des cas ont été extraites du fichier MADO le 18 novembre 2019 et les données d'incidence aux niveaux provincial et régional ont été extraites du Portail de l'Infocentre le 9 janvier 2020.

Les données d'incidence par sous-population (ex. : personnes nées à l'étranger, Autochtones) ont été calculées à partir des données les plus récentes du recensement (Statistique Canada, 2016).

Évolution de l'incidence de la tuberculose

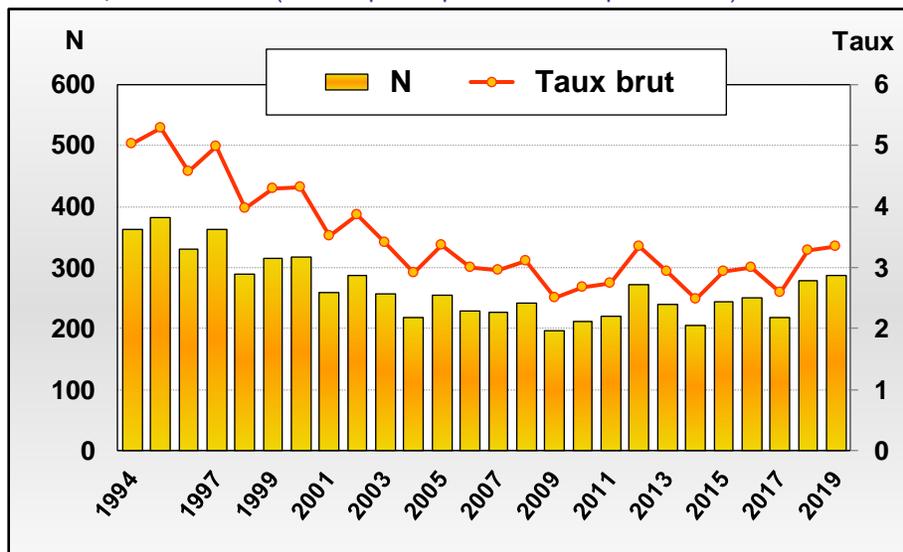
Après une diminution importante observée de 1994 à 2004, l'incidence de la tuberculose au Québec est demeurée relativement stable depuis 2005 (figure 1). Pour la période 2016-2018, 746 cas confirmés et probables ont été déclarés, soit 249 cas par année en moyenne. Le taux d'incidence annuel moyen était de 2,96 pour 100 000 personnes (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 % : 2,75-3,18]).

Pour l'année 2019, 286 cas de tuberculose ont été déclarés, pour un taux d'incidence de 3,34 [IC 95 % : 2,98-3,76], ce qui représente une augmentation, statistiquement significative, de près de 15 % par rapport aux périodes 2012-2015 (2,92) et 2016-2018 (2,95).

En outre, toujours en 2019, trois régions sociosanitaires accusent une hausse significative du taux d'incidence par rapport à la période 2016-2018, soit la Côte-Nord, Lanaudière et le Nunavik.

Pour l'ensemble du Québec, les taux d'incidence demeurent inférieurs au taux moyen canadien. Au Canada, le taux d'incidence de la tuberculose était de 4,9 en 2017, les taux provinciaux et territoriaux variant de 0 à 266 pour 100 000¹.

Figure 1
Nombre de cas déclarés de tuberculose active et taux brut d'incidence Québec, 1994 à 2019 (taux exprimé pour 100 000 personnes)



Sources : Direction de santé publique de Montréal, Infocentre de santé publique, extraction MADO du 3 janvier 2020.

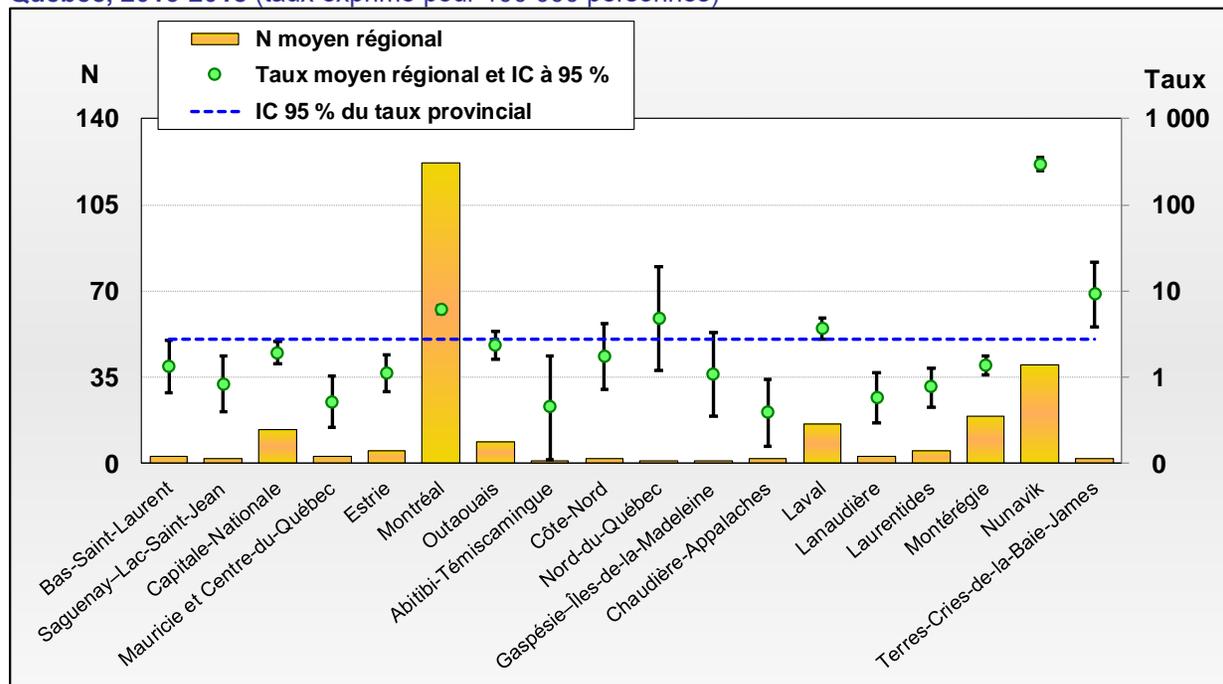
Variations régionales. Au Québec, l'incidence de la tuberculose varie selon la région sociosanitaire (figure 2).

De 2016 à 2018, environ la moitié des cas ont été déclarés dans la région de Montréal. Cette région enregistre le plus grand nombre de cas annuellement, avec une moyenne de 122 cas par an, pour un taux brut d'incidence de 6,04 pour 100 000.

La seconde région ayant enregistré le plus grand nombre de cas est le Nunavik, avec en moyenne 40 cas par an pour la période 2016-2018. De fait, cette région affiche le taux brut d'incidence le plus élevé au Québec durant cette période, soit 295 pour 100 000, ce qui correspond à près de 100 fois le taux moyen québécois (figure 2).

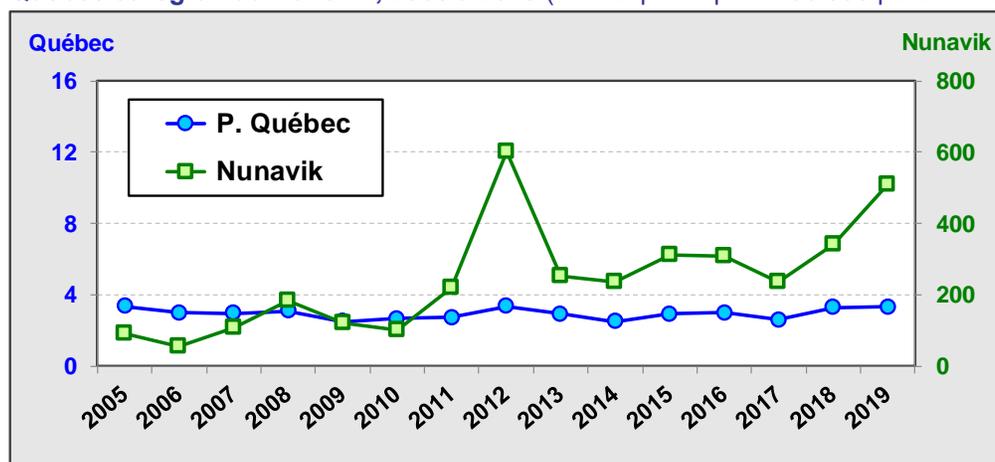
Au terme de l'année 2019, 71 cas de tuberculose active ont été déclarés par le Nunavik, pour un taux brut d'incidence de 509 pour 100 000 (figure 3).

Figure 2
Nombre de cas déclarés de tuberculose active et taux brut d'incidence selon la région de résidence Québec, 2016-2018 (taux exprimé pour 100 000 personnes)



Sources : Direction de santé publique de Montréal, Infocentre de santé publique, extraction MADO du 3 janvier 2020.

Figure 3
Taux brut d'incidence de la tuberculose active Québec et région du Nunavik, 2005 à 2019 (taux exprimé pour 100 000 personnes)



Sources : Direction de santé publique de Montréal, Infocentre de santé publique, extraction MADO du 3 janvier 2020.

Caractéristiques des cas

Pour la période 2016 à 2018, la proportion de cas masculins (55 %) est restée stable, et l'incidence chez les hommes est demeurée plus élevée que chez les femmes (3,28 vs 2,63). L'écart entre les deux sexes est particulièrement visible chez les patients âgés de 75 ans ou plus. Le taux d'incidence global dans ce groupe d'âge (5,15) est demeuré le plus élevé de la population, et davantage chez les hommes que chez les femmes (7,94 vs 3,22).

Les populations immigrantes et autochtones continuent d'être touchées de façon disproportionnée par la tuberculose (tableau 1). Entre 2016 et 2018, les personnes nées à l'extérieur du Canada représentaient 64 % des cas, alors qu'elles ne représentaient que 13 % de la population québécoise en 2016².

La distribution des cas selon le pays de naissance est restée relativement inchangée depuis la période 2012-2015. Les pays les plus représentés sont Haïti (13 %), les Philippines (8 %), le Vietnam (7 %), la Chine (6 %), l'Inde (6 %), le Cameroun (5 %) et les deux républiques congolaises (5 %).

En termes de taux d'incidence, l'écart est demeuré important entre la population non autochtone du Québec et les populations autochtones, et plus particulièrement les Inuits. Ces derniers affichent un taux d'incidence près de 500 fois plus élevé que les non-Autochtones nés au Canada (294,0 vs 0,6) et 20 fois plus élevé que les personnes nées à l'extérieur du Canada (294,0 vs 14,7) (tableau 1).

Parmi les cas déclarés de 2016 à 2018, 17 % sont d'origine autochtone, alors que les Autochtones ne représentaient que 2,3 % de la population du Québec en 2016³. Cette

proportion est similaire à celle de l'ensemble du Canada et est restée relativement stable par rapport à la période 2012-2015, alors qu'elle était de 20 %.

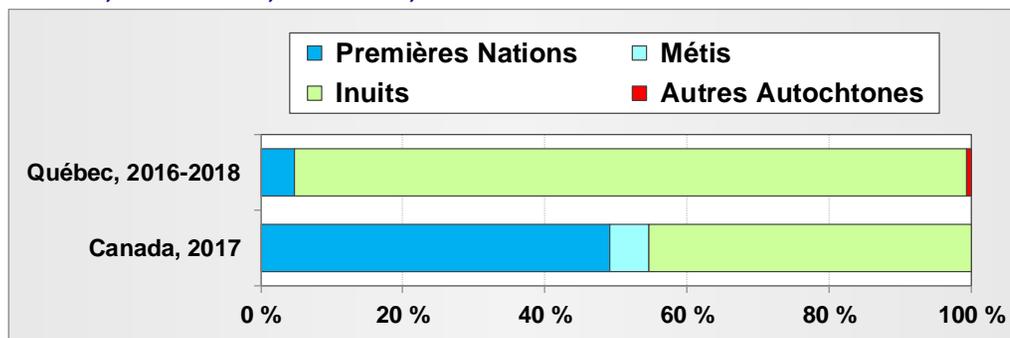
Parmi les populations autochtones du Québec, la presque totalité des cas sont d'origine inuite (95 %), alors que dans l'ensemble du Canada, en 2017, les cas sont répartis à peu près également entre les Premières Nations (49 %) et les Inuits (45 %)¹ (figure 4). Pour plus d'information sur la situation du Nunavik, voir le *Flash Vigie* [Vol. 13, no° 3](#).

Tableau 1
Nombre de cas déclarés de tuberculose active et taux brut d'incidence
selon diverses populations, Québec, 2016 à 2018 (taux exprimé pour 100 000 personnes)

Populations	N annuel moyen de cas	Population totale	Taux (pour 100 000)
QUÉBEC	249		2,96
Non-Autochtones nés au Canada	40	6 605 195	0,61
Personnes nées à l'extérieur du Canada	160	1 091 305	14,66
Autochtones	43	182 890	23,51
<i>Inuits</i>	41	13 945	294,01
<i>Premières Nations</i>	2	92 655	2,16

Sources : Direction de santé publique de Montréal, fichier MAD0, extraction du 18 novembre 2019, et Statistique Canada, Recensement de la population de 2016.

Figure 4
Répartition (%) des cas selon l'identité autochtone
Québec, 2016 à 2018, et Canada, 2017



Sources : Direction de santé publique de Montréal, fichier MAD0, extraction du 18 novembre 2019, et *Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2017*, vol. 45, n°s 2-3.

Caractéristiques cliniques de la maladie

Chez la majorité des cas de tuberculose déclarés de 2016 à 2018, il s'agit d'un premier épisode de la maladie. La proportion de cas déclarés en tant que récurrences (6 %) est restée relativement faible et similaire aux proportions notées durant la période 2012-2015⁴. Cependant, elle pourrait s'avérer encore plus faible si le patient présente un épisode antérieur diagnostiqué dans une autre région sociosanitaire. Environ quatre cas sur cinq (81%) ont eu un diagnostic de tuberculose respiratoire, soit presque autant qu'en 2012-2015, où cette proportion était de 82 %.

La forme la plus fréquente de tuberculose respiratoire est l'atteinte pulmonaire, qui constitue à elle seule 68 % de tous les cas déclarés, une proportion stable depuis 2012-2015.

Chez les personnes ayant une atteinte non respiratoire, la forme la plus fréquente est l'atteinte des ganglions périphériques, avec 8 % des cas déclarés.

De façon générale, la proportion des cas décédés avant ou pendant le traitement, de 6 %, est restée stable, et pour la majorité d'entre eux (85 %), la tuberculose a causé le décès ou y a contribué.

Antibiorésistance. Pour les années 2016 à 2018, 5 souches de tuberculose (0,8 %) ont été considérées comme multirésistantes, c'est-à-dire qu'elles présentaient une résistance à l'isoniaside (INH) et à la rifampicine (RMP), avec ou sans résistance à d'autres agents antituberculeux. En ce qui a trait aux monorésistances les plus fréquentes : 5,6 % des souches étaient résistantes seulement à l'INH et 3,5 %, à la pyrazinamide (PZA). Ces profils de résistance sont globalement inchangés par rapport à 2012-2015⁴.

Conclusion

L'incidence de la tuberculose est restée faible au Québec, bien que des disparités régionales importantes aient persisté. La région sociosanitaire de Montréal enregistre le nombre brut de cas le plus élevé, en raison de la densité de population et de la proportion de personnes nées à l'étranger qui y vivent de façon permanente ou temporaire. Le Nunavik affiche l'incidence la plus élevée, ce qui n'est pas sans rappeler la situation qui prévalait à l'échelle nationale en 2017, alors que le Nunavut affichait le taux d'incidence le plus élevé au Canada (266 pour 100 000).

Enfin, les caractéristiques sociodémographiques des cas, les caractéristiques cliniques de la maladie et la proportion de souches résistantes sont similaires à celles de la période 2012-2015. Ces données préliminaires laissent supposer une tendance à la hausse pour l'année 2019, tendance qui sera à vérifier dans le prochain rapport de surveillance.

Références bibliographiques

1. M. LAFRENIÈRE, H. HUSSAIN, N. HE et M. MCGUIRE (2019). [La tuberculose au Canada en 2017](#), *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 45, n^{os} 2-3, p. 73-80, [En ligne].
2. STATISTIQUE CANADA (2017). *Recensement de la population de 2016 : Statistiques sur les immigrants et les résidents non permanents*, [En ligne].
3. STATISTIQUE CANADA (2017). *Série « Perspective géographique », Recensement de 2016*, [En ligne].
4. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Épidémiologie de la tuberculose au Québec : rapport 2012-2015* [En ligne].

Auteurs :

Simone Périnet, Angélique Guay-Giroux, Paul Rivest et Isabelle Rouleau, Direction régionale de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Avec la collaboration de :

France Markowski, Direction de la vigilance sanitaire, MSSS.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit par la Direction de la vigilance sanitaire de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigilance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : france.markowski@msss.gouv.qc.ca.

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
