

Portrait de la tuberculose au Québec : 2014 à 2024

SURVEILLANCE ET VIGIE

AVRIL 2026

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTRICE

Cassi Bergeron-Caron, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Louise Valiquette, médecin-conseil
Noémie Savard, médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Pierre-Marie Akochy, spécialiste clinique en biologie
médicale
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Nadine Magali-Ufitinema, agente de planification,
de programmation et de recherche
Lisvia De Wekker, conseillère en vigie sanitaire
Direction de la vigie et des maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Paul Rivest, médecin-conseil
Lavanya Narasiah, médecin-conseil
Julia Héron, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de Montréal

Christina Santella, épidémiologiste
Jessika Huard, coordonnatrice régionale des maladies
infectieuse (intérim)
Régie régionale de la santé et des services sociaux du
Nunavik

Karl Forest-Bérard, conseiller scientifique
Secrétariat général
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Najwa Ouhoummane, conseillère scientifique spécialisée
Direction des risques biologiques

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'autrice et les personnes qui ont révisé le document ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les différents partenaires, notamment les Directions de santé publique (DSPublique), les laboratoires hospitaliers, le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP), le Laboratoire national de microbiologie du Canada (LNM) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Nous souhaitons souligner spécifiquement la contribution de Marc-André Dubé, conseiller scientifique au Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) et Dihya Baloul, conseillère scientifique en bio-informatique au LSPQ pour leur soutien technique lors de l'extraction et la fusion des bases de données. Nous remercions sincèrement Dr Paul Rivest pour son rôle majeur dans la surveillance de la tuberculose ainsi que pour la production des rapports précédents.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03813-4 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/PRMW3755>

© Gouvernement du Québec (2026)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent rapport de surveillance fait le portrait épidémiologique de la tuberculose au Québec de 2014 à 2024 afin de suivre l'évolution de la maladie, d'identifier certaines tendances et de soutenir les efforts de prévention et de contrôle.

Il a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le cadre du mandat de surveillance de la tuberculose au Québec.

Ce portrait longitudinal de la tuberculose s'adresse principalement au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à Santé-Québec et ses établissements, aux professionnels et gestionnaires des directions de santé publique des établissements de santé, aux cliniciens et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la prévention et la lutte contre la tuberculose.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	V
GLOSSAIRE	7
MESSAGES CLÉS.....	8
SOMMAIRE	9
1 INTRODUCTION	11
2 MÉTHODOLOGIE	13
2.1 Base de données des cas de tuberculose	13
2.2 Extraction et fusion des données 2014-2024	15
2.3 Dénominateurs.....	15
2.4 Limites.....	16
3 RÉSULTATS.....	17
3.1 Tendances générales au Québec.....	17
3.2 Profil sociodémographique des cas	19
3.3 Répartition géographique.....	28
3.4 Informations cliniques	31
3.5 Résistance aux antibiotiques.....	38
3.6 Traitement et issue clinique.....	40
3.7 Étude des agrégats	47
4 CONCLUSION.....	50
5 RÉFÉRENCES.....	51
ANNEXE 1 TABLEAUX ET FIGURES SUPPLÉMENTAIRES	53
ANNEXE 2 PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES SUR LA CLASSIFICATION UTILISÉE	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas de tuberculose active au Québec, 2014–2024.....	18
Tableau 2	Nombre de cas de tuberculose par sexe et groupe d'âge, Québec, 2014-2024	19
Tableau 3	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon le statut du cas, Québec, 2014-2024	21
Tableau 4	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon l'appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014-2024.....	22
Tableau 5	Taux d'incidence annuel (par 100 000 habitants) de tuberculose selon l'appartenance du cas à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014 2024.....	24
Tableau 6	Nombre de cas de tuberculose nés à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024.....	25
Tableau 7	Nombre et proportion des cas selon le contexte d'exposition ou de vulnérabilité de la personne dans les 2 années précédant l'épisode de tuberculose, Québec, 2014-2024	27
Tableau 8	Taux d'incidence annuel (par 100 000 habitants) de la tuberculose par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2014–2024.....	30
Tableau 9	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal, Québec, 2014-2024.....	32
Tableau 10	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon la présentation clinique et l'atteinte d'un autre système ou organe, Québec, 2014-2024.....	32
Tableau 11	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon la présence de symptômes rapportés à la déclaration, Québec, 2020-2024	34
Tableau 12	Nombre et proportion des cas de tuberculose pulmonaire selon les résultats radiologiques, Québec, 2014-2024.....	35
Tableau 13	Nombre et proportion des cas de tuberculose selon les résultats disponibles sur le dépistage du VIH, Québec, 2014-2024	36
Tableau 14	Nombre de cas confirmés de tuberculose selon le profil de résistance aux antituberculeux, Québec, 2014-2024.....	38
Tableau 15	Nombre et proportion des souches de tuberculose selon la pharmacorésistance de la souche de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , Québec, 2014-2024	39
Tableau 16	Nombre et proportion des cas traités selon le schéma thérapeutique répertorié lorsque l'information est connue, Québec, 2014-2024	40

Tableau 17	Nombre et proportion des cas traités de tuberculose selon l’observance et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024.....	41
Tableau 18	Nombre de cas et proportion des cas de tuberculose traités selon l’issue du traitement, Québec, 2014-2024	43
Tableau 19	Nombre et proportion de décès parmi les cas de TB (traités ou non) en fonction de la contribution de la tuberculose au décès, Québec, 2014-2024.	45
Tableau 20	Répartition des agrégats identifiés avec les MIRU-VNTR, Québec, 2014-2024	48
Tableau 21	Répartition des cas par groupe d’âge et par sexe, Québec, 2024	53
Tableau 22	Répartition des cas par groupe d’âge, par nature de la validation et par appartenance à un sous-groupe populationnel, Québec, 2014-2024	54
Tableau 23	Présence des symptômes à la déclaration selon le type de tuberculose pour l’ensemble des cas de TB active au Québec de 2014 à 2024	54
Tableau 24	Nombre de cas et proportion selon le taux estimatif d’observance et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024.....	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Évolution annuelle du nombre de cas de tuberculose active au Québec, 2000–2024.....	9
Figure 2	Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence au Québec en 2024.....	9
Figure 3	Nombre de cas de tuberculose ayant un résultat séropositif et séronégatif au dépistage du VIH, Québec, 2014-2024.....	10
Figure 4	Schéma des différentes bases de données fusionnées selon les années disponibles incluses dans le présent portrait de la tuberculose au Québec.	14
Figure 5	Évolution annuelle du nombre de cas de tuberculose ainsi que du taux d'incidence annuel au Québec, 2000–2024.....	17
Figure 6	Comparaison du taux d'incidence de la tuberculose entre le Québec et le Canada, 2014–2024.....	18
Figure 7	Proportion des cas de tuberculose selon le sexe, Québec, 2014-2024.....	19
Figure 8	Évolution du nombre de cas de tuberculose par groupe d'âge, Québec, 2014-2024.....	20
Figure 9	Répartition des cas de tuberculose par groupe d'âge et par sexe, Québec, 2014, 2019 et 2024.....	21
Figure 10	Évolution du nombre de cas de tuberculose selon l'appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014-2024.....	23
Figure 11	Évolution de la proportion des cas de tuberculose selon l'appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014 2024.....	24
Figure 12	Proportion des cas de tuberculose pour les personnes nées à l'extérieur du Canada selon le nombre d'années écoulées depuis leur arrivée au Canada, Québec, 2020-2024.....	25
Figure 13	Nombre de cas de tuberculose nés à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024.....	26
Figure 14	Proportion des cas de tuberculose pour les personnes nées à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024.	26
Figure 15	Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence, Québec, 2024.....	28
Figure 16	Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence, Québec, 2014-2024.....	28
Figure 17	Cartes choroplèthes du nombre de cas de tuberculose selon la région sociosanitaire de résidence en 2014, 2019 et 2024.....	29
Figure 18	Taux d'incidence annuel (par 100 000 habitants) par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2024.	30

Figure 19	Proportion moyenne des cas de tuberculose selon le diagnostic principal, Québec, 2014-2024	31
Figure 20	Proportion des cas de tuberculose selon la raison d'investigation initiale, Québec, 2014-2024	33
Figure 21	Proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal et la présence de symptômes rapportés à la déclaration, Québec, 2020-2024	34
Figure 22	Proportion des cas de tuberculose pulmonaire selon les résultats radiologiques, Québec, 2014-2024.....	35
Figure 23	Nombre de cas de tuberculose selon les résultats disponibles sur le dépistage du VIH, Québec, 2014-2024	36
Figure 24	Proportion des cas de tuberculose selon la présence de comorbidités majeures chez le cas, Québec, 2024.....	37
Figure 25	Évolution des cas testés de tuberculose selon le profil de résistance aux antituberculeux, Québec, 2014-2024.....	38
Figure 26	Proportion des cas résistants selon la pharmacorésistance des souches de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , Québec, 2014-2024	39
Figure 27	Proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal et le pourcentage approximatif d'observance au traitement, Québec, 2024.....	41
Figure 28	Proportion des cas traités selon leur principale modalité de traitement, 2024.....	42
Figure 29	Proportion des cas traités de tuberculose selon le pourcentage approximatif d'observance au traitement et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024.	42
Figure 30	Nombre et proportion des cas traités selon leur issue de traitement et de leurs conditions médicales préexistantes, Québec, 2014-2024.....	44
Figure 31	Nombre de décès en comparaison avec le nombre total de cas, Québec, 2014-2024.	45
Figure 32	Proportion de décès selon le diagnostic principal du cas, Québec, 2014-2024.	46
Figure 33	Proportion de décès selon l'âge du cas, Québec, 2014-2024.	46
Figure 34	Proportion des cas appartenant à un agrégat et nombre d'agrégats en cours par année, Québec, 2014-2024.....	47
Figure 35	Nombre d'agrégats identifiés avec les MIRU-VNTR en fonction de la taille de l'agrégat, Québec, 2014-2024	48
Figure 36	Répartition des cas confirmés et probables de tuberculose par groupe d'âge, Québec, 2024.....	53
Figure 37	Carte choroplèthe des taux d'incidence de la tuberculose par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2024.....	55

GLOSSAIRE

Agrégat génétique	Deux isolats ou plus ayant la même empreinte génétique (génotype identique) lorsqu'on utilise le séquençage du génome entier, la méthode MIRU (<i>Mycobacteria Interspersed Repetitive Unit</i>), la cartographie différentielle de restriction (<i>Restriction Fragment Length Polymorphism</i> [RFLP]) basée sur la séquence d'insertion 6110 (IS6110) ou le spoligotype.
Antituberculeux de 1^{re} intention (ou majeurs)	Les quatre antibiotiques de première intention pour le traitement de la tuberculose active sont l'isoniazide (INH), la rifampicine (RMP), l'éthambutol (EMB) et le pyrazinamide (PZA). Ces antibiotiques sont considérés comme les plus efficaces et les mieux tolérés.
Antituberculeux de 2^e intention (ou mineurs)	Antituberculeux administrés en deuxième intention, au lieu des antituberculeux majeurs. Les antituberculeux mineurs comprennent : la bédaquiline, le linézolide, les fluoroquinolones (comme la lévofloxacine et la moxifloxacine), les aminoglycosides (comme l'amikacine, la kanamycine et la streptomycine), la capréomycine, la cyclosérine, la clofazimine, l'éthionamide et le protionamide, et l'acide para-aminosalicylique.
Cas confirmé¹	Isolement ou détection, par une technique d'amplification génique, d'une mycobactérie faisant partie du complexe <i>Mycobacterium (M.) tuberculosis</i> , c'est-à-dire <i>M. tuberculosis</i> (y compris <i>M. tuberculosis</i> subsp. <i>canettii</i>), <i>M. bovis</i> (excluant la souche BCG), <i>M. africanum</i> , <i>M. caprae</i> , <i>M. microti</i> ou <i>M. pinnipedii</i> .
Cas probable¹	En l'absence d'une identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes : 1) Présence de symptômes et de signes compatibles avec une tuberculose évolutive; 2) Radiographie(s) pulmonaire(s) suggérant une tuberculose évolutive; 3) Examen pathologique - de tissus provenant d'une biopsie ou d'une autopsie - suggestif de tuberculose; ET Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic est posé en post mortem).
Infection tuberculeuse (ITB)	Présence d'une infection latente ou quiescente par <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . Les patients atteints d'une ITB ne présentent aucun signe clinique de maladie active, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun symptôme, qu'il n'y a à la radiographie aucun changement évoquant une maladie active et que, lorsqu'elles sont effectuées, les analyses de microbiologie sont négatives; Ces patients ne sont pas considérés contagieux.
Tuberculose active (ou Tuberculose)	Maladie causée par la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme et qui se manifeste en fonction du site d'infection par différents signes et symptômes, par des anomalies radiologiques et par la présence de bacilles dans les expectorations ou d'autres spécimens cliniques.
Tuberculose monorésistante	Tuberculose causée par des bacilles résistants à un seul antituberculeux de première intention soit l'isoniazide, la rifampicine, l'éthambutol ou le pyrazinamide.
Tuberculose polyrésistante (TB-PR)	Résistance à plus d'un antituberculeux de première intention, à l'exclusion de la résistance à la rifampicine.
Tuberculose multirésistante (TB-MR)	Tuberculose causée par des bacilles résistants à minimalement l'isoniazide (INH) et à la rifampicine (RMP). Les bacilles de TB-MR peuvent être résistants ou non à d'autres antituberculeux de première ou deuxième intention.
Tuberculose pré-ultrarésistante (TB-pré-UR)	Tuberculose multirésistante (résistance à l'INH et RMP) avec une résistance additionnelle à une ou plusieurs fluoroquinolones.
Tuberculose ultrarésistante (TB-UR)	Tuberculose multirésistante (résistance à l'INH et RMP) avec une résistance supplémentaire à une ou plusieurs fluoroquinolone et à la bédaquiline ou au linézolide.

Les précisions méthodologiques sur la classification utilisée sont indiquées à l'[annexe 2](#).

Pour plus d'information, se référer au [glossaire des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#) (2022).

¹ Définition tirée du document MSSS (2019) [Surveillance des MADO au Québec - Définitions nosologiques](#); S'y référer pour la version la plus à jour ou pour plus de précision.

MESSAGES CLÉS

Tendances générales au Québec

- Après vingt ans de stabilité, la tuberculose est en hausse au Québec, avec un doublement du nombre de cas entre 2014 et 2024 (passant de 209 à 463 cas rapportés).
- Le taux d'incidence atteint 5,1 cas par 100 000 habitants en 2024, soit le plus élevé depuis plus de 25 ans.
- Les hommes et les jeunes adultes de 20 à 34 ans sont les plus touchés.

Répartition des cas selon l'appartenance à un sous-groupe populationnel

- Les personnes nées à l'extérieur du Canada représentent en moyenne 65 % des cas à l'échelle du Québec.
- Les personnes autochtones (principalement Inuit) comptent pour 17 % des cas.
- Les personnes non autochtones nées au Canada représentent 15 % des cas.
- Pour 2 % des cas, l'information sur le lieu de naissance est inconnue.

Répartition géographique

- En 2024, la région de Montréal concentre le plus grand nombre de cas (45 %), suivie du Nunavik (20 %) et de la Montérégie (9 %).
- Le Nunavik présente, en 2024, le taux d'incidence le plus élevé, avec plus de 600 cas par 100 000 habitants. Il s'agit du taux le plus élevé observé dans la région du Nunavik depuis plus de 25 ans, touchant 6 des 14 communautés inuites.

Présentations cliniques

- Parmi les diagnostics déclarés, l'atteinte pulmonaire reste la plus fréquente (70 % des cas) comparativement aux atteintes extrapulmonaires (30 %). Parmi les cas de tuberculose pulmonaire, 4 % vont également avoir une atteinte extrapulmonaire.

Résistance aux antibiotiques

- La majorité (89 %) des souches de *M. tuberculosis* identifiées au Québec durant cette période sont sensibles aux antibiotiques testés.
- Un total de 9 % montrent une monorésistance à un antituberculeux de première intention et de rares cas (2 %) sont résistants à plus d'un antituberculeux.

Létalité et mortalité

- Environ 7 % des cas de tuberculose sont décédés, mais seulement un décès sur cinq est directement attribuable à la tuberculose, ce qui correspond à une létalité d'environ 1,5 %.

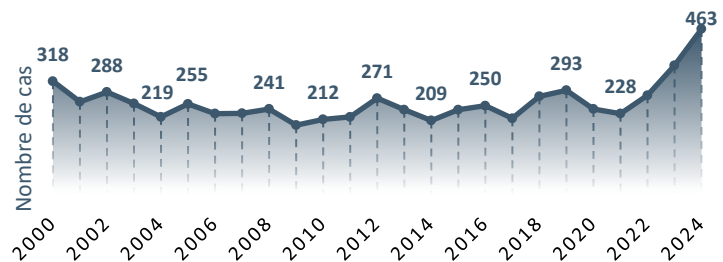
SOMMAIRE

Ce rapport de surveillance fournit un portrait épidémiologique détaillé de l'évolution de la tuberculose au Québec de 2014 à 2024. Les données présentées dans ce rapport proviennent du système informatique provincial permettant la surveillance des maladies infectieuses et reposent sur les cas de tuberculose active déclarés au Québec. Leur analyse permet de documenter les tendances récentes et de soutenir les interventions de santé publique.

Tendances générales au Québec

Après vingt ans de stabilité, la courbe d'incidence de la tuberculose au Québec repart à la hausse à partir de l'année 2022. Le nombre de cas annuel a doublé entre 2014 et 2024, passant de 209 à 463 déclarations, et le taux d'incidence a atteint 5,1 cas par 100 000 habitants en 2024 soit le plus élevé depuis plus de 25 ans.

Figure 1 Évolution annuelle du nombre de cas de tuberculose active au Québec, 2000–2024

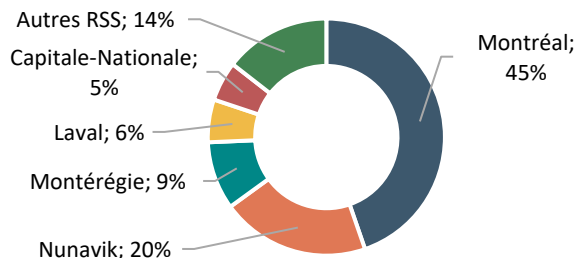


En général, une prédominance masculine est observée, les hommes représentant environ 57 % des cas de tuberculose active. L'âge médian des cas de tuberculose est de 38 ans. Les jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans sont les plus touchés, indiquant un déplacement graduel du fardeau de la maladie vers des groupes plus jeunes qu'auparavant.

Répartition des cas

Les personnes nées à l'extérieur du Canada demeurent le principal groupe populationnel touché, représentant en moyenne 65 % de l'ensemble des cas déclarés au Québec, comparativement à 17 % pour les autochtones et 15 % pour les non-autochtones nés au Canada pour la période de 2014 à 2024. L'information sur l'appartenance à un sous-groupe populationnel était manquante pour 2 % des cas. Ces proportions varient d'une région à l'autre dans la province. Une constante augmentation du nombre de cas est constatée chez les personnes nées à l'extérieur du Canada et chez les personnes autochtones, notamment en 2023 et 2024.

Figure 2 Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence au Québec en 2024



En 2024, la région sociosanitaire qui a noté le plus grand nombre de cas de tuberculose est Montréal (45 %), suivie du Nunavik (20 %) et de la Montérégie (9 %). Toutefois, le plus haut taux d'incidence est enregistré au Nunavik avec plus de 600 cas par 100 000 habitants, soit plus de 100 fois la moyenne provinciale et affectant près de la moitié des communautés (6 sur 14). Il s'agit du taux le plus élevé observé dans la région, et toutes régions sociosanitaires confondues, au cours des 25 dernières années.

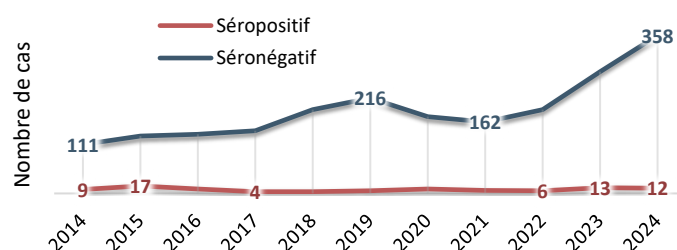
Présentations cliniques

La tuberculose pulmonaire incluant la primo-infection demeure la forme la plus fréquente, constituant environ 70 % des cas. En moyenne 4 % des cas de tuberculose pulmonaire présentent également une atteinte extrapulmonaire alors qu'une composante pulmonaire est identifiée dans 15-30 % des cas extrapulmonaires. La tuberculose ganglionnaire (ganglions lymphatiques périphériques) représente 33% des cas extrapulmonaires comparativement à 12% pour la tuberculose miliaire, forme disséminée et plus grave de la maladie.

La majorité des cas de tuberculose active déclarés présentaient des symptômes évocateurs d'une tuberculose tels que des expectorations, de la toux persistante, de l'hémoptysie, de la fièvre, une perte de poids ou des sueurs nocturnes observés en proportion variable selon le type d'atteinte anatomique. Parmi les cas de TB pulmonaire, 80 % des cas présentaient des symptômes au moment du diagnostic. Des anomalies à la radiographie pulmonaire sont également constatées dans 94% des cas de tuberculose pulmonaire.

Malgré l'augmentation du nombre de cas de tuberculose, la proportion de cas infectés simultanément par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la tuberculose au Québec est demeurée faible avec une tendance descendante, oscillant autour de 3 %.

Figure 3 Nombre de cas de tuberculose ayant un résultat séropositif et séronégatif au dépistage du VIH, Québec, 2014-2024



Résistance aux antibiotiques et traitement

Le profil de résistance des souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées au Québec demeure globalement favorable au traitement, 89 % des cas confirmés étant sensibles à l'ensemble des médicaments de première intention. Les formes résistantes représentaient globalement 11 % des cas et les formes ayant de multiples résistances demeurent exceptionnelles (2 % des cas), sans tendance à la hausse.

La quasi-totalité (99 %) des cas de tuberculose a reçu un traitement antituberculeux au Québec et au moins 90 % d'entre eux ont complété plus de 80 % du traitement prescrit. Parmi les cas traités, la moitié ont été traités en thérapie sous observation directe pour la majeure partie de leur traitement.

Létalité et mortalité

Dans l'ensemble, 7 % des cas déclarés sont décédés, mais seulement un décès sur cinq était directement attribuable à la tuberculose. La létalité de la tuberculose au Québec est donc de 1,5 %.

1 INTRODUCTION

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse causée par une bactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*. L'infection s'acquiert généralement par inhalation d'aérosols produits par l'expulsion d'air d'une personne atteinte de tuberculose contagieuse. D'autres modes de transmission existent, mais demeurent rares (Long et., 2022).

Au Québec, la tuberculose active est à déclaration obligatoire (MADO) depuis 1924 et reste un défi de santé publique important et grave à l'échelle mondiale. Elle est actuellement la seule maladie à traitement obligatoire (MATO) au Québec. La compréhension des tendances et des caractéristiques de la tuberculose est fondamentale pour contrôler la maladie et éviter sa propagation.

Pourquoi se préoccuper de la tuberculose au Québec ?

La tuberculose atteint disproportionnellement les populations qui sont touchées par les inégalités sociales de santé, qui font face, par exemple, à la pauvreté, à l'insécurité alimentaire, à la difficulté d'accès à un logement adéquat, ou sont confrontées à des barrières (financières, linguistiques, culturelles) d'accès au système de santé. Ces déterminants sociaux de la santé sont, de ce fait, des facteurs de risque pour la tuberculose.

Les principaux objectifs des interventions de la santé publique pour la tuberculose sont de réduire les conséquences de la maladie chez les personnes atteintes et de prévenir les cas secondaires en intervenant auprès des cas et de leurs contacts étroits identifiés lors des enquêtes épidémiologiques.

La tuberculose devrait être une préoccupation prioritaire de santé publique, entre autres en raison des engagements internationaux du Canada dans le cadre de la Stratégie de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (2015 et 2022) et des cibles nationales (ASPC, 2025a) visant l'élimination de la maladie d'ici 2035. Au Québec, le Programme national de santé publique (PNSP) 2025-2035 identifie un objectif explicite pour la tuberculose soit la réduction du taux d'incidence afin d'atteindre les cibles d'élimination établies pour chacune des régions du Québec. L'amélioration de la prise en charge des cas de tuberculose active et de leurs contacts est identifiée comme prioritaire, notamment pour les sous populations qui ne bénéficient pas de couverture d'assurance pour ces services. Ces services doivent également être offerts de manière culturellement sécuritaire (MSSS, 2025).

Quels sont les objectifs de la surveillance de la tuberculose au Québec ?

L'exercice de la surveillance au Québec est balisé par la Loi sur la santé publique (LSP) (LRQ c S-2.2, art.4) qui stipule « que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés ». Depuis 2022, tel que le prévoit la LSP, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a mandaté la Direction des risques biologiques (DRB) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour effectuer la surveillance de la tuberculose au Québec.

Ce portrait de surveillance couvrant plus de dix années offre une perspective unique sur l'évolution de la tuberculose au Québec. Derrière les chiffres, ce portrait trace les contours d'une réalité en constant changement : les progrès diagnostiques, les changements démographiques et les défis persistants en matière de prévention et d'intervention. Ce rapport vise à fournir de l'information et une réflexion sur l'ampleur ainsi que la progression de la tuberculose et de ses déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre la tuberculose au Québec.

Ce portrait longitudinal de la tuberculose s'adresse principalement au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à Santé-Québec et ses établissements, aux professionnels et gestionnaires des directions de santé publique des établissements de santé, aux cliniciens et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la prévention et la lutte contre la tuberculose.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Base de données des cas de tuberculose

2.1.1 Registre provincial centralisé

Au Québec, les données de surveillance de la tuberculose proviennent d'un registre provincial centralisé. Ce registre est alimenté par les directions de santé publique (DSPublique) qui ont l'obligation d'y saisir les cas de tuberculose active signalés par les médecins et par les directeurs de laboratoires et qui répondent aux définitions nosologiques de cas de tuberculose.

Toutes les déclarations transmises aux DSPublique donnent lieu à une enquête épidémiologique sous la responsabilité de la région de résidence du cas. Cette enquête sert à recueillir, à partir de sources diverses (le médecin traitant, le dossier hospitalier, le cas lui-même et ses proches), les données sociodémographiques, l'histoire de la maladie et les autres données épidémiologiques pertinentes.

De 2014 à 2019, les données de surveillance de la tuberculose étaient répertoriées dans le registre central des maladies à déclaration obligatoire infectieuses, aussi appelé système MADO ou registre MADO. En 2020, une transition a été amorcée du système de saisie de données du registre MADO vers un nouveau registre, le Système d'information de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI). Depuis avril 2023, le questionnaire spécifique sur la tuberculose dans le SI-GMI est officiellement le questionnaire de référence disponible pour la saisie des cas de tuberculose au Québec et est utilisé par toutes les régions sociosanitaires à l'exception de la région de Montréal qui n'a transité vers ce système qu'en décembre 2025.

La plupart des données minimales pour la surveillance de la tuberculose ont été importées du registre MADO et transférées au nouveau registre SI-GMI. Les données hébergées à l'Infocentre de santé publique incluent l'ensemble des informations sur les cas de tuberculose active ayant été diagnostiqués au Québec depuis 2014 dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire.

2.1.2 Registre régional de Montréal

Pendant la période de surveillance à l'étude, la DSPublique de Montréal utilisait un registre régional (Dossier-client informatisé en maladies infectieuses [DCIMI]) pour la surveillance et l'investigation des cas de tuberculose dans sa région sociosanitaire en plus de compléter les informations minimalement requises au registre provincial centralisé SI-GMI. Une extraction des données du DCIMI couvrant les années 2014 à 2024 a été effectuée et jumelée à l'extraction du SI-GMI pour être intégrée aux données du portrait de la tuberculose au Québec.

2.1.3 Registre des résultats en lien avec la tuberculose du LSPQ

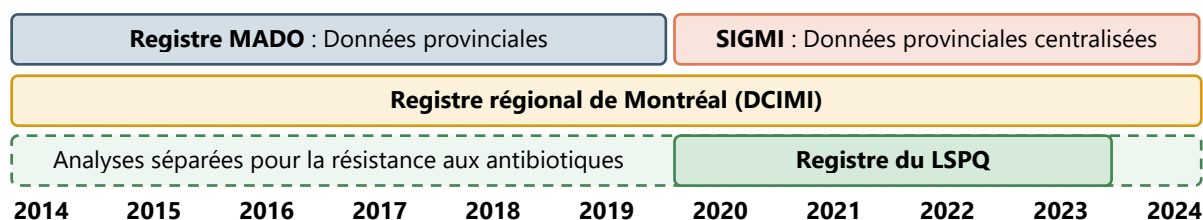
Le LSPQ fait l'identification de l'espèce des isolats et effectue, pour tous les cas confirmés de tuberculose, des épreuves de sensibilité aux antituberculeux de première intention (par antibiogramme et temporairement, depuis mai 2024, par le séquençage du gène *pncA* pour identifier la résistance à la pyrazinamide). Si une souche présente une résistance à la rifampicine (RMP) et/ou à l'isoniazide (INH) ou à deux antibiotiques de première intention, le LSPQ effectue la sensibilité aux antituberculeux de deuxième intention, notamment la streptomycine (SM), la capréomycine (CAP), la kanamycine (KM), l'amikacine (AMK), l'ofloxacine (OFL), la moxifloxacine (MXF), la rifabutine (RFB), l'éthionamide (ETA), la linézolide (LZD). Si la souche est multi-résistante ou pré-ultrarésistante, le LSPQ effectue aussi la sensibilité de la bédaquiline (BDQ), la clofazimine (CF) et la levofloxacine (LEV).

Le LSPQ procède au génotypage des souches du complexe *M. tuberculosis* avec la méthode traditionnelle *Mycobacterial interspersed repetitive-unit variable number tandem repeat* (MIRU-VNTR). L'obtention systématique des résultats de génotypage par MIRU-VNTR pour chaque cas de tuberculose a commencé en 2012. À des fins de surveillance, le génotypage MIRU-VNTR en combinaison avec les liens épidémiologiques permet d'investiguer les agrégats de tuberculose. En effet, un agrégat génétique est défini par la présence de deux cas ou plus ayant un profil MIRU-VNTR identique. Le LSPQ implantera en 2026 le séquençage génome entier des souches de *M. tuberculosis* isolées au Québec pour identifier des agrégats hautement résolus par des analyses phylogénétiques des souches.

Les résultats d'identification, de résistance et de génotypage, des agrégats et de leur signalement sont communiqués aux DSPublique qui ont la responsabilité de saisir ces résultats dans le SI-GMI.

À la suite d'une entente avec les directeurs de santé publique régionaux, une extraction des données du LSPQ couvrant les cas confirmés des années 2020 à 2023 a été effectuée et intégrée aux données du portrait de la tuberculose au Québec afin de combler certaines informations de laboratoire manquantes. Les données du LSPQ intégrées sont la nature de l'échantillon, le site anatomique du prélèvement, les résultats de l'identification de l'agent infectieux, les résultats des tests de sensibilité aux antituberculeux et le résultat du génotypage par MIRU-VNTR. Les données du LSPQ sur la résistance des souches de 2014 à 2024 ont été utilisées pour la rédaction de la section sur la résistance aux antibiotiques.

Figure 4 Schéma des différentes bases de données fusionnées selon les années disponibles incluses dans le présent portrait de la tuberculose au Québec.



2.2 Extraction et fusion des données 2014-2024

Pour les années 2014 à 2024, les données ont été extraites du fichier SI-GMI à l'Infocentre le 11 juin 2025. Des corrections ont été apportées tardivement par les DSPubliques et intégrées manuellement aux données extraites. En ce qui concerne la région de Montréal, les données des années 2023-2024 ont été extraites le 16 avril 2025 tandis que les données historiques des années 2014 à 2022 ont été extraites le 22 avril 2025. Les données du LSPQ couvrant les années 2020 à 2024 ont été extraites du Système de gestion et d'information de laboratoire (SGIL) le 17 janvier 2025.

La fusion des données extraites des différentes sources a été effectuée par appariement sur les variables identifiantes telles que le numéro de référence SI-GMI, le numéro de référence DCIMI, le numéro de référence LSPQ, le numéro d'assurance maladie (NAM) lorsque disponible et le nom complet. Afin d'assurer une fusion valide, la date de naissance, le sexe et la région sociosanitaire de résidence du cas devaient également correspondre. Les données sur les nombres de cas pour les années 2000 à 2013 ont été extraites des précédents rapports de surveillance (MSSS, 2009; MSSS, 2014; MSSS, 2017).

Les nombres rapportés peuvent fluctuer puisque les bases de données sont ouvertes et dynamiques. De plus, les processus complémentaires de validation entraînent parfois des changements ou des mises à jour de données. Comme les données utilisées sont issues de la fusion de l'ensemble des bases de données mentionnées, en cas de discordance, l'information est validée auprès de la DSPublique concernée et, au besoin, le registre provincial centralisé a préséance.

2.3 Dénominateurs

Les dénominateurs utilisés pour le calcul des taux d'incidence annuels dans la province de Québec sont tirés des estimations et des projections de population par territoire sociosanitaire produites par l'Institut de la statistique du Québec (2025).

Les dénominateurs des taux d'incidence dans la population immigrante et autochtone par région viennent des estimations et des projections pour le Canada faites par la Division de la démographie de Statistique Canada (Statistique Canada, 2022). La classification des pays selon leur incidence de tuberculose est définie conformément à la classification de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2023).

2.4 Limites

Les données présentées dans ce portrait se rapportent aux cas de tuberculose qui ont été détectés et déclarés. Ils doivent donc nécessairement avoir été en contact avec les services de santé. De façon générale, le nombre de cas déclarés par rapport à la fréquence réelle de la maladie dans la population est influencé par l'accessibilité au système de santé (ex. couverture d'assurances, barrières financières, difficulté à naviguer à l'intérieur du système de la santé, éloignement géographique, barrières de langue, stigmatisation, etc.).

Seuls les cas de tuberculose active sont déclarés et répertoriés dans le registre provincial et, par conséquent, les infections tuberculeuses (ITB) ne sont pas intégrées dans la surveillance.

Par convention, les cas sont consignés selon la date à laquelle ils ont été déclarés pour la première fois comme cas de TB active. L'infection tuberculeuse a pu être contractée plusieurs mois ou années avant cette date à la suite d'une exposition à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada. Le portrait fait état de l'incidence annuelle des cas de TB active déclarés, laquelle est calculée en fonction des nouvelles déclarations reçues.

La transition en 2020 du système de saisie de données harmonisé soit du système MADO au SI-GMI a été réalisée graduellement et a nécessité une période d'adaptation des professionnels responsables de la saisie des cas de tuberculose. Des erreurs de saisies de l'information et les données manquantes sont plus fréquentes durant cette période. Le contexte de la pandémie de COVID-19 a causé des retards considérables dans la saisie de certaines données pendant les années 2020 à 2022, compte tenu de l'importante mobilisation des ressources pour la gestion de la pandémie. Une saisie minimale des cas de tuberculose a toutefois été maintenue afin d'assurer la vigie et les interventions de santé publique.

Comme toute donnée issue de systèmes de surveillance, les analyses peuvent être affectées par des erreurs de saisie ou de catégorisation, notamment pour des variables complexes telles que le statut migratoire.

Notes méthodologiques : Les petits effectifs doivent être interprétés avec grande prudence. Ces données sont sujettes à une variabilité aléatoire importante, pouvant conduire à des fluctuations apparentes qui ne reflètent pas des différences significatives dans la population. En particulier, les pourcentages calculés à partir de petits nombres peuvent donner une impression disproportionnée de variation.

De plus, les catégories comportant une modalité « Inconnu » ou des valeurs manquantes ne sont pas systématiquement présentées. Lorsque le nombre d'observations inconnues est négligeable ou qu'il n'influence pas de manière significative l'interprétation des résultats, ces données peuvent être omises pour maintenir la clarté des figures, tout en préservant la validité des analyses.

3 RÉSULTATS

3.1 Tendances générales au Québec

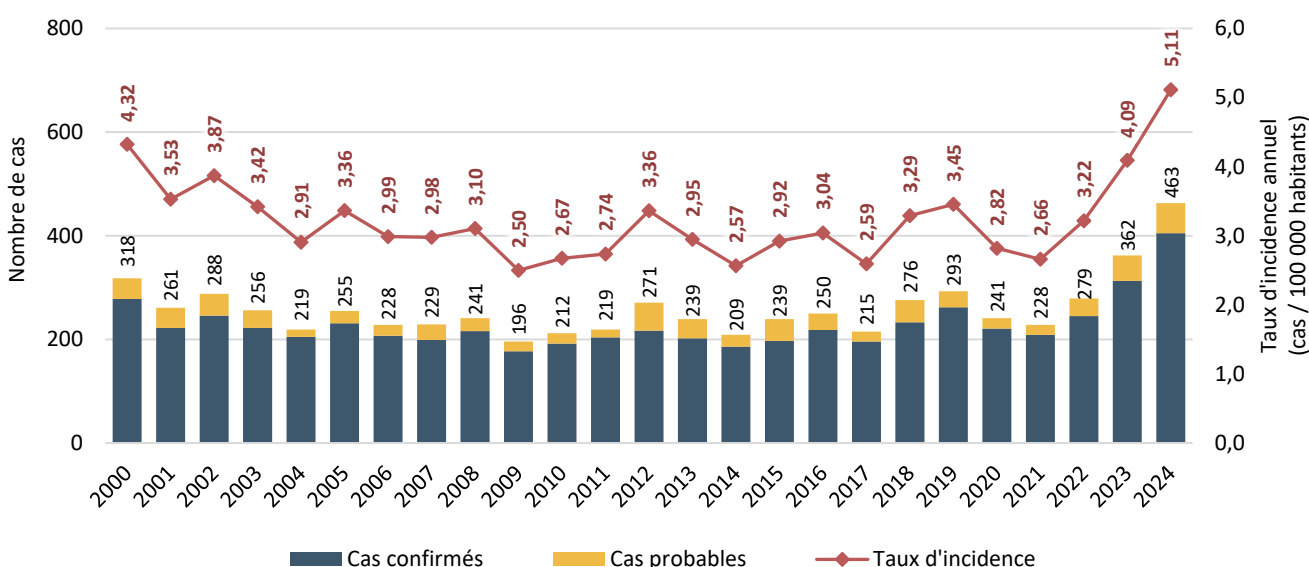
De 2000 à 2009, une diminution soutenue du nombre de cas est observée, passant de 318 à 196 cas (diminution de 38 %), associée à une baisse du taux d'incidence annuel de 4,3 à 2,5 cas par 100 000 habitants.

Une certaine stabilité est constatée entre 2010 et 2019 avec un nombre de cas qui oscille entre 212 et 293, avec un taux d'incidence annuel moyen de 3,1 cas par 100 000 habitants.

En 2020 et 2021, une baisse temporaire dans le nombre de cas déclarés (241 et 228 cas respectivement) est constatée, période coïncidant avec la pandémie de COVID-19. Cette diminution est vraisemblablement attribuable à la sous-détection des cas, au ralentissement des enquêtes de contacts et à la réduction des déplacements internationaux.

À partir de 2022, une augmentation marquée est observée, avec 279 cas en 2022, 362 en 2023 et 463 en 2024, atteignant le niveau le plus élevé depuis plus de 25 ans et le double du nombre de déclarations observées en 2014. Cette hausse est également observée au niveau mondial et s'explique en partie par les impacts de la pandémie sur l'accès aux soins pour la tuberculose (OMS, 2024). Cette période est aussi marquée par le changement dans les mouvements migratoires incluant une augmentation du nombre d'immigrants accueillis au Québec (ISQ, 2025).

Figure 5 Évolution annuelle du nombre de cas de tuberculose ainsi que du taux d'incidence annuel au Québec, 2000–2024



Au cours des cinq dernières années, la moyenne annuelle du nombre de cas s'établit à 315 cas. Cela représente environ 70 cas de plus que la moyenne observée dans les 20 années précédentes soit de 2000 à 2019. Les cas probables, en moyenne 12 % des déclarations, incluent principalement des diagnostics radiologiques ou cliniques compatibles en absence de confirmation bactériologique.

Entre 2014 et 2024, un nombre total de 3055 cas de tuberculose active ont été déclarés au Québec, correspondant à un taux moyen annuel de 3,3 cas par 100 000 habitants.

Tableau 1 Nombre de cas de tuberculose active au Québec, 2014–2024

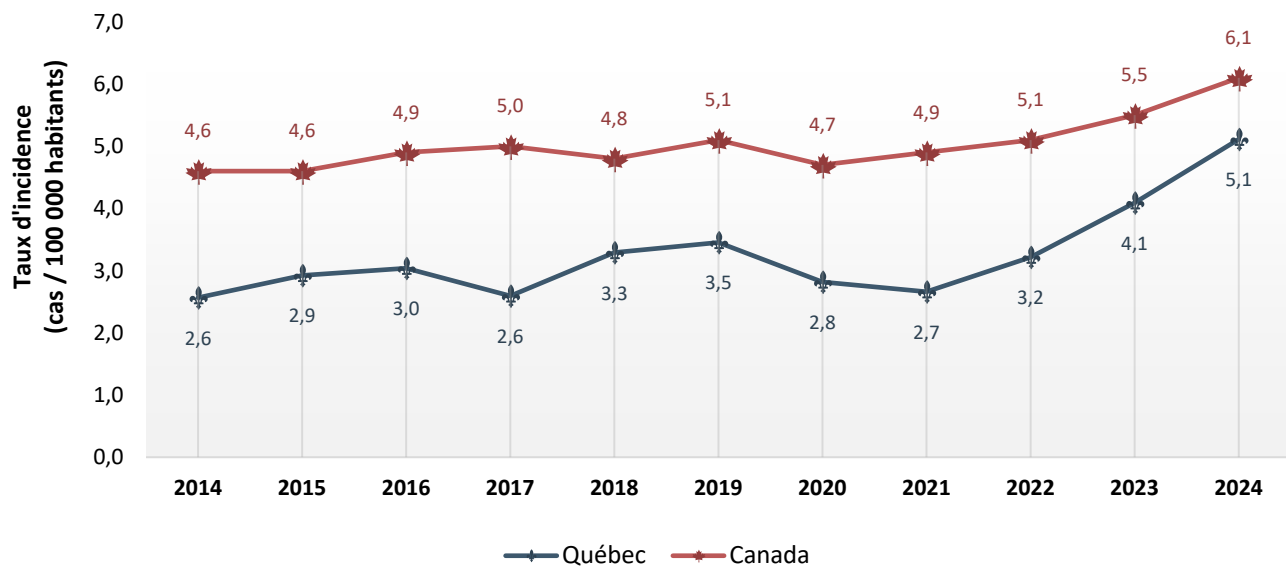
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cas confirmé	186	197	218	196	233	262	221	209	245	313	405
Cas probable	23	42	32	19	43	31	20	19	34	49	58
Total	209	239	250	215	276	293	241	228	279	362	463

Le taux d’incidence provincial est passé de 4,3 cas par 100 000 habitants en 2000 à 5,1 en 2024, ce qui représente une hausse de 18 % sur 25 ans, mais avec une distribution temporelle qui varie au fil des années.

Le taux d’incidence annuel provincial a oscillé entre 2,5 et 3,5 cas par 100 000 habitants entre 2003 et 2023, avant d’atteindre 4,1 en 2023 et 5,1 en 2024. Le franchissement du seuil de 5 cas par 100 000 habitants marque un changement notable dans la dynamique récente.

Le Québec maintient historiquement un taux d’incidence annuel de tuberculose inférieur à celui du Canada. La tendance à la hausse du taux d’incidence au Québec réduit toutefois l’écart qui séparait traditionnellement le Québec du Canada.

Figure 6 Comparaison du taux d’incidence de la tuberculose entre le Québec et le Canada, 2014–2024



Source : Les taux d’incidence pour le Canada sont tirés de l’infographie [Maladie tuberculose au Canada](#) pour l’année 2023 de l’ASPC (2025b) et du tableau de bord [Surveillance de la tuberculose](#) du Gouvernement du Canada (2025).

3.2 Profil sociodémographique des cas

Tableau 2 Nombre de cas de tuberculose par sexe et groupe d'âge, Québec, 2014-2024

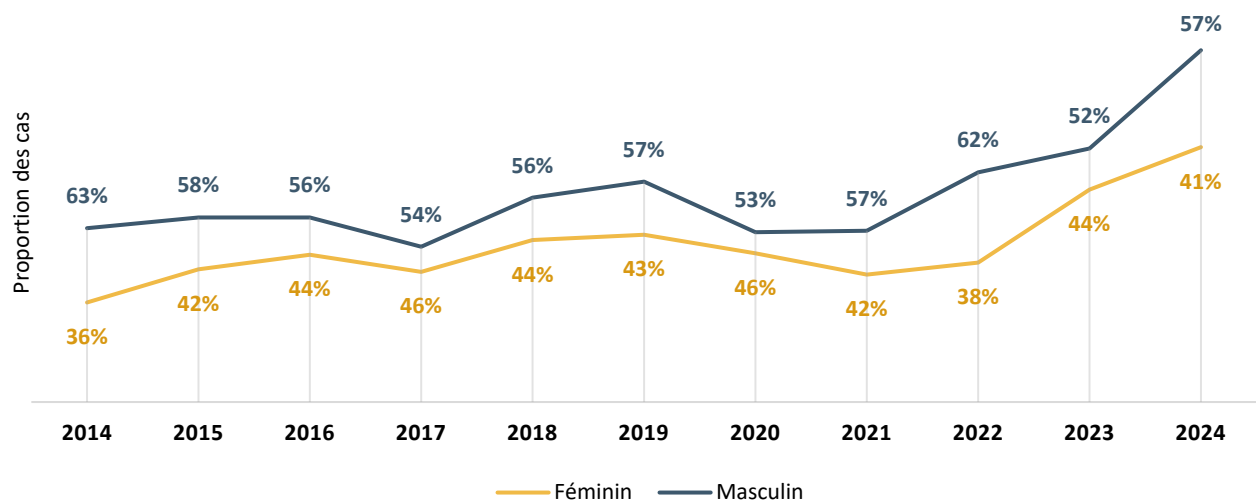
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	209	239	250	215	276	293	241	228	279	362	463
Sexe¹											
Féminin	75	100	111	98	122	126	112	96	105	158	192
Masculin	131	139	139	117	154	166	128	129	173	190	264
Inconnu	3	-	-	-	-	1	1	3	1	14	7
Groupe d'âge											
0-9 ans	13	24	8	10	25	18	10	8	27	26	34
10-19 ans	11	18	18	16	14	43	13	13	27	28	45
20-34 ans	49	67	83	62	62	73	75	60	69	104	171
35-49 ans	45	44	58	55	62	61	57	55	60	92	101
50-64 ans	32	39	31	26	48	48	36	41	40	60	54
65-79 ans	30	25	34	27	33	29	27	33	28	29	40
> 80 ans	26	22	18	19	32	21	23	18	28	23	18
Inconnu	3										

¹ Aucun cas n'a été répertorié pour les catégories « hommes transsexuels » et « femmes transsexuelles ». Dans le SI-GMI, le classement du cas est effectué via les informations mentionnées sur la carte d'assurance maladie et reflète probablement le marqueur de genre légal des cas.

Répartition selon le sexe

Sur l'ensemble de la période, les hommes représentent environ 57 % des cas de tuberculose active variant de 53 % à 63 % selon les années. Cette prédominance masculine demeure stable depuis plus d'une décennie et concorde avec les observations nationales et internationales (OMS, 2024; ASPC, 2025).

Figure 7 Proportion des cas de tuberculose selon le sexe, Québec, 2014-2024



Les formes extrapulmonaires présentent une distribution plus élevée chez les femmes, en particulier les atteintes génito-urinaires (63 %), ganglionnaires périphériques (58 %) et abdominales (54 %). À l'inverse, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à présenter des formes respiratoires incluant les formes pulmonaires (60 %), laryngées (67 %) et pleurales (67 %) ainsi que les formes miliaries (58 %). Ces tendances reflètent une répartition par sexe qui varie selon la localisation de la maladie.

En 2024, une prépondérance masculine est observée pour la majorité des tranches d'âge à l'exception des cas de 50 à 64 ans qui comptent une majorité de cas féminins (57 %).

Répartition selon l'âge

L'âge médian des cas déclarés se situe autour de 38 ans (intervalle interquartile : 25-58 ans) et l'âge moyen est de 42 ans. L'étendue de l'âge des personnes touchées va de 2 mois à 103 ans.

Les proportions les plus élevées sont observées chez les adultes de 20 à 34 ans (29 % des cas) et de 35 à 49 ans (23 %). La distribution par âge des cas de tuberculose s'est déplacée progressivement vers des groupes plus jeunes au fil des ans et est particulièrement visible en 2023 et 2024.

Les cas pédiatriques (<10 ans) demeurent rares (7 %), mais sont considérés comme un indicateur sensible de transmission récente. Ces cas surviennent surtout dans le cadre d'éclosions familiales ou communautaires localisées.

La majorité des cas probables (50 %) sont des cas âgés de moins de 20 ans et, parmi ceux-ci, 57 % sont âgés de moins de cinq ans. Cette surreprésentation des jeunes dans les cas probables est le reflet de la difficulté à obtenir des échantillons microbiologiques adéquats pour les enfants et adolescents qui présentent plus souvent des formes paucibacillaires de la maladie. Par conséquent, le diagnostic repose fréquemment sur des éléments cliniques, radiologiques et épidémiologiques.

Figure 8 Évolution du nombre de cas de tuberculose par groupe d'âge, Québec, 2014-2024

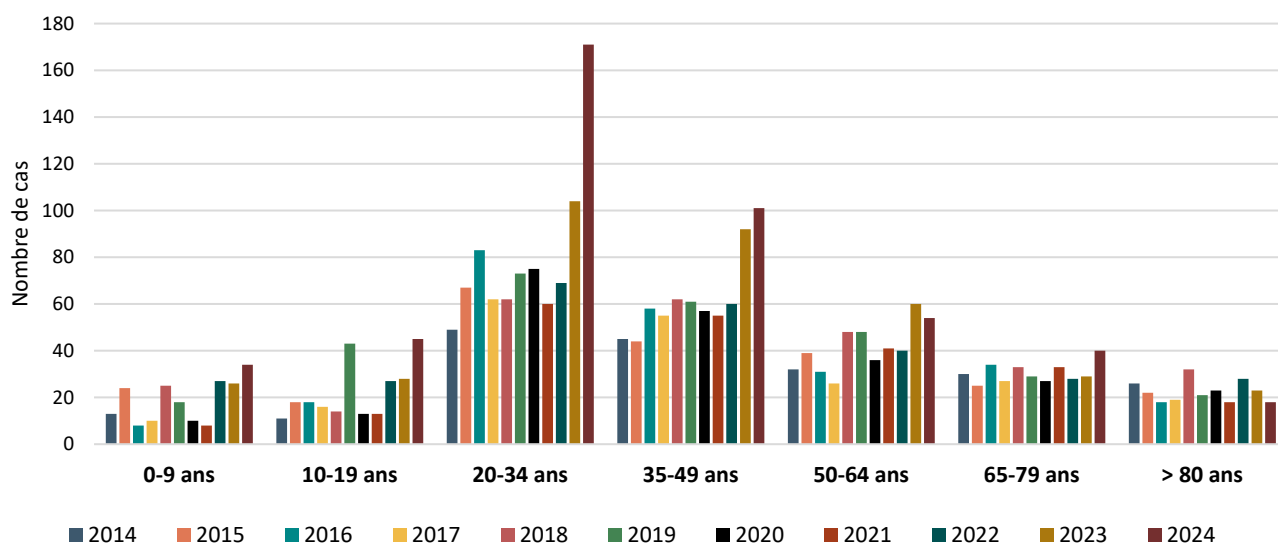
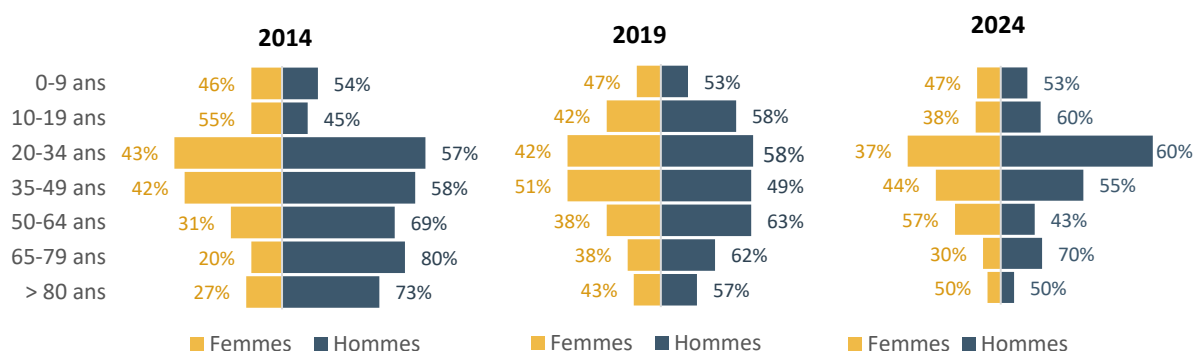


Figure 9 Répartition des cas de tuberculose par groupe d'âge et par sexe, Québec, 2014, 2019 et 2024



Note : Les pourcentages correspondent à la proportion de chaque sexe par groupe d'âge. De plus, les pourcentages associés aux données manquantes ne sont pas représentés dans cette figure.

Répartition selon le statut des cas

Sur les 3055 cas déclarés pour lesquels on disposait de l'information, 2 805 (92 %) étaient de nouveaux cas et 181 (6 %) des récidives (se référer à l'[Annexe 2](#) pour les détails sur la classification). La très grande majorité de ces récidives correspondent à une réactivation de la maladie plusieurs années après le diagnostic d'un premier épisode de tuberculose. La faible proportion de cas de récidive (4-9 %) est compatible avec le haut taux de succès thérapeutique observé dans la province.

Tableau 3 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon le statut du cas, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	209	239	250	215	276	293	241	228	279	362	463
Nouveaux cas	186 (89%)	214 (90 %)	221 (88 %)	198 (92 %)	259 (94 %)	269 (92 %)	209 (87 %)	215 (94 %)	264 (95 %)	330 (91 %)	440 (95 %)
Récidives	16 (8 %)	17 (7 %)	17 (7 %)	17 (8 %)	13 (5 %)	15 (5 %)	14 (6 %)	9 (4 %)	12 (4 %)	31 (9 %)	20 (4 %)
Données inconnues	7 (3 %)	8 (3 %)	12 (5 %)	-	4 (1 %)	9 (3 %)	18 (7 %)	4 (2 %)	3 (1 %)	1 (<1 %)	3 (1 %)

Sous-groupes populationnels

Entre 2014 et 2024, la répartition des cas de tuberculose selon le groupe populationnel montre une diminution graduelle de la proportion des cas chez les personnes non autochtones nées au Canada. Il y a également une augmentation assez constante des cas chez les personnes nées à l'extérieur du Canada et une augmentation encore plus importante chez les personnes autochtones, notamment en 2023 et 2024.

Globalement, au Québec, les personnes nées à l'extérieur du Canada demeurent le principal groupe touché, représentant en moyenne 65 % de l'ensemble des cas déclarés. Les cas chez des personnes autochtones (Inuit et Premières Nations) comptent pour environ 17 % du total, tandis que les cas chez des personnes non autochtones nées au Canada constituent 15 % des cas. La contribution de

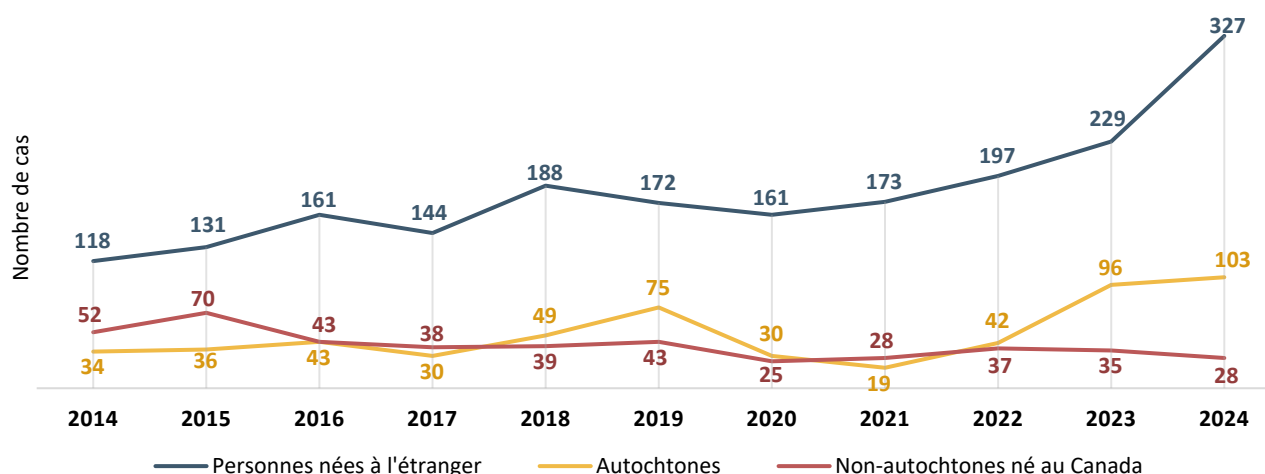
ces groupes à l'épidémiologie régionale est variable. Par ailleurs, même si globalement les proportions semblent relativement similaires entre les deux groupes, il est essentiel de rappeler que les personnes autochtones, particulièrement les Inuit, représentent une très faible part de la population québécoise (environ 2 % pour l'ensemble des autochtones et 0,2 % pour les Inuit) comparativement aux personnes non autochtones nées au Canada (84 %). Les personnes nées à l'extérieur du Canada représentent près de 14 % de la population québécoise. Ces proportions doivent donc être interprétées à la lumière de ce contexte démographique.

Tableau 4 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon l'appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	209	239	250	215	276	293	241	228	279	362	463
Non-autochtone né au Canada	52 (25 %)	70 (29 %)	43 (17 %)	38 (18 %)	39 (14 %)	43 (15 %)	25 (10 %)	28 (12 %)	37 (13 %)	35 (10 %)	28 (6 %)
Autochtone	34 (16 %)	36 (15 %)	43 (17 %)	30 (14 %)	49 (18 %)	75 (26 %)	30 (12 %)	19 (8 %)	42 (15 %)	96 (27 %)	103 (22 %)
Inuit	31	36	39	29	47	71	18	17	38	79	96
Premières Nations	3		4	1	2	4	12	2	4	17	7
Né à l'extérieur du Canada	118 (56 %)	131 (55 %)	161 (64 %)	144 (67 %)	188 (68 %)	172 (59 %)	161 (67 %)	173 (76 %)	197 (71 %)	229 (63 %)	327 (71 %)
<i>Selon la région OMS du pays de naissance</i>											
AFRO	31	38	54	43	58	57	60	50	68	92	153
WPRO	33	30	40	33	48	35	28	39	43	31	43
AMRO	29	26	27	34	35	29	26	25	37	43	55
EMRO	10	11	21	15	21	24	24	20	22	27	28
SEARO	10	16	10	13	20	19	15	30	20	24	31
EURO	5	9	9	6	6	8	8	9	7	12	16
Inconnu		1									1
<i>Selon l'incidence en 2023 de la TB pour le pays de naissance (cas par 100 000 habitants)</i>											
< 50 cas	13	14	25	23	17	24	20	24	26	30	40
50 à 99 cas	19	20	33	21	30	32	24	34	29	27	28
100 à 199 cas	60	57	76	67	88	59	73	69	88	114	156
200 à 399 cas	19	25	16	16	31	43	29	29	38	45	75
≥ 400 cas	7	12	9	16	19	14	15	17	15	13	27
Inconnu		3	2	1	3				1		1
Inconnue	5 (2 %)	2 (1 %)	3 (1 %)	3 (1 %)	-	3 (1 %)	25 (10 %)	8 (4 %)	3 (1 %)	2 (1 %)	5 (1 %)

AFRO : Région africaine; AMRO : Régions des Amériques; EMRO : Région de la Méditerranée orientale; EURO : Région européenne; SEARO : Région de l'Asie du Sud-Est; WPRO : Région du Pacifique occidental.

Figure 10 Évolution du nombre de cas de tuberculose selon l'appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014-2024



La proportion de cas chez les **personnes nées à l'extérieur du Canada** est passée de 56 % en 2014 à 71 % en 2024. Cette tendance ascendante s'observe particulièrement après 2021, période marquée par la reprise de la mobilité internationale et l'accroissement des flux migratoires à la suite de la pandémie de COVID-19. La répartition des cas de tuberculose selon la région de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du pays de naissance confirme la prédominance des cas provenant de trois régions endémiques majeures : l'Afrique (AFRO; 35 %), le Pacifique occidental (WPRO; 20 %) et les Amériques (AMRO; 18 %). Ensemble, ces trois régions comptent pour près de 75 % des cas nés à l'extérieur du Canada, proportion en hausse depuis 2018.

Lorsqu'on regroupe les cas selon le taux d'incidence de la tuberculose du pays d'origine, il est mis en évidence que la grande majorité (72 %) des cas nés à l'extérieur du Canada proviennent de pays dont le taux est supérieur à 100 cas par 100 000 habitants par année. D'ailleurs, près de la moitié (45 %) des cas nés à l'extérieur du Canada viennent de pays dont le taux annuel d'incidence est entre 100 et 199 cas. En termes absolus, le nombre de cas provenant de pays à incidence élevée (≥ 100 cas/100 000 habitants) est passé de 86 à 258 cas (augmentation de 200 %) entre 2014 et 2024.

La proportion de **cas chez des personnes autochtones** varie de 14 % à 27 % selon les années, avec un pic en 2019 (26 %) suivi d'une baisse marquée en 2020 et 2021. En 2022 et 2023, des nombres records de cas sont atteints avec respectivement 96 et 103 cas, surtout chez les populations Inuit du Nunavik. Malgré les progrès réalisés en matière de dépistage et de traitement préventif, ces fluctuations témoignent de transmissions communautaires persistantes dans plusieurs communautés inuites. Les taux d'incidence annuels dans l'ensemble des populations autochtones sont élevés et particulièrement pour les populations inuites qui, en 2024, ont un taux d'incidence de plus de 600 cas par 100 000 habitants, soit plus de 1 000 fois les taux observés chez les non-autochtones nés au Canada. Les Premières Nations représentent une proportion beaucoup plus faible (10 %) des cas autochtones avec un pic isolé à 18 % en 2023.

La proportion des **cas chez des personnes non autochtones nées au Canada** a connu une baisse marquée et continue au cours de la dernière décennie, passant de 25 % des cas en 2014 à seulement 6 % en 2024. Le nombre de cas a diminué de 50 % entre 2014-2015 et 2023-2024, pouvant illustrer l’affaiblissement du réservoir endogène historique de la tuberculose dans la population non-autochtone née au Canada et la diminution de la transmission locale.

Figure 11 Évolution de la proportion des cas de tuberculose selon l’appartenance à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014 2024

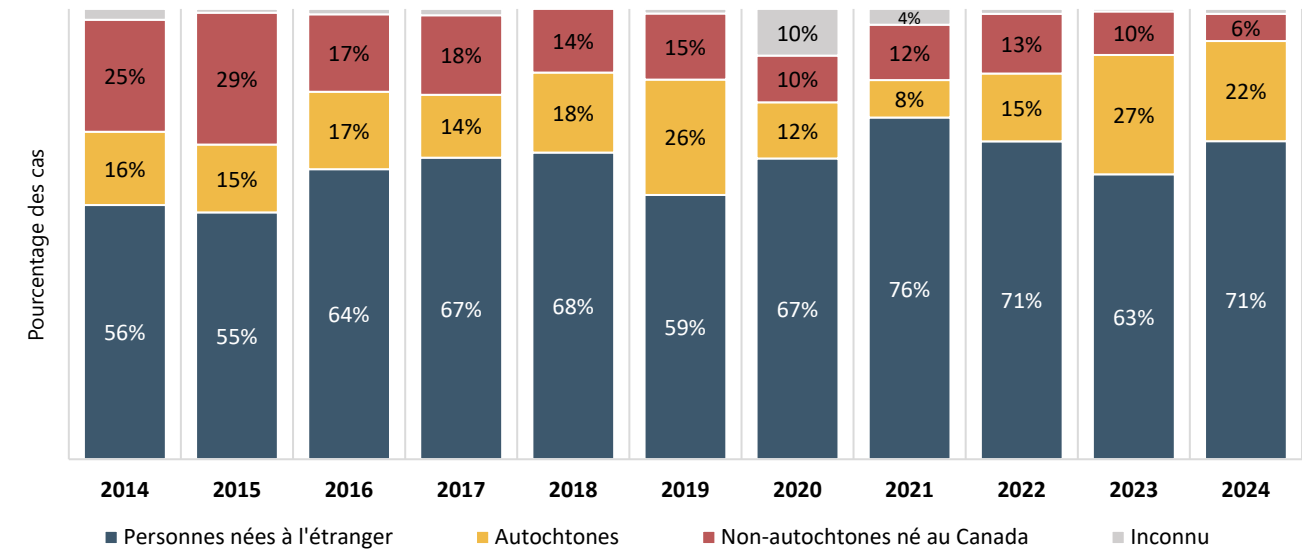
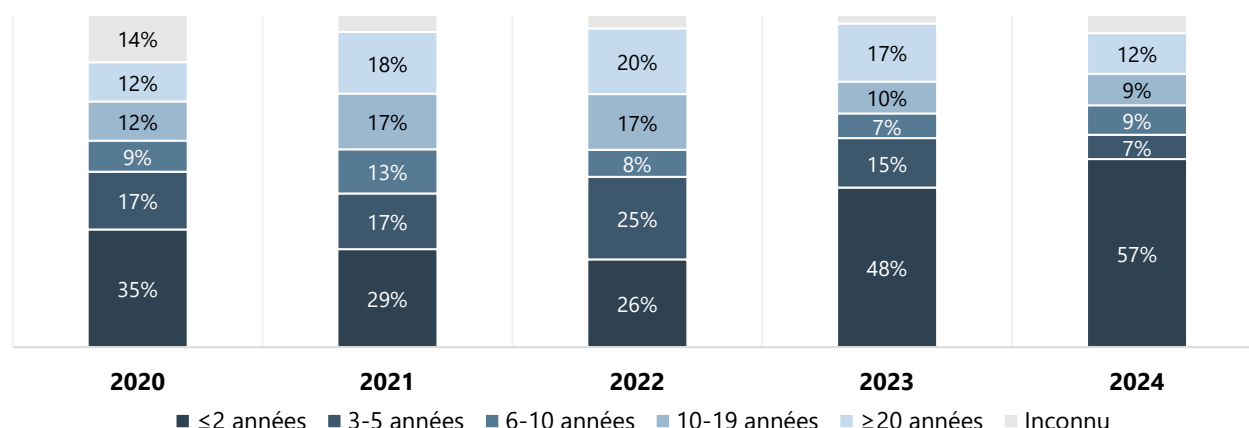


Tableau 5 Taux d’incidence annuel (par 100 000 habitants) de tuberculose selon l’appartenance du cas à différents sous-groupes populationnels, Québec, 2014 2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Non autochtone né au Canada	0,7	1,0	0,6	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Autochtone	16,6	17,6	21,0	14,6	23,9	36,6	14,6	9,3	20,5	46,8	50,2
Inuit	196,2	227,9	246,8	183,5	297,5	449,4	113,9	107,6	240,5	500,0	607,6
Premières Nations	2,6	-	3,4	0,9	1,7	3,4	10,3	1,7	3,4	14,6	6,0
Né à l'extérieur du Canada	9,8	10,8	13,3	11,9	15,5	14,2	13,3	14,3	16,3	18,9	27,0

En ce qui concerne la proportion des cas de tuberculose nés à l’extérieur du Canada, la majorité des déclarations se fait dans les cinq premières années suivant l’arrivée au Canada. La proportion de cas diagnostiqués ≤2 ans après l’arrivée est passée de 57 cas (35 %) en 2020 à 185 cas (57 %) en 2024. Parmi les cas diagnostiqués dans les deux années suivant leur arrivée au Canada, 26 % ont été identifiés via le programme de surveillance médicale pour l’immigration.

Figure 12 Proportion des cas de tuberculose pour les personnes nées à l'extérieur du Canada selon le nombre d'années écoulées depuis leur arrivée au Canada, Québec, 2020-2024



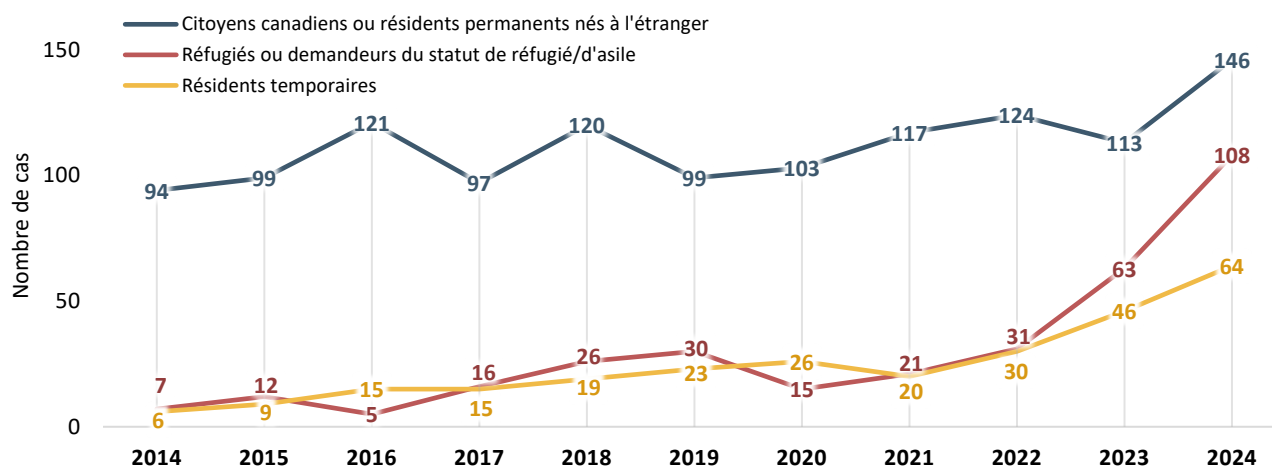
Statut d'immigration au moment du diagnostic

Entre 2014 et 2024, le profil migratoire des cas de tuberculose au Québec nés à l'extérieur du Canada s'est transformé avec une diminution de la prédominance de cas parmi les citoyens canadiens ou résidents permanents établis et une contribution croissante de demandeurs d'asile, de réfugiés et des personnes en statut temporaire. En 2014, 77 % des cas nés à l'extérieur du Canada déclaraient un statut de résident permanent ou citoyen canadien, contre environ 44 % en 2024. En parallèle, les cas survenant chez des demandeurs d'asile, réfugiés ou titulaires d'un visa temporaire ont plus que quadruplé, passant de 13 cas en 2014 à 172 cas en 2024, soit une hausse de plus de dix fois.

Tableau 6 Nombre de cas de tuberculose nés à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Statut d'immigration au moment du diagnostic											
Citoyen canadien ou résident permanent	94	99	121	97	120	99	103	117	124	113	146
Réfugié	5	5	4	11	15	13	8	9	13	15	24
Demandeur du statut de réfugié/d'asile	2	7	1	5	11	17	7	12	18	48	84
Résident temporaire	6	9	15	15	19	23	26	20	30	46	64
avec Visa de travail		1	3	5	7	2	7	9	10	23	18
avec Visa de visiteur	1	3	3	3	4	4	5		4	5	10
avec Visa d'étudiant	5	5	9	7	8	17	14	11	16	18	36
Autre statut	4	2	7	5	6	4	2	3	4	2	5
Donnée inconnue	11	9	15	12	17	17	35	20	10	7	8

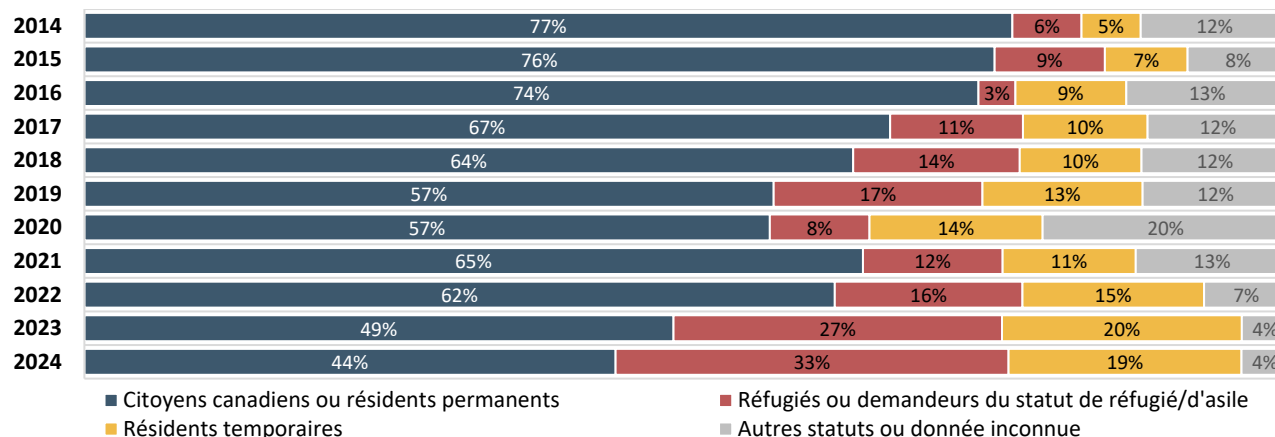
Figure 13 Nombre de cas de tuberculose nés à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024.



Les citoyens canadiens et résidents permanents demeurent le groupe le plus représenté en nombre absolu, avec 146 cas en 2024, mais leur poids relatif dans l'ensemble des cas diminue nettement. Cette catégorie comprend des personnes immigrantes établies depuis plusieurs années, dont la TB active découle le plus souvent d'une réactivation tardive d'une infection acquise dans leur pays d'origine ou lors d'un séjour dans un pays à forte incidence de tuberculose.

Les cas liés à des personnes ayant un statut de réfugiés et demandeurs du statut de réfugié ou d'asile constituent le groupe dont la croissance est la plus marquée avec respectivement une augmentation de 5 à 24 cas et de 2 à 84 cas entre 2014 et 2024. Cette tendance peut être le reflet des changements récents dans les mouvements migratoires, notamment la forte hausse observée dans certains flux migratoires à partir de 2022 (ISQ, 2025). Sur l'ensemble des cas, la proportion des cas chez les résidents temporaires a presque quadruplé en dix ans (5 % à 19 %). Parmi les résidents temporaires, les étudiants étrangers représentent la majorité (56 %) des cas en 2024.

Figure 14 Proportion des cas de tuberculose pour les personnes nées à l'extérieur du Canada selon le statut d'immigration au moment du diagnostic, Québec, 2014-2024.



Contextes d'exposition ou de vulnérabilité particuliers

Entre 2014 et 2024, la proportion de cas de tuberculose associés à des conditions de vulnérabilité sociale, telles que l'itinérance, la détention ou la consommation abusive d'alcool ou de drogues, est demeurée relativement faible, mais tend à augmenter légèrement dans les dernières années, notamment après 2020. En moyenne, cinq cas de tuberculose par année concernent des personnes en situation d'itinérance et trois cas surviennent chez des personnes détenues en établissement correctionnel au moment du diagnostic. Ces nombres étant petits doivent être interprétés avec prudence, mais peuvent aussi être le reflet d'une sous-identification potentielle et de la difficulté de suivi dans les populations en situation de précarité.

La consommation de drogues émerge comme un facteur en progression au cours des cinq dernières années avec de 7 à 13 % des cas rapportant leur usage. Parallèlement, la proportion de cas ayant voyagé dans un pays à forte incidence de TB (≥ 100 cas par 100 000 habitants) reste stable autour de 20 %.

Globalement, ces facteurs représentent des contextes d'exposition ou de vulnérabilité particuliers plutôt que des moteurs majeurs de la transmission communautaire.

Tableau 7 Nombre et proportion des cas selon le contexte d'exposition ou de vulnérabilité de la personne dans les 2 années précédant l'épisode de tuberculose, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Abus de substance (alcool ou drogues)											
Oui	-	-	-	-	-	-	19 (8 %)	19 (8 %)	20 (7 %)	48 (13 %)	57 (12 %)
Non	-	-	-	-	-	-	152 (63 %)	183 (80 %)	237 (85 %)	278 (77 %)	361 (78 %)
Inconnu	-	-	-	-	-	-	70 (29 %)	26 (11 %)	22 (8 %)	36 (10 %)	45 (10 %)
Voyage dans un pays à forte incidence de TB											
Oui	45 (22 %)	38 (16 %)	48 (19 %)	44 (20 %)	50 (18 %)	68 (23 %)	38 (16 %)	46 (20 %)	53 (19 %)	72 (20 %)	90 (19 %)
Non	129 (62 %)	164 (69 %)	157 (63 %)	147 (68 %)	184 (67 %)	195 (67 %)	132 (55 %)	138 (61 %)	174 (62 %)	238 (66 %)	312 (67 %)
Inconnu	35 (17 %)	37 (15 %)	45 (18 %)	24 (11 %)	42 (15 %)	30 (10 %)	71 (29 %)	44 (19 %)	52 (19 %)	52 (14 %)	61 (13 %)

3.3 Répartition géographique

La distribution géographique de la tuberculose demeure fortement concentrée dans deux régions-clés :

- Montréal, qui regroupe entre 40 et 55 % des cas chaque année; et
- Nunavik, dont la proportion de cas a connu une augmentation marquée, passant de 15 % en 2014 à 22 % en 2023 et 20 % en 2024.

Ensemble, ces deux régions représentent en moyenne près des deux tiers de tous les cas provinciaux sur la dernière décennie.

La région de Montréal est la région sociosanitaire avec le plus de cas de tuberculose au Québec avec 44,7 % des cas en 2024, une proportion relativement stable depuis 2014. Le Nunavik présente une charge disproportionnée de la tuberculose, oscillant entre 15 et 23 % des cas provinciaux depuis 2014, malgré une population représentant moins de 0,2 % du Québec. Après une stabilisation autour de 15–16 % avant 2018, la région connaît une hausse marquée depuis 2019, atteignant 22 % des cas en 2023. Les cas recensés au Nunavik concernent majoritairement des Inuit nés au Canada, majoritairement âgés de moins de 20 ans (59 %) et entre 20 et 34 ans (30 %), traduisant une transmission communautaire active distincte de la dynamique observée au sud du Québec.

Les autres régions (Montréal, Laval, Capitale-Nationale et autres RSS) représentent ensemble entre 25 et 30 % des cas, une proportion globalement stable dans le temps.

Figure 15 Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence, Québec, 2024

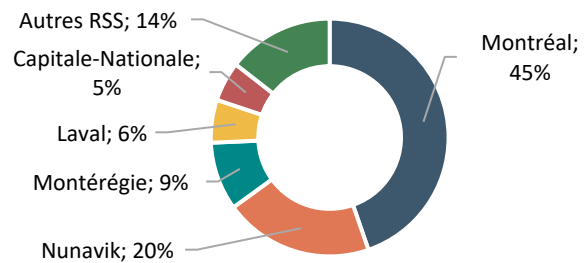
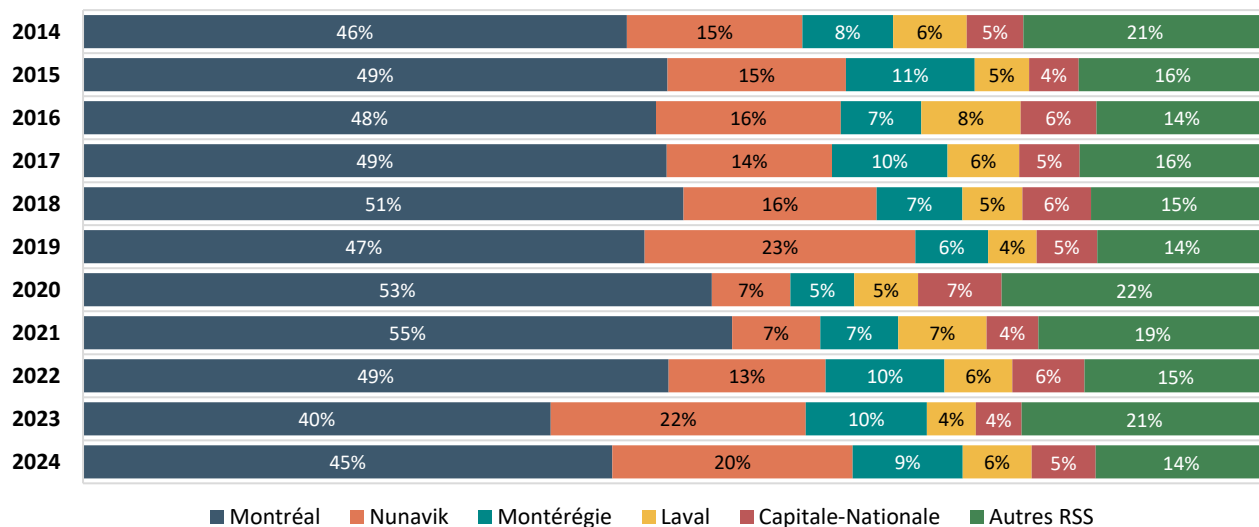


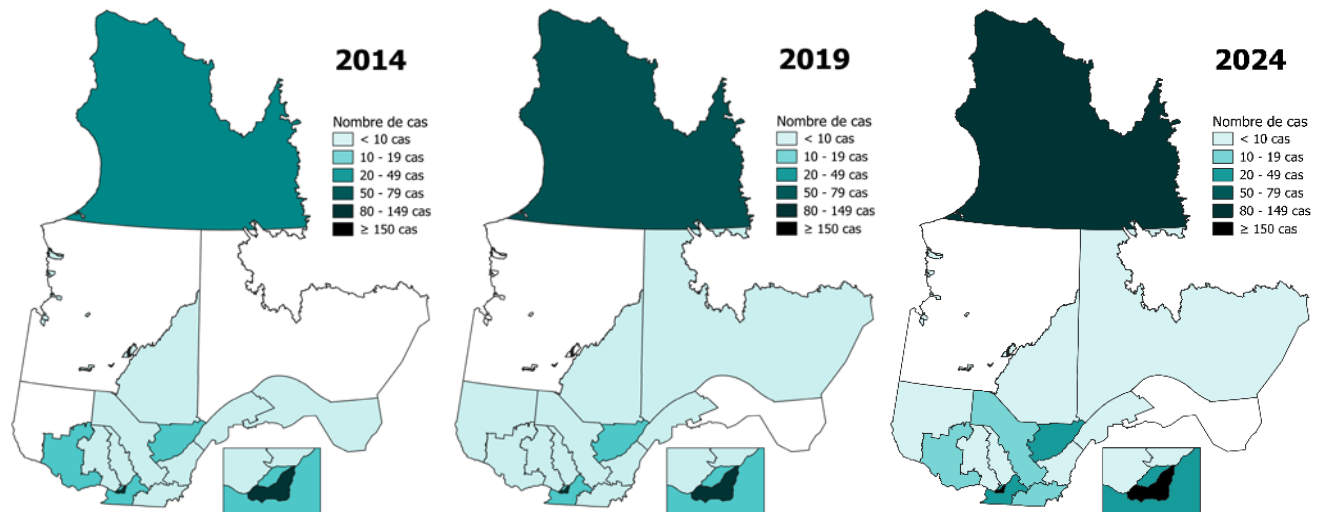
Figure 16 Proportion des cas de tuberculose selon leur région sociosanitaire de résidence, Québec, 2014-2024.



La répartition géographique observée entre 2014 et 2024 met en évidence deux pôles épidémiologiques distincts :

- Un pôle urbain (Montréal et périphérie) caractérisé par des cas liés à la migration internationale (93 % des cas en 2024), âgés majoritairement entre 20 et 49 ans et souvent diagnostiqués précocement après l'arrivée. On y retrouve également la majorité des cas en situation de vulnérabilité.
- Un pôle nordique, endémique et composé de 14 communautés isolées et éloignées (Nunavik) dominé par la transmission locale en milieu clos et affectant particulièrement les jeunes et les membres de mêmes familles.

Figure 17 Cartes choroplèthes du nombre de cas de tuberculose selon la région sociosanitaire de résidence en 2014, 2019 et 2024



Entre 2014 et 2024, le taux d'incidence global de la tuberculose au Québec est passé de 2,6 à 5,1 cas par 100 000, soit une hausse de près de 100 % en dix ans. Malgré cette croissance, la distribution géographique demeure fortement inégale, avec un contraste extrême entre le Nunavik et le reste du Québec.

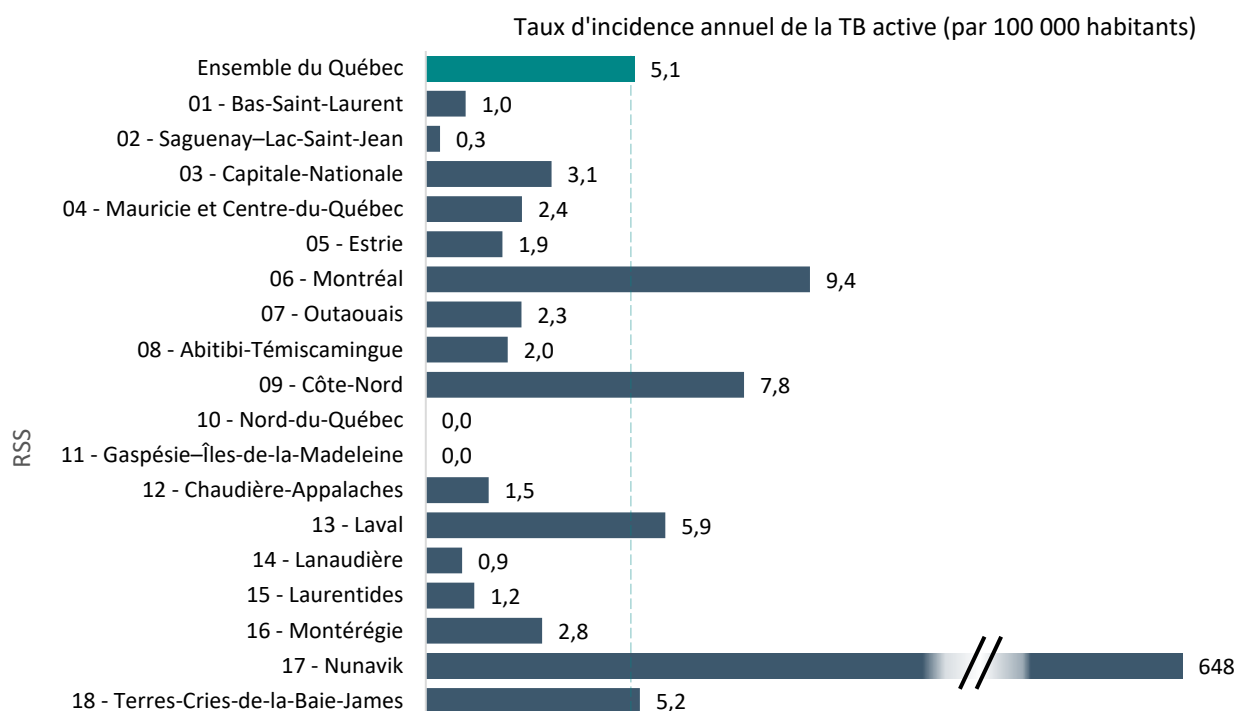
Le Nunavik demeure, de très loin, la région la plus touchée, affichant des taux oscillants entre 114 et 648 cas par 100 000 habitants selon les années. En 2024, le taux atteint un sommet de 649 cas par 100 000, soit près de 130 fois le taux provincial moyen et plus de 600 fois celui observé dans plusieurs régions du sud du Québec. Il s'agit du taux le plus élevé observé depuis plus de 25 ans dans la région du Nunavik où six des 14 communautés sont touchées.

La région de Montréal conserve une incidence nettement supérieure à la moyenne provinciale, passant de 4,9 à 9,4 cas par 100 000 entre 2014 et 2024 (96 cas à 207 cas). La région de la Côte-Nord a connu une hausse de l'incidence marquée passant d'aucun cas à 12,2 cas par 100 000 habitants (11 cas) en 2023 et 7,8 (7 cas) en 2024.

Tableau 8 Taux d'incidence annuel (par 100 000 habitants) de la tuberculose par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2014–2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble du Québec	2,57	2,92	3,04	2,59	3,29	3,45	2,82	2,66	3,22	4,09	5,11
Bas-Saint-Laurent	1,5	1,0	1,0	0,5	2,5	0,5	2,0	2,0	1,0	1,5	1,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	1,4	0,7	1,1	0,4	1,1	0,4	0,4	1,1	0,4	-	0,3
Capitale-Nationale	1,4	1,4	2,2	1,5	2,1	2,0	2,2	1,3	2,2	1,8	3,1
Mauricie et Centre-du-Québec	0,8	1,6	0,6	0,4	0,6	0,8	1,0	1,1	0,7	2,4	2,4
Estrie	1,1	1,5	1,1	1,5	0,8	1,2	3,0	0,8	0,4	2,3	1,9
Montréal	4,9	6,0	6,2	5,3	6,9	6,8	6,2	6,2	6,8	6,8	9,4
Outaouais	2,6	1,8	2,6	2,1	2,5	1,5	1,2	2,0	2,9	2,6	2,3
Abitibi-Témiscamingue	-	0,7	1,4	-	-	1,4	0,0	0,7	2,0	1,3	2,0
Côte-Nord	-	-	-	2,2	3,3	5,5	6,7	2,2	2,2	12,2	7,8
Nord-du-Québec	-	7,1	-	7,2	-	-	-	-	-	-	-
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,1	-	1,1	1,1	1,1	-	-	-	-	1,1	-
Chaudière-Appalaches	0,5	0,7	0,5	0,7	-	0,9	-	1,4	1,6	1,6	1,5
Laval	3,1	2,6	4,9	3,0	3,2	2,7	2,9	3,9	3,6	3,3	5,9
Lanaudière	1,4	0,6	0,2	1,0	0,6	1,6	1,1	1,1	0,7	0,9	0,9
Laurentides	0,9	0,7	0,5	0,5	1,3	0,8	1,3	0,6	0,6	1,1	1,2
Montréal	1,2	1,9	1,2	1,5	1,4	1,3	0,9	1,0	1,9	2,5	2,8
Nunavik	242	274	293	223	330	484	114	120	259	542	648
Terres-Cries-de-la-Baie-James	11,7	-	23,1	-	5,6	-	22,1	-	10,7	15,9	5,2

Figure 18 Taux d'incidence annuel (par 100 000 habitants) par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2024.



3.4 Informations cliniques

Répartition par types de tuberculose

Pour les détails sur la classification des présentations cliniques de la tuberculose, se référer à l'[Annexe 2](#).

Sur la période de 2014 à 2024, la tuberculose pulmonaire demeure la forme prédominante de la maladie, représentant en moyenne 68 % des cas diagnostiqués. En moyenne, 4 % des cas avec une atteinte pulmonaire vont également avoir une atteinte non pulmonaire. Les cas de primo-infection sont rares, représentant moins de 2 % des cas totaux. Les atteintes laryngées restent rares (<1 % de tous les cas) et les pleurésies tuberculeuses représentent environ 3 % des cas (11 en 2024). Ces proportions sont demeurées stables au cours de la dernière décennie. Les formes extrapulmonaires représentent environ 29 % des cas. La présentation clinique est inconnue pour 2 % des cas inscrits dans le registre provincial.

Le site extrapulmonaire le plus fréquent est au niveau des ganglions lymphatiques périphériques représentant 33 % des cas extrapulmonaires. Le nombre de cas est en augmentation particulièrement depuis 2020 et est passé de 13 cas en 2014 à 51 cas en 2024. La proportion des cas de tuberculose des ganglions lymphatiques périphériques ayant presque doublé en 11 ans (6 % en 2014 à 11 % en 2024).

La TB miliaire, forme disséminée et grave de la maladie, compte pour 12 % des cas extrapulmonaires. Le nombre et la proportion des cas de TB miliaire ont plus que quintuplé depuis 2019 passant de quatre à 23 cas en 2024 (1 % en 2019 à 5 % en 2024).

Figure 19 Proportion moyenne des cas de tuberculose selon le diagnostic principal, Québec, 2014-2024

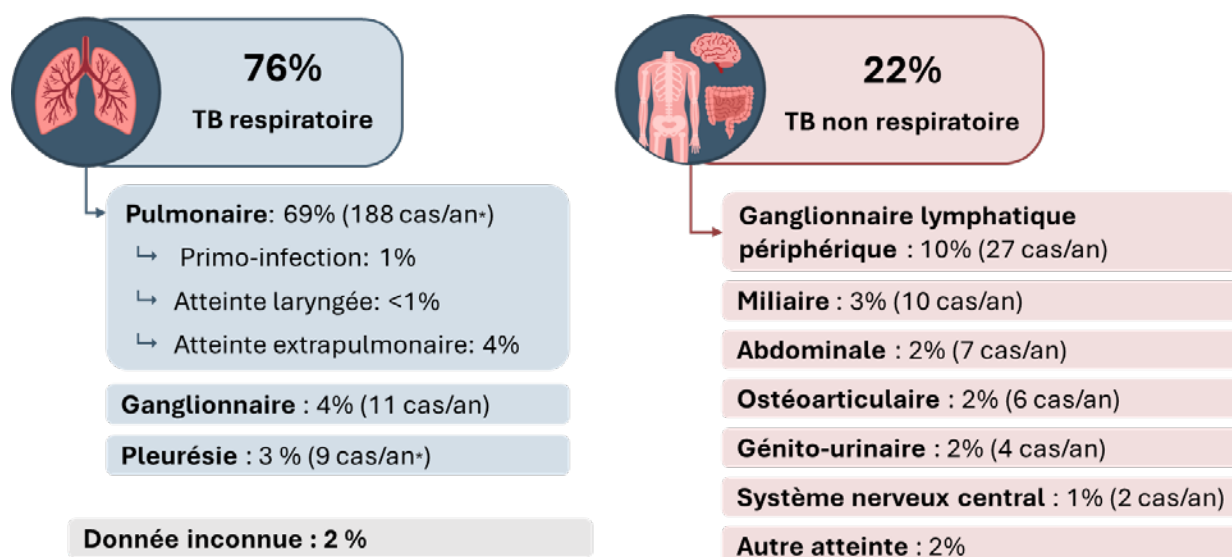


Tableau 9 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
N	209	239	250	215	276	293	241	228	279	362	463	3055
Primo-infection ¹	5 (2 %)	3 (1 %)	3 (1 %)	1 (<1 %)	1 (<1 %)	2 (1 %)	-	4 (2 %)	6 (2 %)	1 (<1 %)	2 (<1 %)	28 (1 %)
TB pulmonaire ¹	143 (68 %)	160 (67 %)	166 (66 %)	142 (66 %)	179 (65 %)	219 (75 %)	127 (53 %)	119 (52 %)	164 (59 %)	247 (68 %)	293 (63 %)	1959 (64 %)
TB pulmonaire avec une atteinte extrapulmonaire ¹	8 (4 %)	10 (4 %)	11 (4 %)	3 (1 %)	8 (3 %)	13 (4 %)	13 (5 %)	7 (3 %)	10 (4 %)	9 (2 %)	16 (3 %)	108 (4 %)
TB extrapulmonaire ¹	50 (24 %)	66 (28 %)	69 (28 %)	69 (32 %)	88 (32 %)	58 (20 %)	79 (33 %)	91 (40 %)	97 (35 %)	101 (28 %)	132 (29 %)	900 (29 %)
Donnée inconnue ¹	3 (1 %)	-	1 (<1 %)	-	-	1 (<1 %)	22 (9 %)	7 (3 %)	2 (1 %)	4 (1 %)	20 (4 %)	60 (2 %)

¹ Catégories mutuellement exclusives.

Parmi les cas de tuberculose pulmonaire, l'atteinte isolée constitue la majorité des cas (92 %). Cependant, environ 5 % présentent une atteinte extrapulmonaire associée. Environ 11 % des cas de pleurésie présentent une atteinte d'un autre système ou organe et 22 % ont une atteinte pulmonaire. Parmi les cas de TB ganglionnaire, 21 % présentent aussi une atteinte pulmonaire soit près d'un cas sur cinq.

Les cas de TB miliaire ont souvent un profil plus complexe, 16 % des cas présentant une atteinte pulmonaire et 9 % des cas, une atteinte non pulmonaire additionnelle. Les cas avec l'atteinte du système nerveux central sont rares (39 cas sur 11 ans), et près du tiers (28 %) présentaient également une atteinte pulmonaire. De manière générale, parmi les TB extrapulmonaire, 17 % de ces cas vont également présenter une atteinte pulmonaire.

Tableau 10 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon la présentation clinique et l'atteinte d'un autre système ou organe, Québec, 2014-2024.

Présentation clinique ¹	N	Atteinte d'un autre système ou organe		
		Aucune	Pulmonaire ²	Non pulmonaire ²
Primo-infection	28	28 (100 %)	-	-
Pulmonaire	2067	1894 (92 %)	-	173 (8 %)
Pleurésie	124	86 (69 %)	27 (22 %)	13 (11 %)
Ganglionnaire	151	103 (69 %)	31 (21 %)	18 (12 %)
Miliaire	127	98 (77 %)	20 (16 %)	12 (9 %)
TB du système nerveux central	39	23 (59 %)	11 (28 %)	8 (21 %)
Autres TB non respiratoire	661	566 (86 %)	78 (12 %)	43 (7 %)

¹ Le tableau présente uniquement les cas pour lesquels l'information était disponible.

² Un cas peut avoir à la fois une atteinte pulmonaire et une atteinte non-pulmonaire.

Répartition par raison d'investigation

Entre 2014 et 2024, la majorité des cas de tuberculose ont été diagnostiqués à la suite de l'investigation de symptômes compatibles avec le siège de l'infection. Cette catégorie regroupe en moyenne 60 % des cas annuels, proportion demeurant relativement stable sur dix ans.

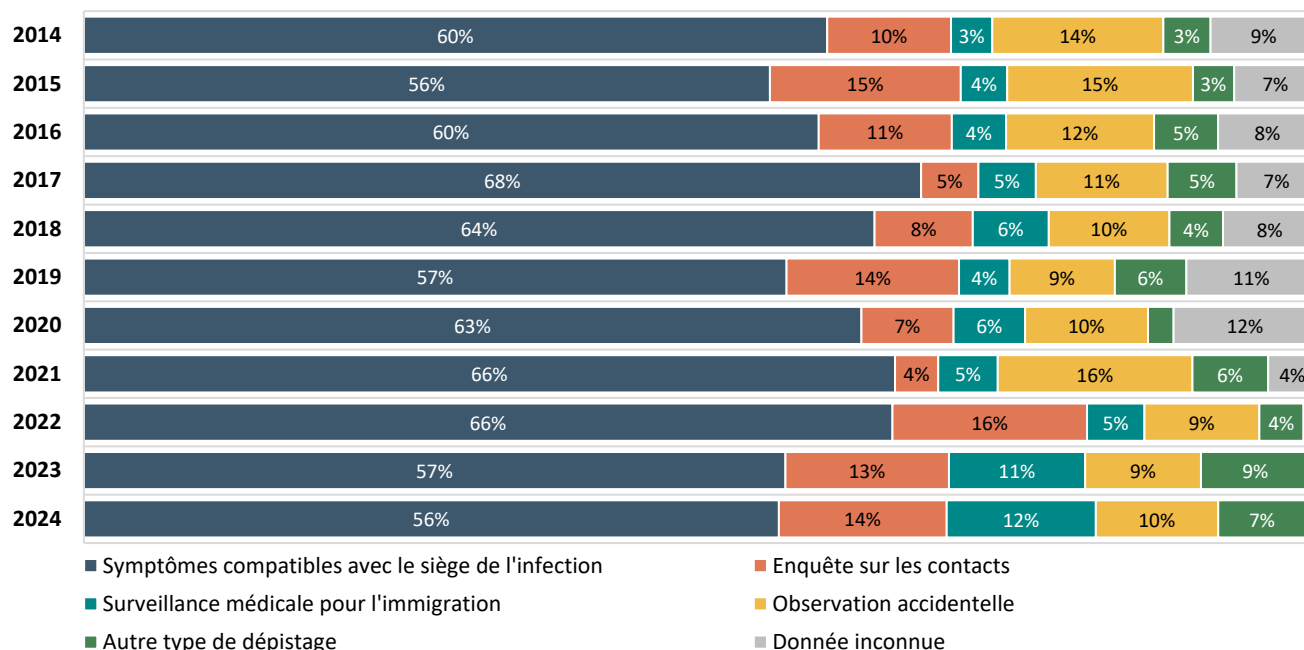
La proportion de cas découverts dans le cadre d'enquêtes épidémiologique autour d'un cas index a connu un creux durant la période pandémique, 2020-2021, pour finir à une proportion légèrement supérieure de 2022 à 2024 (environ 15 %) comparativement à la proportion observée avant 2019 (10 % en moyenne).

Le nombre de cas déclarés dans le cadre de l'examen médical d'immigration fait par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) a quadruplé en passant de 10 à 15 cas/an (3 %) avant 2019 à 56 cas (12 %) en 2024.

Les observations accidentelles (découvertes fortuites lors d'examens non reliés à la TB comme les radiographies préopératoires ou bilans de santé) représentent environ 10-15 % des cas.

Les autres formes de dépistage ciblé incluent le dépistage en milieu de travail, le diagnostic post-mortem et les autres contextes de dépistage. Ces dépistages représentaient 33 cas (7 %) en 2024.

Figure 20 Proportion des cas de tuberculose selon la raison d'investigation initiale, Québec, 2014-2024



3.4.1 Symptômes

Entre 2020 et 2024, la majorité des cas de tuberculose ont été diagnostiqués en présence de symptômes évocateurs (toux persistante, hémoptysie, fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes, etc.), mais une hausse progressive de la proportion de cas asymptomatiques au moment du diagnostic est observée. En 2020, 13 % des cas étaient asymptomatiques, comparativement à près d'un cas sur quatre (23 %) en 2024 parmi les cas pour lesquels l'information est connue.

Parmi les cas symptomatiques déclarés en 2024, les principaux symptômes rapportés sont la toux (33 %), la perte de poids (24 %), la fièvre (22 %), l'atteinte de l'état général (20 %), les expectorations (20 %), les sudations nocturnes (20 %), la fatigue inhabituelle (20 %) et l'hémoptysie (7 %).

Tableau 11 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon la présence de symptômes rapportés à la déclaration, Québec, 2020-2024

Symptômes*	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Absence de symptôme	24 (13 %)	23 (12 %)	37 (14 %)	62 (19 %)	88 (23 %)	234 (17 %)
Présence de symptômes	165 (87 %)	165 (88 %)	226 (86 %)	259 (81 %)	303 (77 %)	1 118 (83 %)

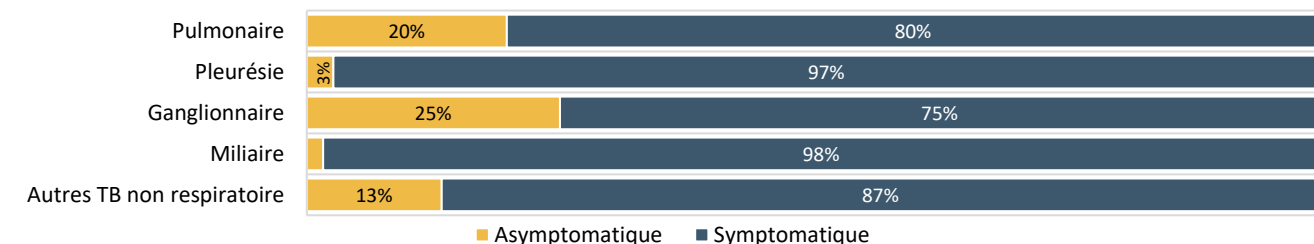
* Le tableau présente uniquement les cas pour lesquels l'information était disponible.

Ces proportions varient considérablement selon le type d'atteinte anatomique, illustrant la diversité des présentations cliniques de la maladie, mais aussi que la majorité des cas sont détectés à un stade clinique actif. Cependant, la proportion élevée de données manquantes sur la symptomatologie (16-33 %) demeure un enjeu de qualité de surveillance et amène à la prudence dans l'interprétation des données.

Parmi les cas de TB pulmonaire dont l'information sur la présence de symptômes est connue, 80 % présentaient des symptômes au diagnostic alors que 20 % étaient asymptomatiques. Ces cas asymptomatiques ont été investigués dans le contexte d'enquête sur les contacts (35 %), d'une observation accidentelle (25 %), de la surveillance médicale pour l'immigration (12 %) ou pour une autre raison non spécifiée (28 %).

Les cas de tuberculose pleurale étaient symptomatiques dans 97 % des cas et seuls 3 % des cas étaient totalement asymptomatiques. Les formes miliaires sont parmi les plus symptomatiques (98 %), la proportion d'asymptomatiques étant de 2 % de ces cas. Pour les autres localisations extrapulmonaires (abdominale, osseuse, génito-urinaire, etc.), 87 % des cas présentaient des symptômes au moment de la déclaration.

Figure 21 Proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal et la présence de symptômes rapportés à la déclaration, Québec, 2020-2024



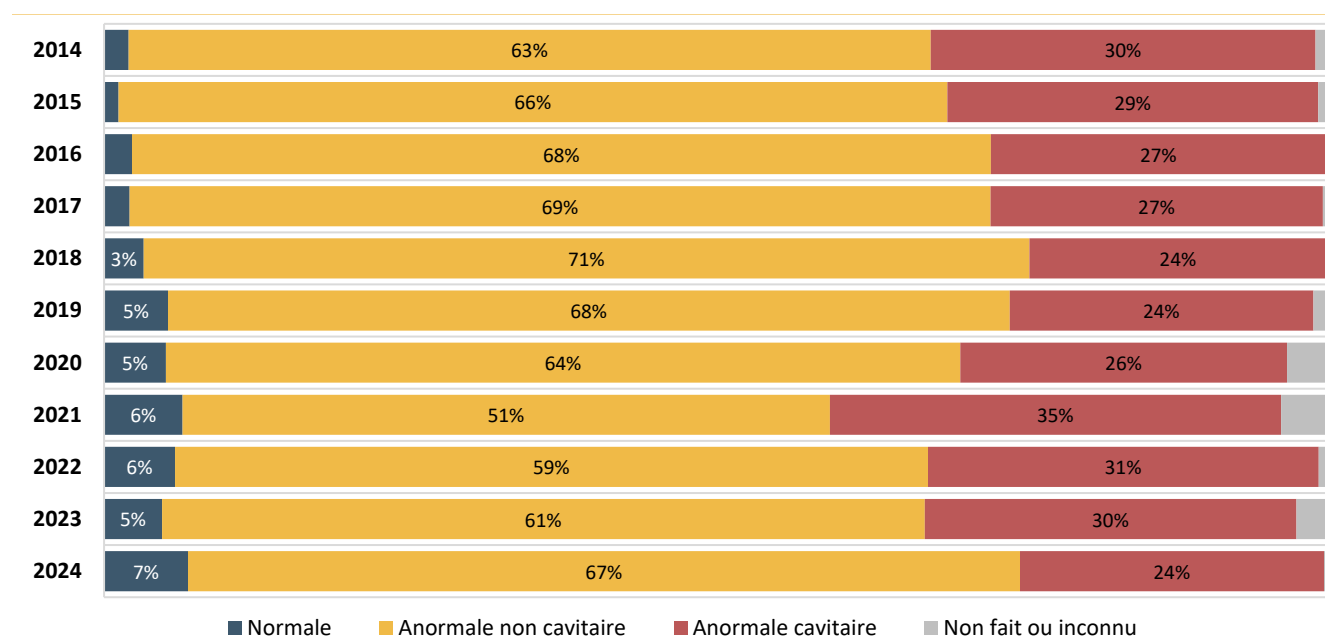
3.4.2 Résultats radiologiques

Entre 2014 et 2024, la majorité des cas de tuberculose pulmonaire active présentaient une anomalie radiographique : 66 % non cavitaire et 28 % cavitaire. Seuls 4 % avaient une radiographie normale, confirmant le lien fort entre les atteintes pulmonaires et les anomalies visibles. La présence de cavités dans plus d'un quart des cas demeure préoccupante, car elle reflète des formes plus contagieuses de la maladie et est associée à une morbidité accrue.

Tableau 12 Nombre et proportion des cas de tuberculose pulmonaire selon les résultats radiologiques, Québec, 2014-2024

Résultat de la radiographie	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Normale	3 (2 %)	2 (1 %)	4 (2 %)	3 (2 %)	6 (3 %)	12 (5 %)	7 (5 %)	8 (6 %)	10 (6 %)	12 (5 %)	21 (7 %)	88 (4 %)
Anormale non cavitaire	98 (63 %)	114 (66 %)	123 (68 %)	101 (69 %)	134 (71 %)	158 (68 %)	90 (64 %)	66 (51 %)	106 (59 %)	158 (61 %)	208 (67 %)	1356 (65 %)
Anormale cavitaire	47 (30 %)	51 (29 %)	48 (27 %)	39 (27 %)	45 (24 %)	57 (24 %)	37 (26 %)	46 (35 %)	55 (31 %)	77 (30 %)	76 (24 %)	578 (28 %)
Non fait ou inconnu	3 (2 %)	3 (2 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	5 (2 %)	6 (4 %)	6 (5 %)	3 (2 %)	9 (4 %)	4 (1 %)	45 (2 %)

Figure 22 Proportion des cas de tuberculose pulmonaire selon les résultats radiologiques, Québec, 2014-2024



3.4.3 Présence de comorbidités (VIH, diabète, etc.)

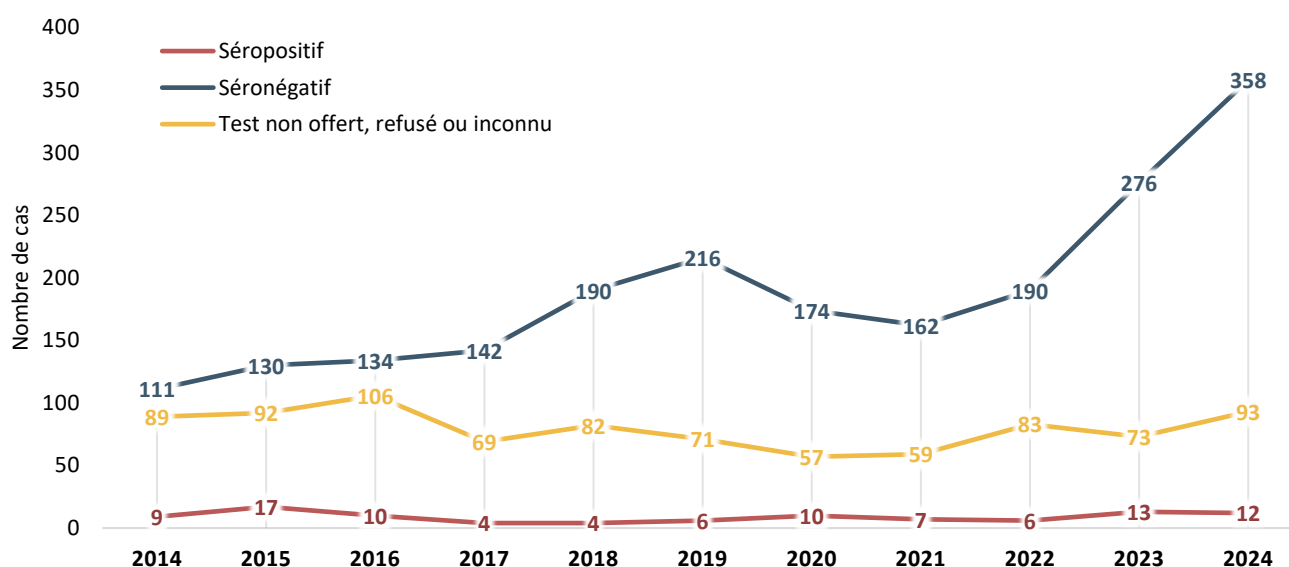
Au cours de la dernière décennie, la proportion de cas de tuberculose co-infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec est demeurée faible avec une tendance descendante, oscillant entre des proportions 1 % et 7 % selon les années. La proportion des cas de TB avec un résultat négatif au dépistage du VIH est passée de 53 % en 2014 à 77 % en 2024 malgré l'augmentation du nombre de cas déclarés de tuberculose.

La proportion de dossiers de surveillance avec un résultat documenté (positif ou négatif) est passée de 57 % en 2014 à 80 % en 2024, signe soit d'une meilleure intégration du dépistage VIH dans le processus diagnostique TB ou soit d'une meilleure surveillance de cette co-infection par la santé publique. Étant donné que l'infection à VIH n'est pas à déclaration obligatoire au Québec, les données comportent des limites et doivent être interprétées en conséquence.

Tableau 13 Nombre et proportion des cas de tuberculose selon les résultats disponibles sur le dépistage du VIH, Québec, 2014-2024

Statut VIH	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Séropositif	9 (4 %)	17 (7 %)	10 (4 %)	4 (2 %)	4 (1 %)	6 (2 %)	10 (4 %)	7 (3 %)	6 (2 %)	13 (4 %)	12 (3 %)
Séronégatif	111 (53 %)	130 (54 %)	134 (54 %)	142 (66 %)	190 (69 %)	216 (74 %)	174 (72 %)	162 (71 %)	190 (68 %)	276 (76 %)	358 (77 %)
Test non offert ou inconnu	89 (43 %)	92 (38 %)	106 (42 %)	69 (32 %)	82 (30 %)	71 (24 %)	57 (24 %)	59 (26 %)	83 (30 %)	73 (20 %)	93 (20 %)

Figure 23 Nombre de cas de tuberculose selon les résultats disponibles sur le dépistage du VIH, Québec, 2014-2024



Le **diabète** est une comorbidité métabolique importante influençant la susceptibilité à la tuberculose (Jeon et Murray, 2008) et la réponse au traitement (interaction médicamenteuse possible avec la rifampicine) (El-Sheikh et al., 2022). Entre 2014 et 2024, la prévalence du diabète (type 1 ou 2) parmi les cas de tuberculose oscille entre 10 % et 13 %, une proportion stable, mais légèrement supérieure dans les plus récentes années comparativement aux niveaux observés avant 2018.

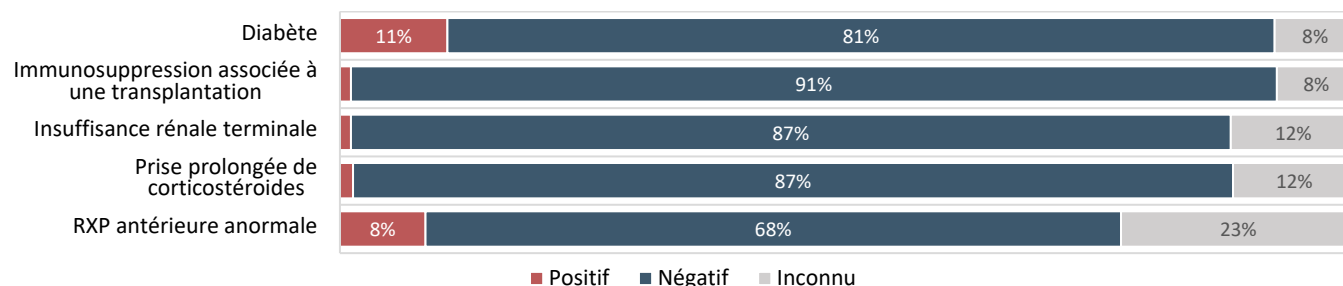
L'**immunosuppression associée à une transplantation** représente un facteur de risque pour la progression de l'infection tuberculeuse latente vers la maladie active (Campbell et al., 2020). Entre 2014 et 2024, la proportion de cas de tuberculose signalés comme immunosupprimés en lien avec une transplantation est demeurée faible et relativement stable, oscillant entre 0,4 % et 1,4 % des cas selon les années.

L'**insuffisance rénale terminale (IRT)** est définie par l'incapacité complète ou quasi-complète du rein à excréter les déchets, à concentrer l'urine et à réguler les électrolytes et la nécessité d'avoir recours à une forme ou à une autre de dialyse. Elle est une condition médicale associée à une altération de la réponse immunitaire et à un risque accru de progression vers la tuberculose active, notamment chez les cas sous dialyse chronique (Campbell et al., 2020). Entre 2014 et 2024, le nombre de cas de tuberculose avec une IRT documentée est demeuré faible, représentant en moyenne 2 % des cas par année.

La **prise prolongée (≥3 mois) de corticostéroïdes** provoque une immunosuppression qui augmente le risque de progression d'une infection tuberculeuse vers une maladie active (Campbell et al., 2020). Entre 2014 et 2024, la proportion de ces cas de tuberculose s'est maintenue entre 1 % et 4 % du total des cas avec entre 5 et 10 cas par année. Un pic est observé en 2020 (4,1 %), correspondant à une période où plusieurs cas hospitalisés pouvaient recevoir des corticostéroïdes dans un contexte de soins intensifs ou de COVID-19. En 2024, la proportion s'établit à 1,3 %.

La présence d'une **radiographie pulmonaire anormale (RXP) antérieure** peut constituer un indicateur de tuberculose ancienne ou d'une ITB non traitée, et un facteur de risque de réactivation. Entre 2014 et 2024, environ 10 % à 20 % des cas de tuberculose présentaient un tel antécédent, une proportion stable dans le temps mais possiblement sous-documentée. Une baisse de la proportion de cas avec RXP anormale est observée au fil du temps, passant d'environ 17 % en 2014 à 8 % en 2024.

Figure 24 Proportion des cas de tuberculose selon la présence de comorbidités majeures chez le cas, Québec, 2024

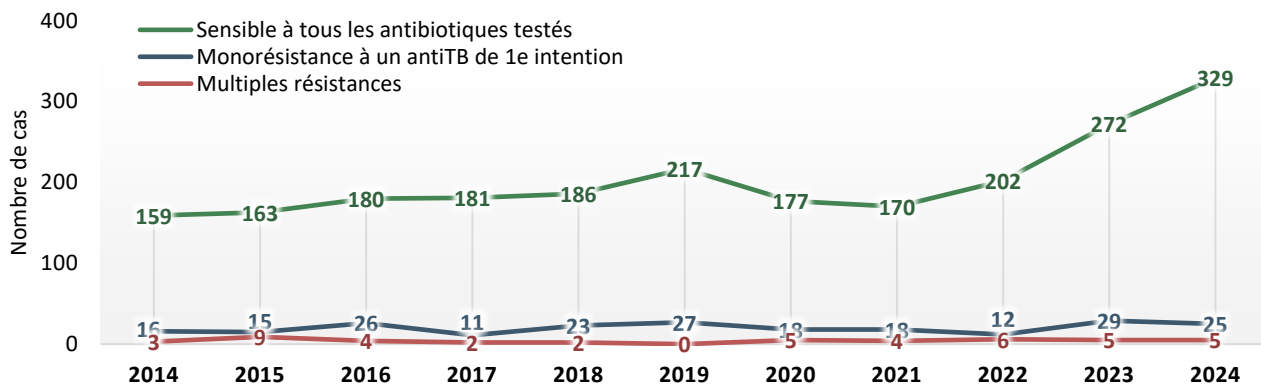


3.5 Résistance aux antibiotiques

Selon les profils de résistance

Le profil de résistance des souches de *Mycobacterium tuberculosis* isolées au Québec demeure globalement favorable au traitement, la vaste majorité des cas étant sensibles à tous les antituberculeux testés. Sur la période 2014–2024, 92 % des cas testés étaient sensibles à l'ensemble des médicaments de première ligne, tandis que les formes résistantes représentaient 8 % des cas, et les formes ayant de multiples résistances demeuraient exceptionnelles.

Figure 25 Évolution des cas testés de tuberculose selon le profil de résistance aux antituberculeux, Québec, 2014-2024



La proportion de souches sensibles à tous les antituberculeux est restée stable entre 86 % et 93 % sur 11 ans. Parmi les résistances, la **monorésistance à l'isoniazide** (INH) reste la plus fréquente, comptant en moyenne 11 cas par année. Une légère fluctuation de la monorésistance à l'INH est observée avec un pic en 2019 (15 cas), mais la proportion reste stable autour de 5 % des cas testés. La **monorésistance à la pyrazinamide** (PZA) suit avec 4 % des cas. La **monorésistance à la rifampicine** (RMP) est beaucoup plus rare avec <1 % des cas. Les cas avec de **multiples résistances** (polyrésistants, multirésistants, pré-ultrarésistants) demeurent sporadiques (1,8 % des cas), sans tendance à la hausse. Aucun cas de TB ultrarésistante n'a été détectée entre 2014 et 2024.

Tableau 14 Nombre de cas confirmés de tuberculose selon le profil de résistance aux antituberculeux, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombres de cas testés	178	187	210	194	211	244	200	192	220	306	359
Sensible à tous les antibiotiques testés	159	163	180	181	186	217	177	170	202	272	329
Monorésistance à un antiTB de 1^e intention	16	17	27	11	23	27	19	18	14	30	25
Monorésistance à l'INH	8	10	15	6	10	15	9	9	10	12	19
Monorésistance à la RMP	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-
Monorésistance à la PZA	8	5	11	5	11	12	8	8	2	17	6
TB polyrésistante	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	1
TB multirésistante	3	5	2	2	1	0	2	4	4	3	3
TB pré-ultrarésistante	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Autres profils	-	3	2	-	-	-	1	-	2	1	-

Selon les résistances identifiées

Sur la dernière décennie, l'**isoniazide** (INH) demeure le médicament le plus souvent associé à une résistance isolée au Québec avec une proportion sur l'ensemble des souches testées qui varie entre 4 % et 9 % sur la période (en moyenne 7 %), mais sans tendance ascendante significative. Cette résistance pourrait représenter un défi thérapeutique important, car même sans multirésistance, elle compromet les schémas thérapeutiques standards. Les cas de résistance à la **rifampicine** (RMP) sont rares au Québec (≤ 3 %) et cette fréquence faible est stable depuis la dernière décennie. La résistance à la **pyrazinamide** (PZA) est la 2^e plus importante au Québec, avec une prévalence fluctuante qui varie entre 2 % et 7 %. Les résistances à l'**éthambutol** (EMB) sont rares (≤ 1 %) et souvent associées à d'autres résistances. Les résistances aux **antibiotiques de deuxième intention** sont rares et sporadiques (3 %).

Tableau 15 Nombre et proportion des souches de tuberculose selon la pharmacorésistance de la souche de *Mycobacterium tuberculosis*, Québec, 2014-2024

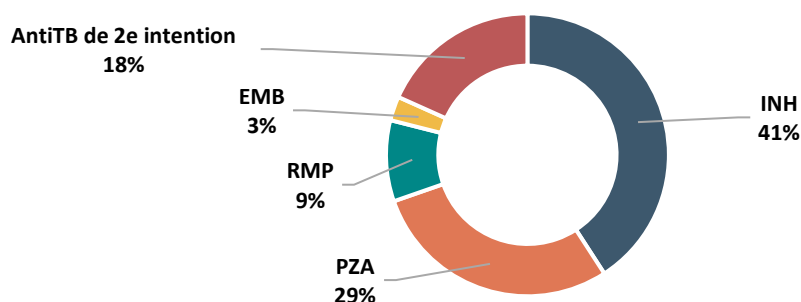
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N	186	197	218	196	233	262	221	209	245	313	405
INH	11 (6 %)	17 (9 %)	17 (8 %)	8 (4 %)	12 (6 %)	15 (6 %)	14 (7 %)	13 (7 %)	15 (7 %)	17 (6 %)	24 (7 %)
RMP	3 (2 %)	6 (3 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	3 (1 %)	-	4 (2 %)	5 (3 %)	5 (2 %)	3 (1 %)	4 (1 %)
PZA	1 (1 %)	1 (1 %)	-	1 (1 %)	-	-	2 (1 %)	-	2 (1 %)	1 (<1 %)	3 (1 %)
EMB	10 (6 %)	8 (4 %)	14 (7 %)	6 (3 %)	13 (6 %)	12 (5 %)	10 (5 %)	9 (5 %)	5 (2 %)	20 (7 %)	8 (2 %)
AntiTB de 2 ^e intention ²	3 (2 %)	12 (6 %)	8 (4 %)	4 (2 %)	4 (2 %)	-	6 (3 %)	6 (3 %)	9 (4 %)	8 (3 %)	13 (4 %)

¹ Nombres non mutuellement exclusifs.

² Les antituberculeux (antiTB) de 2^e intention incluent (dans l'ordre d'importance) les molécules suivantes : Rifabutin (37 %), Streptomycine (30 %), Ethionamide (22 %), Kanamycine (3 %), Ofloxacine (3 %), Moxifloxacine (3 %), Capréomycine (1 %) et Acide para-aminosalicylique (1 %).

La résistance à l'isoniazide est prédominante au Québec, représentant la proportion la plus élevée (41 %) des souches résistantes de *Mycobacterium tuberculosis* testées de 2014 à 2024, suivi par la résistance à la pyrazinamide (29 %). Toute confirmation de résistance à la rifampicine et/ou à l'isoniazide, ou de résistance concomitante à au moins deux antituberculeux de première intention, conduit systématiquement à la réalisation des épreuves de sensibilité aux antituberculeux de deuxième intention. Parmi les souches résistantes, 18 % présentaient au moins une résistance à un antituberculeux de deuxième intention.

Figure 26 Proportion des cas résistants selon la pharmacorésistance des souches de *Mycobacterium tuberculosis*, Québec, 2014-2024



3.6 Traitement et issue clinique

Traitement et schémas thérapeutiques

La quasi-totalité des cas de tuberculose ont reçu un traitement antituberculeux au Québec au cours de la dernière décennie. De 2014 à 2024, la proportion de cas traités, pour lesquels l'information est connue, est d'environ 99 %. En 2024, 99 % des cas ont reçu un traitement. Les quelques cas non traités (<1 %) ont souvent été diagnostiqués en post-mortem. Cette observation s'inscrit dans un contexte où la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire.

Tableau 16 Nombre et proportion des cas traités selon le schéma thérapeutique répertorié lorsque l'information est connue, Québec, 2014-2024

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Traitement											
Oui	200	234	245	209	271	287	214	216	270	350	451
Non	-	-	1	1	1	1	1	2	4	7	4
Schéma thérapeutique											
Régime standard	163 (82 %)	189 (81 %)	196 (80 %)	172 (82 %)	228 (84 %)	249 (87 %)	186 (87 %)	176 (81 %)	229 (85 %)	311 (89 %)	402 (90 %)
Régime sans PZA	17	9	22	20	22	23	12	14	17	24	23
Régime sans INH	4	6	5	4	2	1	2	5	4	3	2
Régime sans EMB	11	17	14	6	14	5	9	9	13	7	11
Autre régime	4	12	8	7	5	8	5	12	6	4	10
Inconnu	1	1	-	-	-	1	-	-	1	1	3

Le **régime standard** (INH, RMP, EMB, PZA) demeure le schéma le plus prescrit, représentant en moyenne 85 % des cas traités entre 2014 et 2024. Cela reflète la faible proportion de cas résistants et la bonne tolérance au traitement standard au Québec. L'ajout d'une fluoroquinolone (FQN) à ce schéma s'observe dans environ 5 à 7 % des cas.

Les **régimes modifiés** (sans PZA, INH, RMP ou EMB) demeurent marginaux, variant de 1 à 10 % selon l'année et concordant avec la faible prévalence de résistance. Ces ajustements reflètent des adaptations cliniques individualisées, sans impact épidémiologique notable. Le régime sans PZA est le deuxième schéma thérapeutique le plus utilisé, représentant environ 7 % des cas cumulés sur la période. Le régime sans EMB est utilisé pour environ 4 % des cas.

Observance et principale modalité du traitement

Pour la surveillance, l'observance est estimée avec le nombre de doses prises en comparaison avec le nombre de doses prescrit pour la totalité du traitement. Un traitement est considéré comme complété si le cas a pris au moins 80 % des doses qui lui ont été prescrites pour son traitement.

Tableau 17 Nombre et proportion des cas traités de tuberculose selon l'observance et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024

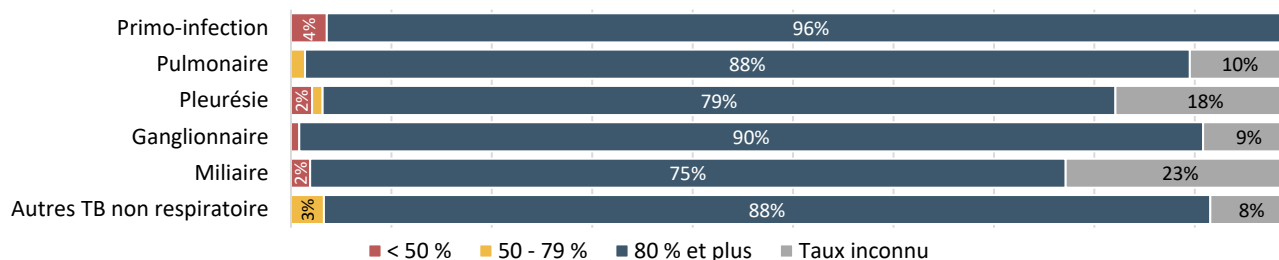
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ¹
Pourcentage approximatif d'observance au traitement											
80 % et plus	177 (89 %)	216 (92 %)	223 (91 %)	192 (92 %)	256 (94 %)	265 (92 %)	192 (90 %)	192 (89 %)	252 (93 %)	335 (96 %)	342 (76 %) ¹
50 - 79 %	4 (2 %)	3 (1 %)	2 (1 %)	3 (1 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	3 (1 %)	7 (3 %)	8 (3 %)	8 (2 %)	7 (2 %) ¹
< 50 %	1 (1 %)	1 (<1 %)	-	-	-	1 (<1 %)	-	7 (3 %)	1 (<1 %)	-	1 (<1 %) ¹
Taux inconnu	18 (9 %)	14 (6 %)	20 (8 %)	14 (7 %)	13 (5 %)	19 (7 %)	19 (9 %)	10 (5 %)	9 (3 %)	7 (2 %)	101 (22 %) ¹
Principale modalité du traitement											
Traitement quotidien autoadministré	94 (47 %)	94 (40 %)	105 (43 %)	100 (48 %)	119 (44 %)	111 (39 %)	91 (42 %)	114 (53 %)	147 (54 %)	178 (51 %)	215 (48 %)
Traitement sous observation directe (TOD) ²	94 (47 %)	120 (52 %)	116 (47 %)	96 (46 %)	137 (50 %)	160 (56 %)	106 (49 %)	87 (40 %)	107 (40 %)	156 (45 %)	227 (50 %)
Autre et inconnu	12 (6 %)	10 (4 %)	17 (7 %)	9 (4 %)	13 (5 %)	12 (4 %)	13 (6 %)	13 (6 %)	13 (5 %)	9 (3 %)	2 (<1 %)

¹ Il est normal que plusieurs des traitements d'épisodes de 2024 soient inconnus ou non-complétés, car la durée du traitement est minimalement de six mois.

² Pour la définition, se référer à l'[Annexe 2](#).

En excluant l'année 2024 dont les traitements pourraient être toujours en cours au moment de l'extraction des données, l'observance au traitement demeurent bonne, avec une proportion moyenne de 92 % de cas atteignant un niveau d'observance ≥ 80 % des doses prescrites. Les cas ayant des niveaux d'observance modérés (50-79 % des doses prescrites) et faibles (< 50 % des doses prescrites) demeurent rares (< 3 % chaque année). Ces niveaux d'observance ne sont pas étonnants considérant que la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire au Québec.

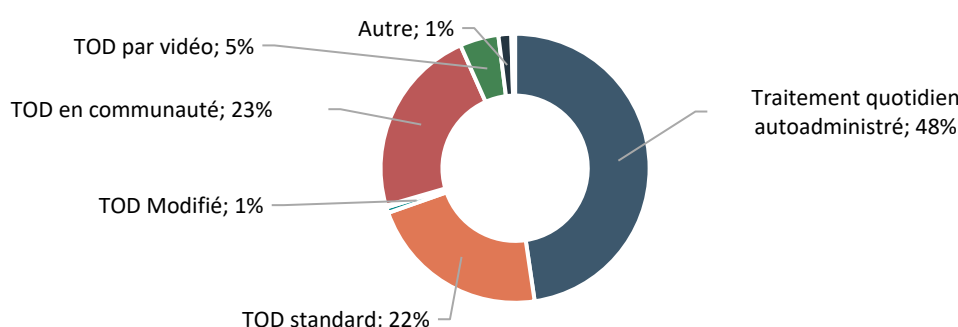
Figure 27 Proportion des cas de tuberculose selon le diagnostic clinique principal et le pourcentage approximatif d'observance au traitement, Québec, 2024



Les deux principales modalités de traitement (voir [Annexe 2](#)) demeurent le traitement quotidien auto-administré et la thérapie sous observation directe (TOD), utilisées dans des proportions comparables tout au long de la période, soit respectivement de 46 % et 48 % en moyenne. Une légère tendance à la hausse de l'utilisation des traitements quotidiens autoadministrés peut être observée depuis 2021.

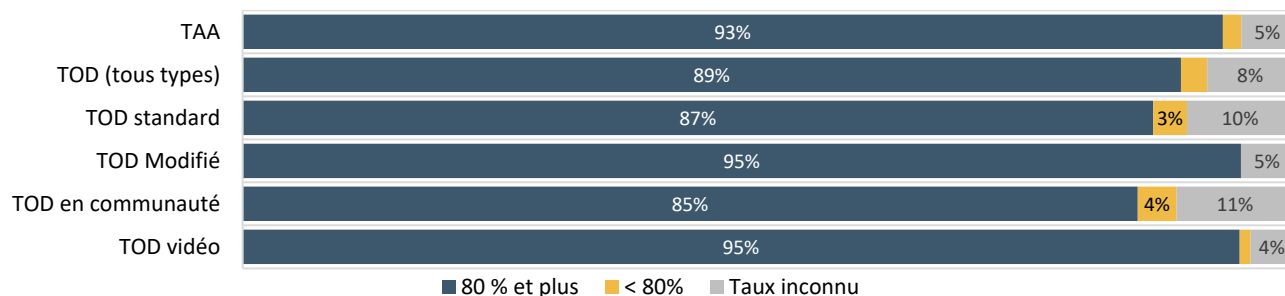
En 2024, près de la moitié des cas (48 %) recevaient un traitement auto-administré, tandis que 50 % étaient sous TOD (toutes formes confondues). La TOD par vidéo n'était pas offerte de façon uniforme sur l'ensemble du territoire québécois et, en 2024, seuls 21 cas ont pu en bénéficier selon les données disponibles.

Figure 28 Proportion des cas traités selon leur principale modalité de traitement, 2024



La proportion de cas ayant atteint un pourcentage d'observance de $\geq 80\%$ des doses prescrites est élevée pour l'ensemble des modalités, à près de 90 % (89,7 %). Le traitement auto-administré (TAA) et la thérapie sous observation directe (TOD) affichent des résultats comparables avec respectivement 93,3 % et 89,3 % d'observance à $\geq 80\%$ des doses prescrites. Parmi les cas sous TOD, la TOD par vidéo démontre le plus haut niveau de succès, suivi de la TOD modifié, de la TOD en communauté et de la TOD standard.

Figure 29 Proportion des cas traités de tuberculose selon le pourcentage approximatif d'observance au traitement et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024.



Issue du traitement

Sur l'ensemble de la période 2014–2024, la proportion de cas ayant complété leur traitement (avec ou sans confirmation microbiologique de guérison) demeure élevée, oscillant entre 83 % et 93 %. La mortalité parmi les cas de TB varie de 2 à 9 %, sans tendance à la hausse et reflète principalement les comorbidités liées à l'âge avancé et aux formes sévères de TB. Les abandons de traitement restent rares (< 2 %) et la perte de suivi pour cause administrative (transfert dans une autre juridiction) est marginale (1-3 %).

Tableau 18 Nombre de cas et proportion des cas de tuberculose traités selon l'issue du traitement, Québec, 2014-2024

Issue du traitement	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Issue favorable	184 (92 %)	216 (92 %)	227 (93 %)	192 (92 %)	255 (94 %)	268 (93 %)	189 (88 %)	188 (87 %)	252 (93 %)	337 (96 %)	424 (94 %)	2732 (93 %)
Traitement complété ¹	174 (87 %)	210 (90 %)	218 (89 %)	186 (89 %)	243 (90 %)	253 (88 %)	188 (88 %)	184 (85 %)	247 (91 %)	324 (93 %)	284 (63 %)	2511 (85 %)
Traitement en cours ²	6 (3 %)	4 (2 %)	4 (2 %)	4 (2 %)	8 (3 %)	15 (5 %)	1 (<1 %)	1 (<1 %)	3 (1 %)	11 (3 %)	138 (31 %)	195 (7 %)
Transfert dans une autre juridiction	4 (2 %)	2 (1 %)	5 (2 %)	2 (1 %)	4 (1 %)	-	-	3 (1 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	2 (<1 %)	26 (1 %)
Issue défavorable	16 (8 %)	18 (8 %)	18 (7 %)	17 (8 %)	16 (6 %)	19 (7 %)	25 (12 %)	28 (13 %)	18 (7 %)	13 (4 %)	27 (6 %)	215 (7 %)
Traitement discontinué en raison d'un événement défavorable	2 (1 %)	-	-	1 (<1 %)	-	-	1 (<1 %)	2 (1 %)	1 (<1 %)	1 (<1 %)	-	8 (<1 %)
Décès	8 (4 %)	14 (6 %)	14 (6 %)	12 (6 %)	13 (5 %)	11 (4 %)	17 (8 %)	19 (9 %)	11 (4 %)	7 (2 %)	9 (2 %)	135 (5 %)
Abandon	2 (1 %)	1 (<1 %)	1 (<1 %)	2 (1 %)	1 (<1 %)	-	-	1 (<1 %)	5 (2 %)	2 (1 %)	4 (1 %)	19 (1 %)
Autre ou inconnue	4 (2 %)	3 (1 %)	3 (1 %)	2 (1 %)	2 (1 %)	8 (3 %)	7 (3 %)	6 (3 %)	1 (<1 %)	3 (1 %)	14 (3 %)	53 (2 %)

¹ Traitement mené à terme avec ou sans culture à la fin du traitement pour confirmer la guérison.

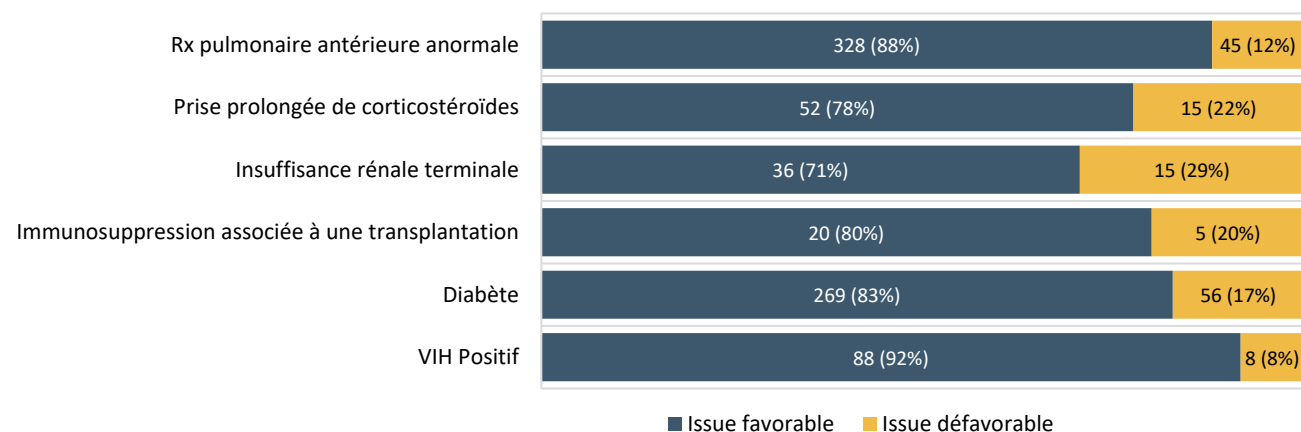
² Les valeurs obtenues pour les années 2014 à 2021 semblent aberrantes et sont très vraisemblablement attribuables à une erreur de saisie. La durée du traitement de la tuberculose varie généralement de six mois à deux ans.

Selon les comorbidités

Bien que la majorité des cas atteints de comorbidités complètent leur traitement avec succès, certaines conditions, notamment l'insuffisance rénale terminale et la prise prolongée de corticostéroïdes, sont associées à des issues moins favorables et à une mortalité accrue.

- L'insuffisance rénale terminale est la condition la plus associée à une issue défavorable, avec un quart des cas décédés avant la fin du traitement.
- Les cas sous corticostéroïdes à long terme présentent également une proportion de décès supérieurs à la moyenne (18 % vs 7 %).
- Les cas immunosupprimés en lien avec une transplantation ont un succès thérapeutique dans 80 % des cas.
- Le diabète est la comorbidité la plus fréquente (325 cas), représentant 11 % des cas, avec une proportion de décès trois fois plus élevée que la moyenne.
- Les cas coinfectés par le VIH ainsi que les cas ayant une radiographie pulmonaire antérieure anormale ont des proportions de succès et de décès comparables à l'ensemble des cas.

Figure 30 Nombre et proportion des cas traités selon leur issue de traitement et de leurs conditions médicales préexistantes, Québec, 2014-2024.



Décès et contribution de la TB au décès

Entre 2014 et 2024, 199 décès ont été rapportés parmi les cas de tuberculose traités ou non, représentant 7 % de l'ensemble des cas déclarés.

Parmi ces décès :

- 22 % (n = 43) sont attribués à la tuberculose comme cause initiale du décès;
- 47 % (n = 93) mentionnent la TB comme cause secondaire ou contributive;
- 22 % (n = 44) sont non liés directement à la TB;
- 10 % (n = 19) présentent une contribution indéterminée de la TB au décès.

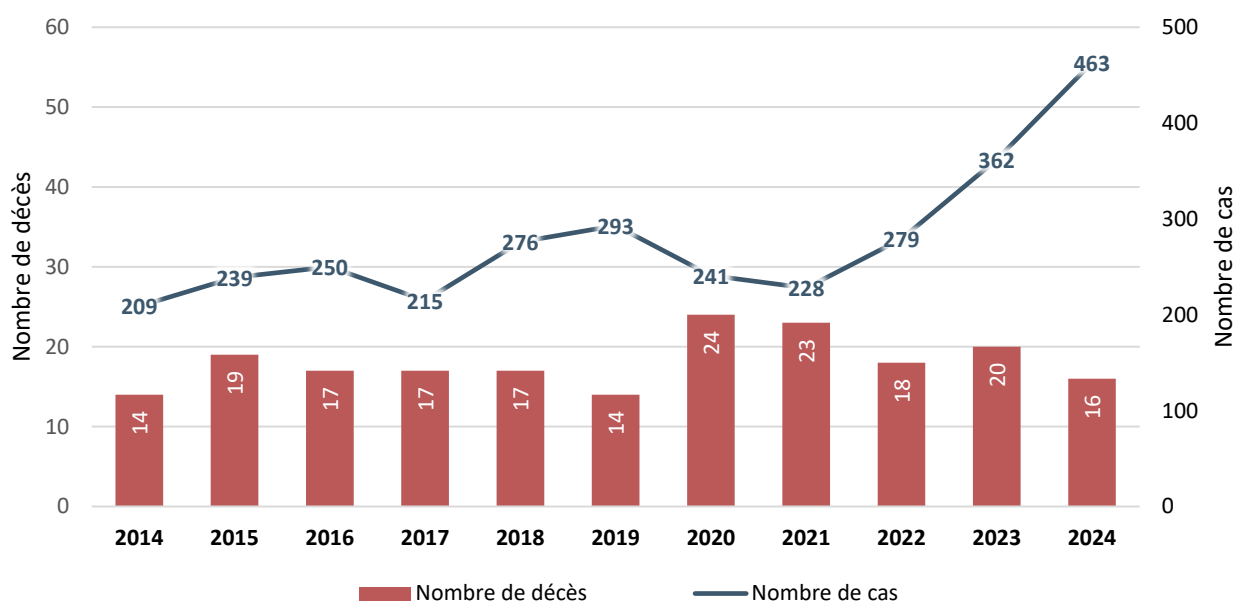
Ces proportions sont stables sur la période, bien qu'on observe une légère diminution de la mortalité parmi les cas de TB depuis 2021 (de 10 % à 3 % en 2024). Les années 2020-2021 montrent un pic de mortalité relative (10 %), probablement en lien avec des retards diagnostiques et des perturbations de soins durant la pandémie de COVID-19. Depuis 2022, la mortalité parmi les cas est revenue sous les niveaux pré-pandémiques.

Tableau 19 Nombre et proportion de décès parmi les cas de TB (traités ou non) en fonction de la contribution de la tuberculose au décès, Québec, 2014-2024.

Issue du traitement	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Décès	14	19	17	17	17	14	24	23	18	20	16
(% du nombre de cas)	(7 %)	(8 %)	(7 %)	(8 %)	(6 %)	(5 %)	(10 %)	(10 %)	(6 %)	(6 %)	(3 %)
La TB est la cause initiale du décès	3 (21 %)	2 (11 %)	5 (29 %)	5 (29 %)	3 (18 %)	2 (14 %)	7 (29 %)	2 (9 %)	7 (39 %)	5 (25 %)	2 (13 %)
La TB figure parmi les causes secondaires du décès	9 (64 %)	9 (47 %)	10 (59 %)	7 (41 %)	13 (76 %)	5 (36 %)	9 (38 %)	11 (48 %)	4 (22 %)	4 (20 %)	12 (75 %)
La TB n'est pas contributive au décès	2 (14 %)	5 (26 %)	2 (12 %)	4 (24 %)	1 (6 %)	6 (43 %)	5 (21 %)	7 (30 %)	6 (33 %)	5 (25 %)	1 (6 %)
La contribution de la TB au décès est inconnue	-	3 (16 %)	-	1 (6 %)	-	1 (7 %)	3 (13 %)	3 (13 %)	1 (6 %)	6 (30 %)	1 (6 %)

La TB joue un rôle direct ou contributif dans près de 70 % des décès survenant chez des personnes atteintes de la maladie et est la cause principale dans environ un décès sur cinq.

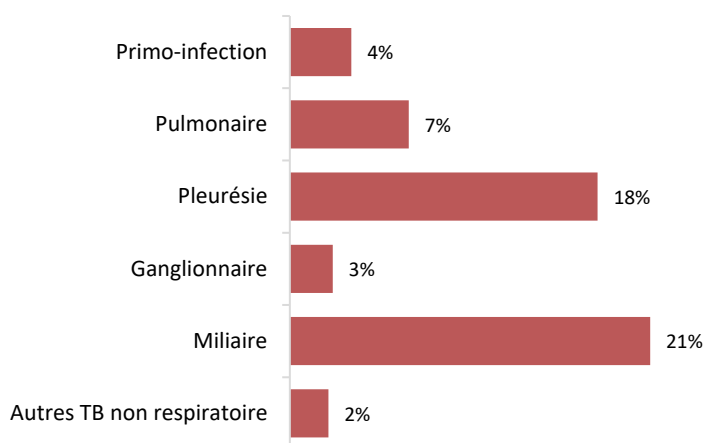
Figure 31 Nombre de décès en comparaison avec le nombre total de cas, Québec, 2014-2024.



Selon le diagnostic principal

La proportion de décès varie fortement selon l'atteinte principale de la tuberculose, avec une létalité particulièrement élevée pour les formes disséminées (miliaire) (21 %) et pleurales (18 %). La tuberculose pulmonaire présente une mortalité intermédiaire (7 %) parmi les cas, tandis que la primo-infection est associée à une proportion plus faible (4 %) de décès. Les formes extrapulmonaires localisées montrent les plus faibles proportions de décès, soit 3 % pour la forme ganglionnaire et 2 % pour les autres formes non respiratoires. Ces résultats suggèrent un gradient de gravité clinique, les formes disséminées étant associées à un risque de décès accru.

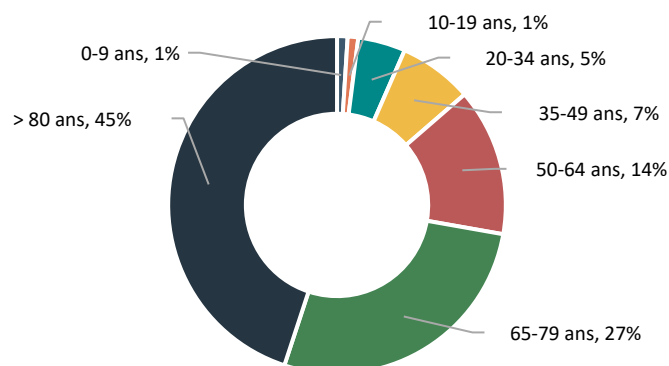
Figure 32 Proportion de décès selon le diagnostic principal du cas, Québec, 2014-2024.



Selon l'âge

Les décès surviennent principalement chez les personnes plus âgées, avec 72 % des décès survenant chez les personnes de 65 ans et plus. Le groupe des 80 ans et plus représente à lui seul 45 % des décès parmi les cas de tuberculose. Les décès demeurent rares chez les personnes de moins de 20 ans (2 %).

Figure 33 Proportion de décès selon l'âge du cas, Québec, 2014-2024.

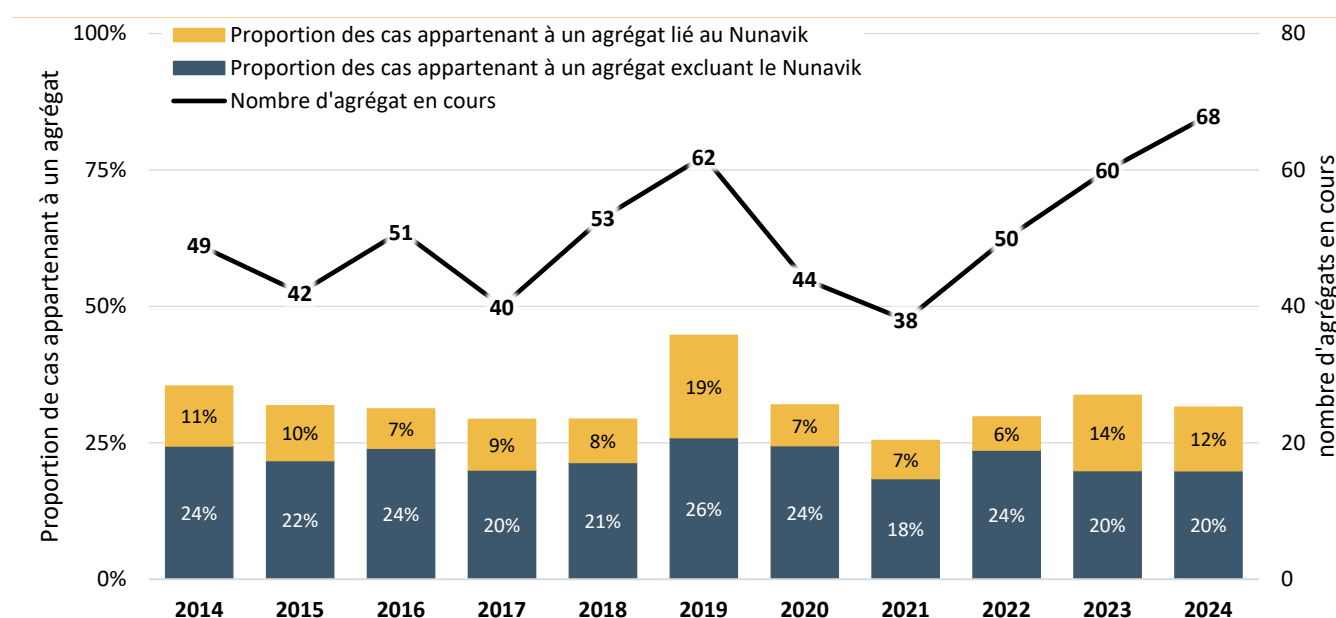


3.7 Étude des agrégats

Un agrégat est défini comme la survenue d'au moins deux cas de tuberculose partageant un profil MIRU-VNTR strictement identique. Chaque cas est comptabilisé selon la date d'épisode.

Sur la période 2014-2024, un total de 2 437 cas ont été inclus dans l'analyse du génotypage par MIRU-VNTR, dont 989 cas (41 %) appartenaient à un agrégat et 1 448 cas (59 %) étaient isolés. Au total, 214 agrégats distincts ont été identifiés, soit 92 (43 %) intra-régionaux et 122 (57 %) inter-régionaux.

Figure 34 Proportion des cas appartenant à un agrégat et nombre d'agrégats en cours par année, Québec, 2014-2024



Note : Les agrégats en cours sont comptabilisés par année selon la date d'épisode des cas, de sorte qu'un même agrégat peut être représenté sur plusieurs années.

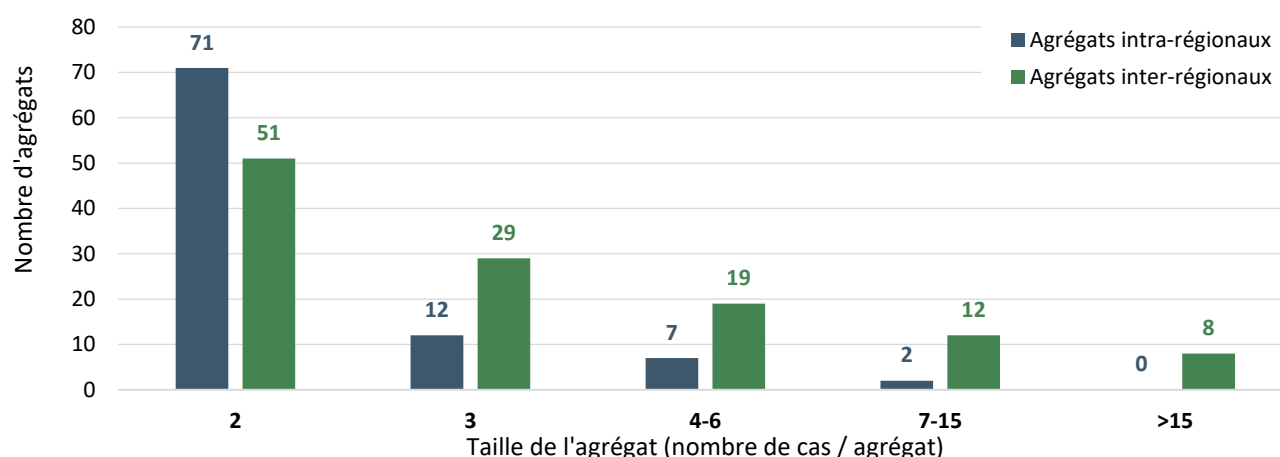
L'analyse du génotypage par MIRU-VNTR des souches de *Mycobacterium tuberculosis* au Québec entre 2014 et 2024 montre une transmission locale limitée et fragmentée, dominée par des agrégats de petite taille, tandis qu'une minorité d'agrégats inter-régionaux de grande taille contribue de manière disproportionnée au fardeau global. Les agrégats inter-régionaux étaient en moyenne près de trois fois plus volumineux que les agrégats intra-régionaux (6,2 cas contre 2,5 cas par agrégat).

Les grands agrégats (≥ 15 cas) incluent notamment des regroupements génomiques par MIRU-VNTR de 39, 106 et 140 cas, typiquement associés à des éclosions ou à des souches historiques persistantes dans certaines communautés.

Dans l'ensemble, entre 2014 et 2024, la proportion totale de cas liés à un agrégat oscille autour de 30 %, le tiers de ces cas provenant du Nunavik. En 2019, la proportion des cas liés à un agrégat a fait un bond à 45 % dont près de la moitié sont en lien avec des agrégats au Nunavik.

Tableau 20 Répartition des agrégats identifiés avec les MIRU-VNTR, Québec, 2014-2024

	Agrégats intra-régionaux	Agrégats inter-régionaux	Total
Nombre d'agrégats (%)	92 (43 %)	122 (57 %)	214 (100 %)
Nombre de cas appartenant à un agrégat (%)	226 (23 %)	766 (77 %)	989 (100 %)
Nombre moyen de cas par agrégat	2,5	6,2	4,6
Nombre médian de cas par agrégat (Q1, Q2)	2 (2, 2)	3 (2,4)	2 (2, 3)
Nombre d'agrégats en fonction du nombre de RSS impliqués			
1 RSS	92	-	92
2 RSS	-	89	89
3 RSS	-	21	21
4 RSS	-	6	6
5 RSS	-	6	6

Figure 35 Nombre d'agrégats identifiés avec les MIRU-VNTR en fonction de la taille de l'agrégat, Québec, 2014-2024

Pour les petits agrégats (deux à quatre cas), l'écart moyen entre le premier et le dernier cas est de 1,1 an. Pour les agrégats de taille moyenne (cinq à neuf cas), la durée moyenne est de quatre ans, traduisant souvent des transmissions successives au sein d'un même réseau local. Les grands agrégats (≥ 15 cas) présentent des durées beaucoup plus longues, allant jusqu'à plus de 10 ans, ce qui suggère des foyers persistants impliquant des chaînes de transmission prolongées, parfois discontinues, c'est-à-dire, où le lien épidémiologique direct entre certains cas n'a pas été identifié. Ces situations peuvent refléter soit une transmission soutenue dans une population vulnérable (itinérance, communautés éloignées, etc.), soit une succession d'introductions d'une même souche persistante dans différents milieux.

Le délai moyen entre les cas successifs d'un même agrégat diminue avec la taille du regroupement, passant de près de neuf mois pour les petits agrégats à moins de trois mois pour les foyers les plus importants.

Note méthodologique

La caractérisation génétique des souches de *Mycobacterium tuberculosis* au Québec présentée repose principalement sur la méthode MIRU-VNTR, qui permet d'identifier les profils génétiques par la comparaison de 24 loci. Or, le déploiement du séquençage du génome entier (SGE) va progressivement remplacer cette approche, offrant une résolution beaucoup plus fine pour distinguer les souches apparentées. Cette transition technologique aura un impact direct sur le suivi de l'épidémiologie des agrégats :

- Plusieurs agrégats définis par MIRU-VNTR pourraient se révéler comme étant composés de souches génétiquement distinctes;
- À l'inverse, le SGE pourrait permettre d'identifier de nouveaux liens génomiques entre des souches génétiquement distinctes, révélant de nouvelles transmission intrarégionales ou interrégionale jusque-là non détectée.

Globalement, le SGE amènera une meilleure précision dans la détection des chaînes récentes de transmission et à une reclassification plus rigoureuse des agrégats.

4 CONCLUSION

Malgré un taux d'incidence encore faible comparativement au reste du monde, la situation de la tuberculose au Québec présente des signaux d'augmentation de l'incidence. Les données présentées tout au long de ce portrait appellent à renforcer la vigilance, la prévention et l'action sur les barrières d'accès aux soins particulièrement pour les sous-groupes populationnels qui sont plus vulnérables face à la tuberculose.

Une reprise préoccupante après la pandémie

L'augmentation observée après 2022 n'est pas un simple artefact de rattrapage post pandémie. Elle traduit aussi une véritable augmentation des cas récents. Cette hausse frappe particulièrement les personnes nées à l'extérieur du Canada ainsi que les populations inuites.

Personnes nées à l'extérieur du Canada : une barrière à l'accès aux soins

L'exposition récente à la tuberculose, les parcours migratoires complexes et la précarité sont des facteurs de risque importants pour l'acquisition et la réactivation de la tuberculose.

Une proportion marquée des cas récents concerne les personnes nées à l'extérieur du Canada ayant un statut temporaire et qui ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance. À Montréal, près de 50 % des cas de tuberculose en 2024 étaient dans cette situation. Cette barrière d'accès au système de santé a des conséquences directes sur la prise en charge clinique, le suivi thérapeutique et la gestion des contacts, exacerbant le risque de transmission et de complications. Les obstacles sont principalement structureaux, mais s'y ajoutent également des barrières culturelles et linguistiques qui compliquent l'accès aux soins, amplifiant l'impact de la tuberculose dans cette sous-population vulnérable.

Populations inuites : une problématique qui repose sur des facteurs sociaux-culturels

Les populations inuites font face à des enjeux socio-culturels et structurels persistants qui contribuent à une incidence plus élevée de la tuberculose. Ces réalités reflètent des déterminants sociaux de la santé complexes, incluant les conditions de vie, l'accès aux soins, l'isolement géographique, le contexte culturel et historique, qui influencent directement et indirectement la transmission et le contrôle de la tuberculose. Elles soulignent l'importance de poursuivre les efforts de lutte à la tuberculose dans ces communautés et de progresser vers l'élimination.

Constats et horizons

Après deux décennies de stabilité relative, la tuberculose au Québec montre des signes de reprise, marquant un tournant épidémiologique significatif. Il est nécessaire de préserver les acquis de la lutte contre cette maladie et de mener une action concertée et continue pour inverser la tendance ascendante observée. La tuberculose n'est pas une maladie du passé, elle demeure révélatrice de nos inégalités et de notre capacité collective à protéger les plus vulnérables.

5 RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASCP). (2025a). Réponse du gouvernement du Canada contre la tuberculose (2025): Vers l'élimination de la tuberculose. Agence de la santé publique du Canada = Public Health Agency of Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/reponse-gouvernement-contre-tuberculose-2025-vers-elimination-tuberculose.html>

Agence de santé publique du Canada (ASPC) (2025b). Tuberculosis Disease in Canada, 2023 (infographic). <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/tuberculosis-disease-2023-infographic.html>

Campbell, J. R., Winters, N., & Menzies, D. (2020). Absolute risk of tuberculosis among untreated populations with a positive tuberculin skin test or interferon-gamma release assay result: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 368. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m549>

El-Sheikh, S. M., Metwally, A. S., & Galal, A. A. (2023). Impact of diabetes mellitus on rifampicin's plasma concentration and bioavailability in patients with tuberculosis: A systematic review and meta-analysis study. *Therapies*, 78(3), 313-324. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.05.005>

Gouvernement du Canada (2025). Surveillance de la tuberculose [Page web mise à jour le 2025-12-08]. <https://sante-infobase.canada.ca/tuberculose/>

Institut de la statistique du Québec (2025). Estimations et des projections de population par territoire sociosanitaire. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>

Institut national de la statistique du Québec (ISQ) (2025). Le bilan démographique du Québec. Édition 2025. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2025.pdf>

Jeon CY, Murray MB (2008) Correction: Diabetes Mellitus Increases the Risk of Active Tuberculosis: A Systematic Review of 13 Observational Studies. *PLOS Medicine* 5(8): e181. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050152>

Johnston J.C., Cooper R. & Menzies D. (2022) Chapter 5: Treatment of tuberculosis disease, *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 6:sup1, 66-76. <https://doi.org/10.1080/24745332.2022.2036504>

Long R., Divangahi M. & Schwartzmann K. (2022). Chapitre 2 : La pathogenèse et la transmission de la tuberculose, *Revue canadienne des soins respiratoires et critiques et de la médecine du sommeil*, 6:sup1, 22-32, <https://doi.org/10.1080/24745332.2022.2035540>

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Rivest P. (2009). Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2004 à 2007. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000880/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Rivest P. (2014). Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2008 à 2011. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000110/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux & Rivest P. (2017). Épidémiologie de la tuberculose au Québec : Rapport 2012-2015. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002006/>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2017). Guide de saisie des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire concernant la tuberculose.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001942/>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2025). Programme national de santé publique 2025-2035 – Pour un Québec en santé, équitable et résilient.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003968/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité québécois sur la tuberculose & Rivest P (2005). Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2000 à 2003. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001201/>

Organisation mondiale de la santé (2015). The end TB strategy.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>

Organisation mondiale de la santé (2022). Implementing the end TB strategy: the essentials, 2022 update.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240065093>

Organisation mondiale de la santé (2024). Global Tuberculosis report. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>

Statistique Canada (2019). Enquête nationale auprès des ménages.
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=257555

Statistique Canada (2022). Projections démographiques pour le Canada (2021 à 2068), les provinces et les territoires (2021 à 2043). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2022001-fra.htm>

ANNEXE 1 - TABLEAUX ET FIGURES SUPPLÉMENTAIRES

Figure 36 Répartition des cas confirmés et probables de tuberculose par groupe d'âge, Québec, 2024.

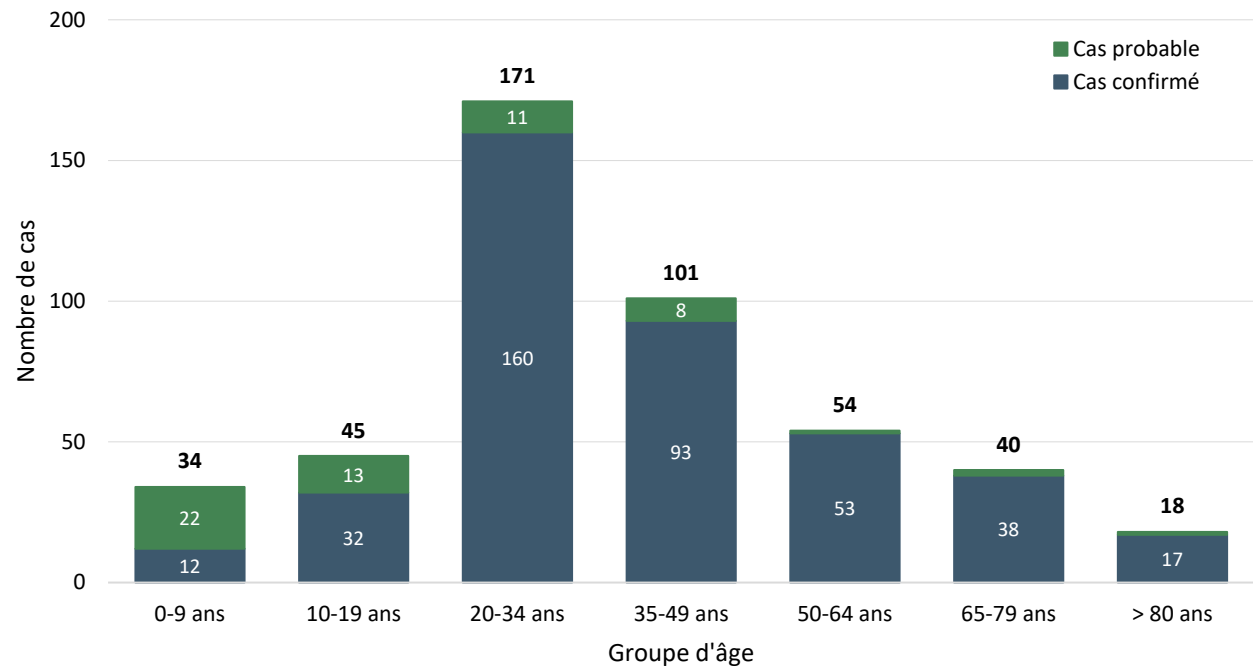


Tableau 21 Répartition des cas par groupe d'âge et par sexe, Québec, 2024

Groupe d'âge	Féminin		Masculin		Total
0-9 ans	16	47 %	18	53 %	34
10-19 ans	17	38 %	27	60 %	45
20-34 ans	63	37 %	104	60 %	172
35-49 ans	44	44 %	56	55 %	101
50-64 ans	31	57 %	23	43 %	54
65-79 ans	12	30 %	28	70 %	40
> 80 ans	9	50 %	9	50 %	18
Total général	192	41 %	265	57 %	468

Tableau 22 Répartition des cas par groupe d'âge, par nature de la validation et par appartenance à un sous-groupe populationnel, Québec, 2014-2024

Groupe d'âge et validation	Né à l'extérieur du Canada	Non-autochtone né au Canada	Inuit	Premières Nations	Inconnue	Total
Cas confirmé	1845	386	352	48	54	2685
0-9 ans	13	26	24	4		67
10-19 ans	92	9	90	2	6	199
20-34 ans	605	49	124	9	10	797
35-49 ans	499	46	60	13	15	633
50-64 ans	290	73	46	11	2	422
65-79 ans	206	88	8	8	12	322
> 80 ans	138	95		1	8	242
Inconnu	2				1	3
Cas probable	156	52	149	8	5	370
0-9 ans	17	26	90	3		136
10-19 ans	11	5	29	1	1	47
20-34 ans	54	3	21			78
35-49 ans	46	2	5	1	3	57
50-64 ans	18	9	3	2	1	33
65-79 ans	7	4	1	1		13
> 80 ans	3	3				6
Total général	2001	438	501	54	59	3055

Tableau 23 Présence des symptômes à la déclaration selon le type de tuberculose pour l'ensemble des cas de TB active au Québec de 2014 à 2024

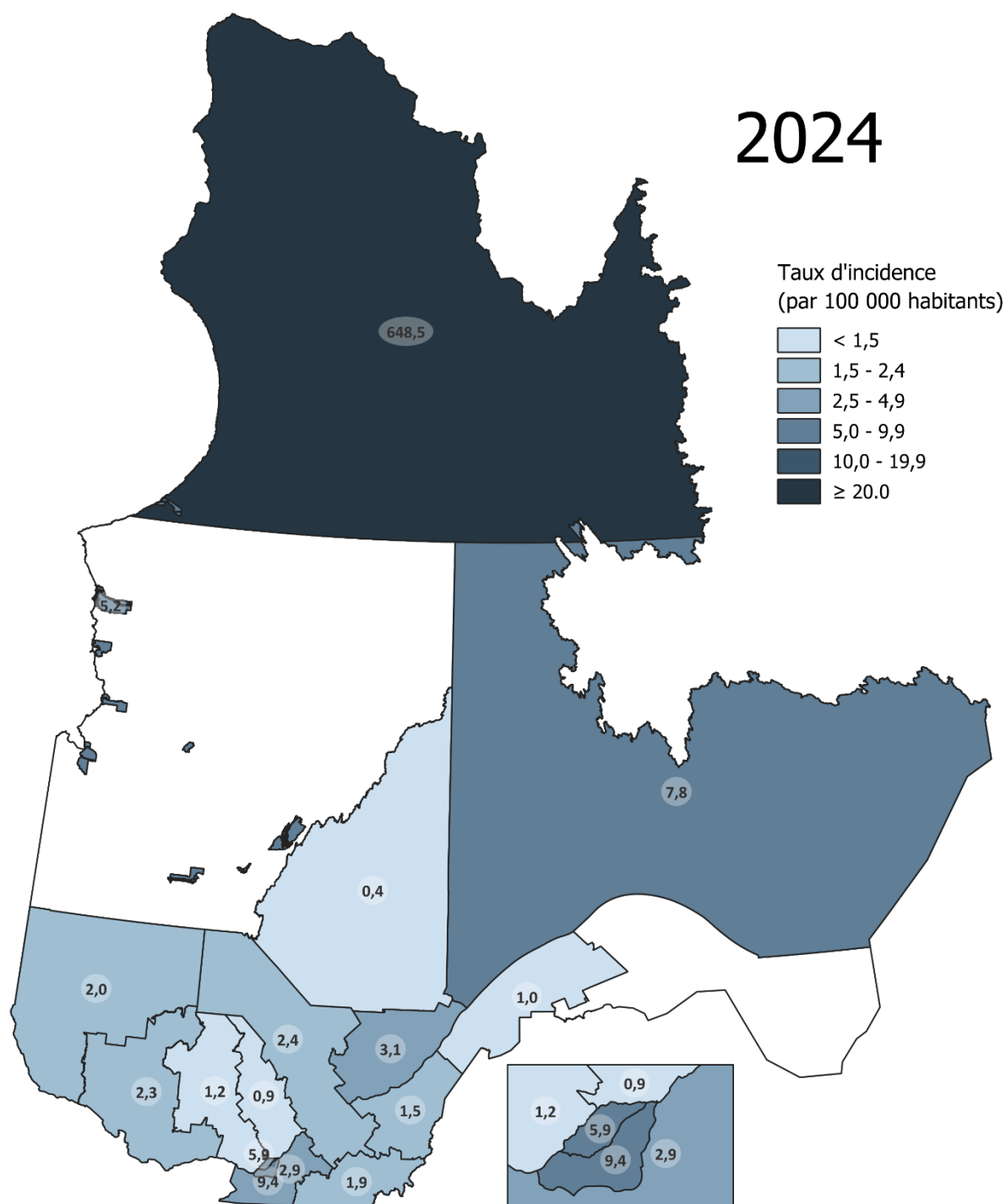
Diagnostic principal	Symptôme		
	Absence	Présence	Inconnu
Primo-infection	3 (23 %)	2 (15 %)	8 (62 %)
Pulmonaire	174 (17 %)	707 (69 %)	137 (13 %)
Pleurésie	1 (2 %)	37 (86 %)	5 (12 %)
Ganglionnaire	11 (19 %)	33 (56 %)	15 (25 %)
Miliaire	1 (1 %)	61 (86 %)	9 (13 %)
Autres TB non respiratoire	40 (12 %)	260 (80 %)	27 (8 %)

¹ Catégories non mutuellement exclusives

Tableau 24 Nombre de cas et proportion selon le taux estimatif d'observance et la principale modalité de traitement, Québec, 2014-2024.

Principale modalité de traitement	Taux estimatif d'observance				Total
	80 % et plus	50 - 79 %	< 50 %	Taux inconnu	
Traitement quotidien autoadministré	1278 (93,3 %)	21 (1,5 %)	3 (0,2 %)	68 (5 %)	1370
Traitement sous observation directe (TOD)	1251 (89,3 %)	28 (2 %)	7 (0,5 %)	115 (8,2 %)	1401
Autre	41 (70,7 %)	-	-	17 (29,3 %)	58
Inconnu	72 (61 %)	-	2 (1,7 %)	44 (37,3 %)	118
Total	2642 (89,7 %)	49 (1,7 %)	12 (0,4 %)	244 (8,3 %)	2947

Figure 37 Carte choroplèthe des taux d'incidence de la tuberculose par région sociosanitaire de résidence des cas, Québec, 2024



ANNEXE 2 - PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES SUR LA CLASSIFICATION UTILISÉE

STATUT D'IMMIGRATION

Les statuts d'immigration détaillés dans ce portrait sont ceux obtenus lors de l'enquête de santé publique au moment du diagnostic.

Pour les définitions des statuts d'immigration, se référer au document [Les statuts d'immigration au Canada](#) du Gouvernement du Québec. Voici un bref résumé non exhaustif :

- Un **citoyen canadien** est une personne qui répond à l'une des situations suivantes : née au Canada, née à l'étranger d'un parent citoyen canadien ou qui a acquis la citoyenneté canadienne par naturalisation.
- Un **résident permanent** est une personne qui a obtenu des autorités fédérales le droit de s'établir de façon permanente sur le territoire canadien, n'a pas acquis la citoyenneté canadienne par naturalisation. Cela inclut les situations suivantes : immigrant économique, regroupement familial, réfugié pris en charge par l'État et réfugié parrainé.
- Un **résident temporaire** est une personne qui se trouve légalement au Canada pour une courte période. Les résidents temporaires sont notamment : les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires et les visiteurs.
- Un **demandeur d'asile** (ou demandeur du statut de réfugié) est une personne qui a demandé l'asile au Canada et qui attend que la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada rende une décision sur sa demande.

STATUT DU CAS

Les statuts sont définis selon les conditions suivantes :

- **Nouveau cas** : Cas sans histoire précise de tuberculose évolutive antérieure ou cas jamais déclaré et pour lequel l'existence d'un traitement antituberculeux d'une durée suffisante n'est pas appuyée par preuves.
- **Récidive** : Cas ayant eu une histoire de tuberculose soit dans le contexte d'une rechute ou d'une réinfection.
 - **Rechute** : Cas relatant une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Le cas de TB active doit avoir une histoire vérifiable de TB antérieure déclarée guérie ou dont le traitement est considéré comme terminé selon les normes actuelles et pour lequel un laps de temps d'au moins six mois s'est écoulé depuis le dernier jour du traitement précédent.
 - **Réinfection** : Il s'agit d'une deuxième infection à *Mycobacterium tuberculosis*. La réinfection ne peut être prouvée que si le cas a déjà souffert d'une tuberculose active, et que le profil génétique de la souche de *Mycobacterium tuberculosis* qui produit l'infection actuelle est différente de celle qui a produit la première infection. Une réinfection doit être confirmée par génotypage moléculaire.

PRÉSENTATION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC PRINCIPAL

La classification des diagnostics de tuberculose au Canada repose sur les 9^e et 10^e éditions de la Classification internationale des maladies (CIM). Pour chaque cas de tuberculose, plusieurs diagnostics individuels peuvent être saisis aux fins de déclaration.

La **tuberculose respiratoire** est subdivisée en trois catégories : primo-infection tuberculeuse, pulmonaire et autres tuberculoses de l'appareil respiratoire :

- La **primo-infection tuberculeuse** comprend la primo-infection tuberculeuse de l'appareil respiratoire et la pleurésie de la primo-infection tuberculeuse progressive (codes CIM-9 010.0, 010.1, 010.8 et 010.9; codes CIM-10 A15.7 et A16.7).
- La **tuberculose pulmonaire** englobe la tuberculose des poumons et des voies respiratoires, incluant la fibrose tuberculeuse des poumons, la bronchectasie tuberculeuse, la pneumonie tuberculeuse, le pneumothorax tuberculeux, la tuberculose isolée de la trachée et des bronches et la tuberculose laryngée (codes CIM-9 011, 011.0 à 011.9, 012.2, 012.3; codes CIM-10 A15, A15.0 à A15.3, A15.5, A15.9, A16.0 à A16.2, A16.4, A16.9).
- Les **autres tuberculoses de l'appareil respiratoire** comprennent la pleurésie tuberculeuse (non primaire) et la tuberculose des ganglions lymphatiques endothoraciques, du médiastin, du nasopharynx, du nez (cloison) et des sinus de la face (codes CIM-9 012, 012.0, 012.1 et 012.8; codes CIM-10 A15.4, A15.6, A15.8, A16.3, A16.5, A16.8).

Les tuberculoses non respiratoires comprennent :

- la **tuberculose miliaire** (codes CIM-9 018, 018.0, 018.8, 018.9; codes CIM-10 A19, A19.0, A19.1, A19.2, A19.8, A19.9),
- la **tuberculose du système nerveux central (SNC)** (codes CIM-9 013, 013.0, 013.1, 013.8, 013.9; codes CIM-10 A17, A17.0, A17.1, A17.8, A17.9)
- la **tuberculose des ganglions lymphatiques** (code CIM-9 17.2; code CIM-10 A18.2)
- les autres tuberculoses d'autres localisations.

En présence de plusieurs diagnostics, le Guide de saisie (MSSS, 2017) mentionne que la classification des atteintes se fait selon l'ordre suivant :

1. Atteintes du système respiratoire susceptibles d'être contagieuses (pulmonaire, miliaire, primo-infection ou laryngée);
2. Atteintes du système respiratoire non contagieuses (pleurésie, adénite des ganglions médiastinaux);
3. TB extra-pulmonaires d'importance (abdominale, génito-urinaire, système nerveux central [SNC], os et articulations);
4. TB ganglionnaires.

Les cas de tuberculose pulmonaire confirmés par culture sont classés avec le code A15.1 et les cas probables avec culture négative avec le code A16.0. Les cas probables dont le diagnostic s'appuie sur des rapports de pathologie ou d'autopsie sont classés sous le code A15.2. Les cas confirmés par PCR avec culture négative sont classés avec le code A15.3.

RAISON DE L'INVESTIGATION

La variable informe sur la circonstance ayant conduit au diagnostic de tuberculose décliné en huit catégories :

- Symptômes compatibles avec siège de la maladie;
- Observation accidentelle (découverte fortuite);
- Post-mortem (cas décédé lors du diagnostic de la TB);
- Recherche des contacts (cas investigué lors d'une enquête autour d'un cas connu de TB);
- Surveillance médicale de l'Immigration (cas identifié lors de l'examen médical initial lors de l'immigration au Canada);
- Dépistage au travail;
- Autre;
- Donnée inconnue.

PRINCIPALE MODALITÉ DE TRAITEMENT

La modalité d'administration du traitement est répertoriée sous la catégorisation suivante :

- Thérapie sous observation directe (TOD);
- TOD en communauté : TOD qui utilise des services décentralisés soit via la santé publique, la pharmacie ou tout autre professionnel pouvant faire la TOD plutôt que de se rendre dans des établissements de soins;
- TOD par vidéo (ou virtuelle) : TOD qui utilise les dispositifs vidéo tels que les téléphones intelligents et les ordinateurs conformément aux pratiques de télémédecine;
- TOD modifiée : TOD pour seulement une partie de la période de traitement, habituellement durant la phase initiale, qui est suivie d'un traitement autoadministré pendant la phase de continuation;
- TOD standard : TOD durant toute la phase initiale et la phase de continuation;
- TOD améliorée : TOD standard incluant des mesures d'encouragement et de facilitation;
- Traitement quotidien et autoadministré;
- Autre;
- Inconnu.

Lorsque plusieurs modalités sont notées pour un épisode de tuberculose, la première est considérée comme la principale modalité.

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

