

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec

Définitions nosologiques

Maladies d'origine infectueuse

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec

Définitions nosologiques

Maladies d'origine infectieuse

4^e édition

Santé
et Services sociaux

Québec 

Responsable du groupe de travail sur les définitions nosologiques

Docteur Paul Rivest
Médecin-conseil
Direction de santé publique
Agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

Membres du groupe de travail sur les définitions nosologiques

Madame Louise Alain
Épidémiologiste
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Docteur Éric Levac
Médecin-conseil
Direction de santé publique
Agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Madame Louise Ringuette
Microbiologiste
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un autre exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande :

par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN 2-550-42622-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Les membres du groupe de travail sur les définitions nosologiques tiennent à remercier tous les médecins, infirmières et professionnels des directions de santé publique, du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et des centres hospitaliers qui ont lu et critiqué le livre des définitions nosologiques et qui nous ont fait part de leurs précieux commentaires. Le groupe de travail tient aussi à souligner l'excellente collaboration du Comité sur les infections nosocomiales du Québec et du Comité provincial de surveillance en maladies infectieuses. Leur générosité a rendu possible la révision et la mise à jour de ce document.

Un merci spécial revient également à madame Céline Quimper de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS pour le travail colossal de mise en page et à madame France Villeneuve du Bureau de surveillance et de vigie sanitaire (MSSS) pour son support pour la relecture finale.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	vii
1. INTRODUCTION.....	1
1.1 PRINCIPES À LA BASE DES RÉVISIONS.....	3
1.1.1 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION 1991.....	5
1.1.2 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION 1997.....	5
1.1.3 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À LA VERSION 2001.....	7
1.2 NOTES GÉNÉRALES.....	9
2. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	11
AMIBIASE	11
BABÉSIOSE	11
BOTULISME	11
Botulisme alimentaire	11
Botulisme d'inoculation	12
Botulisme infantile	12
BRUCELLOSE	12
CHANCRE MOU.....	13
CHOLÉRA.....	13
COQUELUCHE	13
CRYPTOSPORIDIOSE.....	14
CYCLOSPOROSE	14
DIPHTÉRIE	14
ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV).....	15
ÉCLOSION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM).....	15
ENCÉPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR ARTHROPODES	15
FIÈVRE DE CRIMÉE-CONGO	16
FIÈVRE DE LASSA	16
FIÈVRE DE MARBURG.....	16
FIÈVRE ÉBOLA.....	17
FIÈVRE JAUNE	17
FIÈVRE PARATYPHOÏDE.....	17
FIÈVRE Q	18
FIÈVRE TYPHOÏDE.....	18
GASTRO-ENTÉRITE À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i>	18
GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE.....	18
GIARDIASE	18
GRANULOME INGUINAL	19
HÉPATITE A.....	19
HÉPATITE B.....	19
Hépatite B aiguë	19
Hépatite B porteur chronique.....	20
Hépatite B non précisée	20
HÉPATITE C.....	20
Hépatite C aiguë	20
Hépatite C non précisée	21
HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION.....	21
INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i>	22
INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	22
INFECTION À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUCTEUR DE VÉROCYTOTOXINE.....	22
INFECTION À HANTAVIRUS.....	22
INFECTION À HTLV TYPE I OU II	23
INFECTION À <i>PLASMODIUM</i> (MALARIA).....	23
INFECTION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (SARV).....	23
INFECTION GONOCOCCIQUE.....	24
Infection gonococcique génito-urinaire.....	24
Infection gonococcique de l'oeil.....	24
Infection gonococcique autre.....	24
INFECTION INVASIVE À <i>ESCHERICHIA COLI</i>	24
INFECTION INVASIVE À <i>HAEMOPHILUS INFLUENZÆ</i>	25
INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUES.....	25
INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A.....	25
INFECTION INVASIVE À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ</i> (PNEUMOCOQUE).....	26
INFECTION PAR LE VIH	26

INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO).....	27
LÉGIONELLOSE.....	27
LÈPRE.....	28
LEPTOSPIROSE.....	28
LISTÉRIOSE.....	28
LYPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE.....	29
MALADIE DE CHAGAS.....	29
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB ET SES VARIANTES.....	29
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (forme classique).....	29
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (nouvelle variante).....	30
MALADIE DE LYME.....	31
MALADIE DU CHARBON (ANTHRAX).....	32
OREILLONS.....	32
PARALYSIE FLASQUE AIGUË.....	33
PESTE.....	33
POLIOMYÉLITE.....	33
PSITTACOSE.....	34
RAGE.....	35
ROUGEOLE.....	35
RUBÉOLE.....	35
RUBÉOLE CONGÉNITALE.....	36
SALMONELLOSE.....	36
SHIGELLOSE.....	37
SIDA.....	37
SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS).....	41
SYPHILIS.....	43
Syphilis primaire.....	43
Syphilis secondaire.....	43
Syphilis latente précoce.....	44
Syphilis latente tardive.....	44
Neurosyphilis.....	44
Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis.....	45
Syphilis congénitale.....	45
Syphilis sans précision.....	45
TÉTANOS.....	46
TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE.....	46
TRICHINOSE.....	46
TUBERCULOSE.....	47
TULARÉMIE.....	47
TYPHUS.....	48
Typhus épidémique.....	48
Typhus murin.....	48
Typhus des broussailles.....	48
VARIOLE.....	48
 3. MALADIES D'INTÉRÊT QUI NE SONT PAS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE.....	 49
ÉCLOSION.....	49
EHRlichIOSE.....	49
INFLUENZA.....	50
VARICELLE.....	50
 BIBLIOGRAPHIE.....	 51
 ANNEXES.....	 53
Formulaire de déclaration As-770 (À l'usage du médecin).....	55
Formulaire de déclaration As-772 (À l'usage du laboratoire).....	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

ADN	Acide désoxyribonucléique
ALT	Alanine aminotransférase
Anti-HBc	Anticorps contre l'antigène de capsid du virus de l'hépatite B
Anti-VHA	Anticorps contre le virus de l'hépatite A
Anti-VHC	Anticorps contre le virus de l'hépatite C
ARN	Acide ribonucléique
AST	Aspartate aminotransférase
BAAR	Bacille acido-alcool-résistant
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DFA	<i>Direct fluorescent assay</i> (immunofluorescence directe)
DFA-TP	<i>Direct fluorescent assay - Treponema pallidum</i>
EEG	Électro-encéphalogramme
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i> (technique immunoenzymatique)
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
FTA-Abs-DS	<i>Fluorescent treponemal antibody absorption – double stain</i>
HBsAg	<i>Hepatitis B surface antigen</i> (antigène de surface de l'hépatite B)
HI	<i>Hemagglutination inhibition</i>
HTLV	Human T-lymphotropic virus
IFA	<i>Indirect fluorescent assay</i> (immunofluorescence indirecte)
IgG	Immunoglobulines de type G
IgM	Immunoglobulines de type M
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MAC-EIA	Monoclonal antibody-based capture enzyme-linked immunoabsorbent assay
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MHA-TP	<i>Microhemagglutination assay for antibodies to Treponema pallidum</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PRNT	Plaque-reduction neutralization test
PrP	Protéines prion
PIL/HLP	Pneumonie interstitielle lymphoïde/hyperplasie lymphoïde pulmonaire
PTT	Purpura thrombopénique thrombotique
RFLP	<i>Restriction fragment length polymorphism</i>
RIA	<i>Radioimmunoassay</i>
RIBA	<i>Recombinant immunoblot assay</i>
RIPA	Radio-immunoprécipitation
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
RT-PCR	<i>Reverse transcriptase - Polymerase chain reaction</i>
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SHU	Syndrome hémolytique urémique
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TP-PA	<i>Treponema pallidum - particle agglutination</i>
TRUST	<i>Toluidine red unheated serum test</i>
VDRL	<i>Venereal disease research laboratory</i>
VHA	Virus de l'hépatite A
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental

1. INTRODUCTION

La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), à l'instar du Laboratoire de lutte contre la maladie du Canada (aujourd'hui le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis, publiait en janvier 1991 une première version d'un recueil de définitions nosologiques pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Cette première version a été mise à jour en 1997, puis en 2001. Avec l'adoption, en 2003, d'une nouvelle Loi sur la santé publique et des Règlements d'application qui en découlent, une nouvelle révision s'imposait puisque de nouvelles mados se sont rajoutées et d'autres ont été retirées de la liste officielle.

Ce document, construit à partir de la liste officielle des mados, s'adresse aux professionnels du réseau de la santé publique qui s'occupent de la surveillance de ces maladies. Il vise à fournir aux intervenants de santé publique des critères uniformes pour valider et standardiser les déclarations de mados au registre central.

Les définitions nosologiques ne sont pas là pour donner aux cliniciens des critères leur permettant de poser un diagnostic clinique. Le contexte épidémiologique, les informations cliniques ou les résultats de laboratoire peuvent permettre aux médecins traitants de poser un diagnostic sans que le cas ne réponde à la définition de cas utilisée à des fins de surveillance. Les définitions nosologiques ne doivent pas non plus représenter pour le clinicien les critères minimaux à respecter pour le signalement, puisque des actions de santé publique peuvent être initiées indépendamment de la validation dans une perspective de surveillance. De plus, à des fins d'investigation, d'autres définitions de cas mieux adaptées à une situation d'éclosion précise seront parfois utilisées. Dans ces circonstances particulières, les niveaux de classification et les besoins, au point de vue de la sensibilité et de la spécificité, peuvent varier.

Le recueil des définitions nosologiques ne fournit pas non plus les critères pour initier ou non une enquête ou une intervention de santé publique lorsqu'une mado est soupçonnée. Il propose essentiellement au réseau, des définitions qui permettent de classer un cas de maladie infectieuse de la façon la plus précise possible au registre central. Il ne peut non plus répondre à toutes les questions reliées à la saisie des données dans ce même registre. En ce sens, le recueil des définitions nosologiques doit être utilisé par les intervenants de santé publique, en complémentarité avec un manuel regroupant les protocoles d'intervention élaborés pour les différentes mados et avec un guide pour la saisie des données de surveillance au registre central.

1.1 PRINCIPES À LA BASE DES RÉVISIONS

Les mados apparaissent dans le livre des définitions nosologiques telles qu'elles sont libellées dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (formule de déclaration et liste des mados fournies en annexe). À la fin du document, à titre de référence, figurent les définitions de cas de certaines maladies infectieuses qui ne sont pas à déclaration obligatoire mais qui sont d'intérêt en santé publique. Certaines de ces infections font l'objet d'un système de surveillance particulier (comme l'influenza), ou de projets spéciaux d'évaluation, ou sont considérées comme potentiellement émergentes.

Pour chaque mado, les définitions québécoises de cas ont été comparées aux définitions internationales (Organisation mondiale de la santé), américaines (CDC) et canadiennes (Santé Canada) provenant des plus récentes versions publiées et de documents de travail mis à notre disposition. Dans la mesure du possible, les nouvelles définitions québécoises s'accordent avec celles des autres instances afin d'assurer au maximum la comparabilité des données de surveillance.

Les définitions proposées comportent, au besoin, un ou deux types de cas : confirmé et probable. Même si certains systèmes de surveillance ont adopté une nomenclature différente et comportant parfois plus de deux niveaux (par exemple : cas confirmé, probable ou suspect), le groupe de travail a décidé de conserver la classification de cas adoptée antérieurement en changeant seulement le terme « clinique » pour le terme « probable » qui nous semble plus approprié et plus près de la nomenclature utilisée partout ailleurs.

Les termes « confirmé » et « probable » correspondent ici à une classification qui repose essentiellement sur des notions de sensibilité et de spécificité. La plupart du temps, un cas est confirmé lorsqu'il est associé à un test de laboratoire très spécifique, peu importe les symptômes présents. Par ailleurs, un cas peut aussi être confirmé en l'absence d'examen de laboratoire quand il présente un ensemble de signes et symptômes et un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé antérieurement par un test de laboratoire, le tout étant suffisamment spécifique pour que le degré de certitude entourant le diagnostic soit très élevé. À l'inverse, la définition d'un cas probable est habituellement basée sur des signes et des symptômes mais peut, dans certaines circonstances, exiger des résultats positifs de laboratoire qui ne sont cependant pas suffisamment spécifiques pour classer le cas comme confirmé.

Depuis la première édition de 1991, on a remarqué une évolution importante dans le domaine de la technologie des tests diagnostiques. Ainsi, de nouveaux tests de biologie moléculaire sont maintenant de plus en plus accessibles et ce, dans des contextes cliniques courants. Ces nouveaux tests viennent parfois remplacer les méthodes conventionnelles comme la culture. Dans le processus de sélection des tests de laboratoire servant à classer un cas « confirmé » ou « probable », les épreuves diagnostiques sont retenues si, au moment de la rédaction du document, elles sont valides et utilisées dans les milieux cliniques. La terminologie de laboratoire la plus générale possible est retenue pour éviter une réédition à répétition selon l'apparition de divers tests sur le marché.

Les professionnels qui éprouveraient de la difficulté à déterminer la validité d'un test en particulier, sont appelés à consulter les professionnels du LSPQ à ce sujet.

Des notes explicatives sont ajoutées au besoin pour fournir des précisions concernant des résultats de laboratoire ou des notions de surveillance.

La surveillance des maladies infectieuses doit être un processus dynamique qui doit s'adapter aux changements tout en préservant une certaine constance afin d'évaluer les tendances pertinentes. Comme il est difficile de prévoir toutes les situations, et dans le cadre d'un processus continu d'évaluation de ce document, les professionnels qui utiliseront ce document sont invités à signaler toute difficulté et à faire part de leurs commentaires aux membres du groupe de travail dont les coordonnées apparaissent au début de ce document. Ce document devrait assurer une meilleure qualité des données saisies au registre central qui constitue la base de la surveillance des mados, des actions de santé publique et de la planification sanitaire.

1.1.1 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION 1991

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies suivantes :

Hépatite C

Infections invasives sévères à streptocoques

Modifications de la définition de certaines mados :

Brucellose	Ajout d'une catégorie clinique
Entérite à <i>Escherichia coli</i>	Restriction de la surveillance aux souches O157
Hépatite B	Ajout d'une nouvelle catégorie de cas confirmé et de précisions
Infection à <i>H. influenzae</i>	Retrait de la catégorie clinique
Légionellose	Retrait de la catégorie clinique
Oreillons	Retrait de la catégorie clinique
Rougeole	Retrait de la catégorie clinique
Rubéole	Retrait de la catégorie clinique
Tuberculose	Ajout de précisions sur la définition de cas clinique et ajout du test de détection d'acides nucléiques pour les cas confirmés

1.1.2 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION 1997

Ajout d'une définition nosologique pour des maladies qui présentent un intérêt pour la santé publique :

Cryptosporidiose	Infection à <i>Cyclospora</i>
Influenza	Listériose
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	Syndrome pulmonaire à hantavirus
Varicelle	

Modifications de la définition de certaines mados :

Amibiase	Précisions sur l'identification du parasite et sur les tests de confirmation
Brucellose	Ajout du test d'immunofluorescence et explication des manifestations cliniques
Charbon	Ajout du test EIA
Coqueluche	Ajout du test de détection d'acides nucléiques
Diphthérie	Ajout du diagnostic histopathologique
Encéphalites à arbovirus	Énumération plus extensive des sites d'isolement, des épreuves diagnostiques et des types des virus
Entérite à <i>E. coli</i>	Ajout des sérotypes producteurs de vérocytotoxines
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	Ajout de la détection d'antigènes et d'anticorps
Hépatite A	Ajout d'une note concernant l'immunisation récente et élimination du critère de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale concernant les enzymes hépatiques
Hépatite B	Élimination du critère de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale concernant les enzymes hépatiques
Hépatite C	Nouvelle définition de l'hépatite C aiguë
Hépatite C chronique	Retrait de la catégorie clinique et ajout du test de détection d'acides nucléiques
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i>	Ajout du test de détection d'acides nucléiques
Infections à streptocoque β -hémolytique du groupe A	Retrait de la nécessité d'avoir des manifestations cliniques pour la confirmation d'un cas
Infections à streptocoque β -hémolytique du groupe B	Restriction de la surveillance aux nouveau-nés de moins d'un mois et notes explicatives sur les manifestations cliniques
Infections à pneumocoque	Ajout de la détection de l'antigène dans le LCR
Légionellose	Ajout d'une note sur les manifestations cliniques
Oreillons	Ajout de la notion d'immunisation récente et reformulation des critères pour la confirmation d'un cas

Paludisme	Ajout d'une note sur les récurrences
Rage	Modification du titre d'anticorps pour la confirmation d'un cas
Rougeole	Ajout de la notion d'immunisation récente; précisions sur la détection d'IgM
Rubéole congénitale	Ajout de précisions sur les anomalies nécessaires pour la confirmation d'un cas
Syphilis	Ajout du test TP-PA; retrait de la catégorie clinique dans toutes les formes de syphilis; retrait des formes syphilis nerveuse asymptomatique et syphilis cardiovasculaire; ajout des formes neurosyphilis et syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis
Trichinose	Reformulation de la définition de cas clinique
Tuberculose	Précisions sur la notion de récurrence

1.1.3 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À LA VERSION 2001

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies qui ont été ajoutées à la liste des mados

Babésiose	Cryptosporidiose
Cyclospore	Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
Éclosion au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline	Infection à hantavirus
Infection à HTLV type I ou II	Infection au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
Infection par le VIH	Infection par le virus du Nil occidental (VNO)
Listériose	Maladie de Chagas
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes	Maladie de Lyme
Paralysie flasque aiguë	Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Retrait de certaines maladies de la liste des mados

Herpès néonatal	Infection invasive à streptocoque β -hémolytique du groupe B
Méningite à entérovirus	Scarlatine

Ajout d'une définition nosologique pour une maladie qui présente un intérêt pour la santé publique :

Ehrlichiose

Modifications de la nomenclature ou de la définition de certaines mados :

Charbon	Remplacé par maladie du charbon
Diarrhée épidémique	Remplacée par gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
Encéphalites à virus transmis par les arthropodes	Remplacées par encéphalite virale transmise par arthropodes; modification de la 1 ^{re} note explicative pour exclure l'infection par le virus du Nil occidental des encéphalites virales transmises par arthropodes
Entérite à <i>E. coli</i>	Remplacée par infection invasive à <i>Escherichia coli</i> et infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine
Fièvre hémorragique africaine	Remplacée par fièvres hémorragiques virales incluant fièvre Ébola, fièvre de Lassa, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	Retrait de la détection de l'antigène OH et des anticorps
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i> type b	Remplacée par infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>
Infections invasives à streptocoques	Remplacées par infection invasive à streptocoques du Groupe A et infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Sida	Ajout d'une note explicative sur les modalités de déclaration du Sida; modification de la 2 ^e note explicative sur la définition d'un test positif à l'égard du VIH
Syphilis	Ajout du test de détection d'acides nucléiques; ajout de la catégorie syphilis sans précision
Tétanos	Ajout d'une composante laboratoire à la définition de cas

1.2 NOTES GÉNÉRALES

1. Lorsque l'expression « manifestations cliniques compatibles » n'est pas mentionnée dans une définition de cas, c'est que la présence de ces manifestations n'est pas nécessaire à la confirmation du cas.
2. Lorsqu'un cas peut être confirmé par une augmentation du taux d'anticorps dirigés contre l'organisme causal, l'augmentation du titre, pour être significative, doit être d'au moins quatre fois entre les deux sérums prélevés, à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire.

La recherche d'anticorps peut se faire par une méthode immuno-enzymatique. Le résultat est alors rapporté non pas sous forme de titre ou de dilution, mais en densités optiques (D.O.). Le laboratoire rapporte habituellement les résultats inférieurs à un certain seuil comme négatifs et supérieurs à un certain seuil comme positifs, les résultats situés entre les deux seuils étant rapportés comme indéterminés. On pourra considérer l'augmentation du taux d'anticorps comme significative lorsque la détection d'anticorps dans le sérum en phase aiguë et dans celui en phase de convalescence passe de négative à positive.

3. Le sang, les liquides céphalo-rachidien, pleural, péritonéal, péricardique et articulaire, les tissus obtenus par biopsie ou par prélèvements per-opératoires sont considérés comme des spécimens provenant de sites stériles.
4. Le terme nourrisson fait référence à la période qui va de la naissance à l'âge de deux ans alors que nouveau-né réfère à la période qui va de la naissance à 21 jours.

2. MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

AMIBIASE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica*¹ dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'anticorps spécifiques contre *Entamoeba histolytica* à l'aide d'une technique immunoenzymatique (EIA); **ou**
3. détection d'acides nucléiques d'*Entamoeba histolytica* par une technique d'amplification génique appropriée.

Note explicative

- (1) À des fins de surveillance, on retiendra les cas d'*Entamoeba histolytica/dispar* non différenciés par un test de confirmation approprié (EIA ou technique d'amplification génique). Les cas confirmés d'*Entamoeba dispar* ne doivent pas être retenus.

ANTHRAX (voir maladie du charbon)

BABÉSIOSE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. détection d'une espèce de *Babesia*¹ sur un frottis sanguin; **ou**
2. démonstration de la présence d'acides nucléiques d'une espèce de *Babesia* par une technique d'amplification génique appropriée; **ou**
3. détection d'anticorps dirigés contre une espèce de *Babesia* par une technique d'immunofluorescence indirecte (IFA).

Note explicative

- (1) Les principales espèces pathogènes reconnues sont, par ordre de fréquence, *B. microti*, *B. divergens* et *B. bovis*.

BOTULISME

BOTULISME ALIMENTAIRE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou détection de la toxine botulinique dans le sérum ou dans les selles; **ou**
2. détection de la toxine botulinique dans un aliment consommé; **ou**

3. lien épidémiologique avec un cas confirmé de botulisme.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et consommation documentée d'un aliment suspect en l'absence de confirmation de laboratoire dans un échantillon clinique approprié ou dans l'aliment incriminé.

BOTULISME D'INOCULATION

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez un malade qui, en l'absence de consommation documentée d'un aliment suspect, a présenté dans les deux semaines ayant précédé le début de la maladie, une histoire de blessure fraîche contaminée et une des deux conditions suivantes :

1. isolement de *Clostridium botulinum* de la plaie; **ou**
2. détection de la toxine botulinique dans le sérum.

BOTULISME INFANTILE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez un nourrisson de moins d'un an et isolement de *Clostridium botulinum* ou détection de la toxine botulinique dans les selles ou dans le sérum.

BRUCELLOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et une des trois conditions suivantes :

1. isolement d'une espèce de *Brucella* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection par une épreuve d'agglutination d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Brucella* entre deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle; **ou**
3. démonstration par immunofluorescence de *Brucella* dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. lien épidémiologique avec un cas confirmé; **ou**
2. détection d'un seul titre d'anticorps contre *Brucella* ≥ 160 dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

Note explicative

- (1) La brucellose peut se manifester par un début aigu ou insidieux de fièvre, une sudation nocturne, une fatigue excessive, une anorexie, une perte de poids, des céphalées ou des arthralgies.

CAMPYLOBACTER (voir infection à *Campylobacter*)

CHANCRE MOU

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement d'*Hæmophilus ducreyi* dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

1. un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux; **et**
2. aucune évidence d'infection à *Treponema pallidum* à l'examen sur fond noir de l'exsudat de l'ulcère ou à l'épreuve sérologique pour la syphilis effectuée au moins sept jours après l'apparition des ulcères; **et**
3. aucune évidence d'infection à Herpes simplex d'après la présentation clinique des ulcères ou la culture négative.

CHLAMYDIA (voir infection à *Chlamydia trachomatis*)

CHOLÉRA

Cas confirmé

Présence de diarrhées ou de vomissements et isolement de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 dans un échantillon de selles ou de vomissures.

COQUELUCHE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. isolement de *Bordetella pertussis*; **ou**
2. détection d'acides nucléiques de *Bordetella pertussis* par une technique d'amplification génique appropriée; **ou**
3. personne qui répond à la définition de cas probable et présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

Cas probable

Présence d'une toux qui dure depuis au moins deux semaines et au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

1. toux paroxystique (quintes de toux); **ou**

2. sifflement inspiratoire (chant du coq); **ou**
3. toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée.

CRYPTOSPORIDIOSE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. présence d'oocystes de *Cryptosporidium* dans les selles; **ou**
2. présence de *Cryptosporidium* dans du liquide intestinal ou une biopsie de l'intestin grêle; **ou**
3. détection d'antigènes de *Cryptosporidium* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou d'immunofluorescence directe (DFA).

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

CYCLOSPOROSE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. présence d'oocystes de *Cyclospora* dans des selles, dans du liquide d'aspiration du duodénum ou du jéjunum ou dans une biopsie de l'intestin grêle; **ou**
2. détection d'acides nucléiques de *Cyclospora* par une technique d'amplification génique dans des selles, du liquide d'aspiration du duodénum ou du jéjunum ou dans une biopsie de l'intestin grêle.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

DIPHTÉRIE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite, amygdalite ou laryngite), avec ou sans membranes, avec ou sans symptômes toxiques (cardiaques ou neurologiques) et une des trois conditions suivantes :

1. isolement d'une souche toxigène de *Corynebacterium diphtheriæ*; **ou**
2. diagnostic histopathologique de diphtérie; **ou**
3. lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

Présence dans un même établissement de soins de deux cas de colonisation ou d'infection par une même souche d'ERV¹ transmise en milieu de soins.

Note explicative

- (1) Une souche d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* est résistante à la vancomycine si 1) la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 32 mg/L ou 2) la CMI pour cet antibiotique est de 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une technique d'amplification génique que la souche possède un gène de résistance à la vancomycine (VanA, VanB, VanD, VanE ou tout autre gène pouvant confirmer la résistance).

ÉCLOSION AU *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)¹

Présence dans un même établissement de soins de longue durée de deux nouveaux cas d'infections graves causées par la même souche² de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse de plus de 14 jours. La transmission doit survenir à l'intérieur d'un mois.

Notes explicatives

- (1) Une souche de *Staphylococcus aureus* est résistante à la méthicilline si : 1) la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 16 mg/L ou; 2) la CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une technique d'amplification génique que la souche possède le gène *mecA* ou; 3) la CMI pour l'oxacilline est de 4, 8 ou 16 mg/L et que l'on peut confirmer par une méthode d'agglutination au latex que la souche fabrique un produit de ce gène soit la protéine PBP2a ou PBP 2' ou; 4) la CMI pour l'oxacilline est ≥ 32 mg/L .
- (2) L'hypothèse de transmission de l'infection entre 2 ou plusieurs patients doit principalement être basée sur l'enquête épidémiologique. La caractérisation des souches par une méthode de typage est complémentaire à l'enquête épidémiologique.

ENCÉPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR ARTHROPODES¹

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec une infection du système nerveux central et une des cinq conditions suivantes :

1. isolement d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou tout autre liquide biologique ou tissu; **ou**
2. détection d'antigènes ou d'acides nucléiques d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou autre liquide biologique ou tissu; **ou**
3. détection sérologique d'IgM spécifiques par une technique immuno-enzymatique, confirmée par une épreuve supplémentaire telle une épreuve de neutralisation par réduction des plages de lyse (PRNT); **ou**
4. détection sérologique d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre un arbovirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence confirmée par une épreuve supplémentaire tel un PRNT; **ou**
5. détection sérologique d'un seul titre d'anticorps totaux contre un arbovirus ≥ 320 confirmée par une épreuve supplémentaire tel un PRNT.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles avec une infection du système nerveux central et un résultat de test sérologique qui appuie le diagnostic sans permettre de classer le cas comme cas confirmé.

Note explicative

- (1) Les principales encéphalites à arbovirus sont les suivantes : l'encéphalite de Saint-Louis, l'encéphalite équine de l'Ouest, l'encéphalite équine de l'Est, l'encéphalite de Californie, l'encéphalite de Powassan et l'encéphalite japonaise. L'infection par le virus du Nil occidental est une maladie à déclaration obligatoire en soi et devrait être classée comme telle.

FIÈVRE DE CRIMÉE-CONGO

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des quatre conditions suivantes :

1. isolement du virus de la fièvre de Crimée-Congo dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection d'acides nucléiques du virus de la fièvre de Crimée-Congo dans un échantillon clinique par une technique d'amplification génique appropriée; **ou**
3. détection sérologique d'IgM contre le virus de la fièvre de Crimée-Congo; **ou**
4. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus de la fièvre de Crimée-Congo entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

FIÈVRE DE LASSA

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la fièvre de Lassa dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la fièvre de Lassa; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus de la fièvre de Lassa entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

FIÈVRE DE MARBURG

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la fièvre de Marburg dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la fièvre de Marburg; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus de la fièvre de Marburg entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

FIÈVRE ÉBOLA

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des quatre conditions suivantes :

1. isolement du virus de la fièvre Ébola dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du virus de la fièvre Ébola dans un échantillon clinique approprié; **ou**
3. détection sérologique d'IgM contre le virus de la fièvre Ébola; **ou**
4. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus de la fièvre Ébola entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

FIÈVRE JAUNE

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la fièvre jaune; **ou**
2. détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du virus de la fièvre jaune dans du tissu, du sang ou d'autres liquides biologiques; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus de la fièvre jaune entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence en l'absence de vaccination contre la maladie dans les deux mois qui ont précédé l'apparition des symptômes et élimination d'une réaction croisée avec d'autres flavivirus.

Cas probable

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. un résultat de test sérologique qui appuie le diagnostic sans permettre de classer le cas comme confirmé (augmentation du titre inférieure à quatre fois) et qui ne peut s'expliquer par une vaccination antérieure et par une réaction croisée avec d'autres flavivirus; **ou**
2. histopathologie du foie caractéristique de la fièvre jaune chez une personne décédée durant la phase aiguë de la maladie.

FIÈVRE PARATYPHOÏDE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement de Salmonella Paratyphi A, B, ou C dans un échantillon clinique approprié.

FIÈVRE Q

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Coxiella burnetii* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. titre d'anticorps contre *Coxiella burnetii* ≥ 160 dans un sérum prélevé après le début des symptômes; **ou**
2. lien épidémiologique avec un cas confirmé ou avec un animal infecté par *Coxiella burnetii*.

FIÈVRE TYPHOÏDE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Salmonella* Typhi dans un échantillon clinique approprié¹.

Note explicative

(1) Les porteurs asymptomatiques de *Salmonella* Typhi ne doivent pas être retenus comme des cas de fièvre typhoïde.

GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. isolement de *Yersinia enterocolitica* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection des antigènes O à un titre ≥ 50 .

GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE

Symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse confirmée ou présumée chez au moins deux personnes et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence.

GIARDIASE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. Présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans les selles, dans du liquide duodéal ou dans une biopsie du petit intestin; **ou**

2. détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou DFA.

GONORRÉE (voir infection gonococcique)

GRANULOME INGUINAL

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection de corps de Donovan sur un frottis ou une biopsie de tissus de granulation après coloration de Wright ou de Giemsa.

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ (voir infection invasive à *Hæmophilus influenzae*)

HÉPATITE A

Cas confirmé

Détection sérologique d'IgM anti-VHA¹.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; **et**
2. lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A; **et**
3. aucune autre cause apparente.

Note explicative

- (1) En présence de vaccination récente contre l'hépatite A, la détection d'IgM anti-VHA chez un individu devra être appuyée par des manifestations cliniques suggestives et un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

HÉPATITE B

HÉPATITE B AIGÜE

Cas confirmé

Détection sérologique d'IgM anti-HBc et d'HBsAg;

ou

Présence des trois conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; **et**
2. détection sérologique d'HBsAg associée à une recherche négative des IgM anti-VHA; **et**

3. aucune autre cause apparente.

ou

Nourrisson chez qui on a décelé la présence d'HBsAg et qui est né d'une mère HbsAg positive.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; **et**
2. détection sérologique d'HBsAg alors que l'IgM anti-VHA n'a pas été recherché ou que le résultat n'est pas disponible; **et**
3. aucune autre cause apparente.

HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE

Cas confirmé

Détection à deux reprises d'HBsAg à au moins six mois d'intervalle.

Cas probable

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. détection sérologique d'HBsAg chez une personne déclarée comme « porteur », « porteur chronique » ou « porteur sain » par un médecin; **ou**
2. détection sérologique d'HBsAg chez une personne asymptomatique.

HÉPATITE B NON PRÉCISÉE¹

Détection sérologique d'HBsAg chez une personne au sujet de laquelle l'information disponible ne permet pas de la classer comme cas aigu ou porteur chronique.

Note explicative

(1) Le cas d'hépatite B non précisée n'a pas à être classé en cas confirmé ou probable.

HÉPATITE C

HÉPATITE C AIGUË

Cas confirmé

Chez le sujet âgé d'un an et plus, présence des sept conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie); **et**
2. augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale; **et**

3. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA) ou détection de l'ARN du VHC par une technique d'amplification génique; **et**
4. recherche des IgM anti-VHA négative; **et**
5. recherche des IgM anti-HBc négative ou en son absence, recherche de l'HBsAg négative; **et**
6. exposition depuis moins de six mois à un mode de transmission reconnu¹ en l'absence de toute exposition antérieure; **et**
7. aucune autre cause apparente.

ou

Séro-conversion à l'égard des anti-VHC à l'intérieur d'une période de six mois à la suite d'une exposition documentée.

ou

Chez un nourrisson de moins d'un an, détection de l'ARN du VHC par RT-PCR² quel que soit le résultat de l'anti-VHC.

Notes explicatives

- (1) L'utilisation de drogues injectables, la réception de produits sanguins, le fait d'être partenaire sexuel d'un individu anti-VHC positif sont des modes de transmission reconnus.
- (2) Excluant les prélèvements faits sur le sang du cordon compte tenu de la contamination potentielle par le sang maternel.

HÉPATITE C NON PRÉCISÉE

Cas confirmé

Chez le sujet âgé d'un an et plus pour lequel l'information disponible ne permet pas de le classer comme cas aigu, présence d'une des deux conditions suivantes :

1. détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA); **ou**
2. détection de l'ARN du VHC par RT-PCR.

HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION¹

Présence des trois conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT; **et**
2. aucune information sur les marqueurs sérologiques des hépatites A, B et C n'est disponible ou le cas ne répond pas à la définition de cas d'hépatite A, B ou C; **et**
3. aucune autre cause apparente.

Note explicative

- (1) Le cas d'hépatite virale sans précision n'a pas à être classé en cas confirmé ou probable.

INFECTION À *CAMPYLOBACTER*

Cas confirmé

Isolement d'une des espèces de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié.

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Cas confirmé¹

Présence d'une des cinq conditions suivantes :

1. isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **ou**
2. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, urétrale ou endocervicale; **ou**
3. détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement du rhinopharynx chez un nourrisson; **ou**
4. détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire; **ou**
5. détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson.

Note explicative

- (1) Sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts, un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être créé à l'intérieur d'une période de 2 mois suivant un épisode antérieur.

INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTEUR DE VÉROCYTOTOXINE¹

Cas confirmé

Isolement d'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine² dans un échantillon clinique approprié.

Notes explicatives

- (1) Les infections à *Escherichia coli* qui s'accompagnent d'un SHU ou d'un PTT seront inscrits au registre central des mados sous infection invasive à *Escherichia coli*.
- (2) Parmi les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxine, appelés également *Escherichia coli* entéro-hémorragique (EHEC), on retrouve entre autres les sérotypes O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8, O104:H21.

INFECTION À HANTAVIRUS

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et présence d'une des conditions suivantes :

1. détection sérologique d'IgM contre le hantavirus; **ou**
2. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le hantavirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence²; **ou**

3. détection de la séquence d'acide ribonucléique spécifique du hantavirus par une technique d'amplification génique dans un spécimen clinique approprié; **ou**
4. détection d'un antigène du hantavirus par épreuve immunohistochimique.

Notes explicatives

- (1) L'infection à hantavirus (syndrome pulmonaire à hantavirus) se manifeste par une maladie fébrile (fièvre $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$) nécessitant l'administration d'oxygène et par un œdème pulmonaire interstitiel bilatéral diffus dont l'aspect radiologique est évocateur d'un syndrome de détresse respiratoire aigu. Le syndrome est évoqué lorsqu'un tel tableau apparaît dans les 72 heures suivant l'hospitalisation d'une personne auparavant en bonne santé ou en présence d'une maladie inexpliquée entraînant la mort et d'une autopsie laissant voir un œdème pulmonaire non cardiogène sans cause spécifique identifiable de décès.
- (2) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

INFECTION À HTLV TYPE I OU II

Cas confirmé

Détection par un test EIA sensible¹ d'anticorps dirigés contre le virus T-lymphotrope humain de type I ou II (HTLV I/II) confirmée par un test supplémentaire tel qu'une épreuve d'immunotransfert (Western blot), de radio-immuno-précipitation (RIPA)² ou de détection de l'ADN pro-viral à l'aide d'une technique d'amplification génique appropriée.

Notes explicatives

- (1) On recommande une approche à deux épreuves utilisant un dosage EIA sensible.
- (2) L'épreuve de confirmation doit être en mesure de détecter les anticorps dirigés à la fois contre les protéines p24 du noyau et contre les protéines gp46 ou gp61/68 de l'enveloppe du HTLV I/II.

INFECTION À *PLASMODIUM* (MALARIA)

Cas confirmé

Détection d'hématozoaires d'une espèce de *Plasmodium* sur un frottis du sang périphérique¹.

Note explicative

- (1) Une attaque subséquente de paludisme ne sera considérée comme nouvel épisode que si elle est causée par une espèce différente de *Plasmodium* ou si, en présence d'une même espèce, la personne a de nouveau séjourné en zone endémique depuis l'épisode précédent.

INFECTION AU *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (SARV)

Cas confirmé

Isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine¹.

Note explicative

- (1) Une souche de *Staphylococcus aureus* est résistante à la vancomycine si la concentration minimale inhibitrice (CMI) pour cet antibiotique est ≥ 8 mg/L. Cependant, toute souche avec une CMI ≥ 4 mg/L doit être confirmée par un laboratoire de référence.

INFECTION GONOCOCCIQUE

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

Cas confirmé

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

1. isolement de *Neisseria gonorrhœæ* d'un spécimen du tractus urogénital; **ou**
2. détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhœæ* d'un spécimen d'origine urétrale, endocervicale ou urinaire; **ou**
3. détection de *Neisseria gonorrhœæ* par une technique de laboratoire appropriée d'un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale.

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'OEIL

Cas confirmé

Isolement de *Neisseria gonorrhœæ* d'un prélèvement oculaire.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

Cas confirmé

Isolement de *Neisseria gonorrhœæ* dans un échantillon clinique provenant d'un site autre qu'oculaire ou urogénital.

INFECTION INVASIVE À *ESCHERICHIA COLI*

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

1. manifestations compatibles avec un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou un purpura thrombopénique thrombotique (PTT)¹; **et**
2. isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou tout autre sérotype producteur de vérocytotoxine² dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations compatibles avec un SHU ou un PTT ayant débuté à l'intérieur d'une période de trois semaines suivant un épisode de diarrhée aiguë ou sanguinolente.

Notes explicatives

- (1) Les manifestations compatibles avec un SHU ou un PTT doivent inclure : 1) une anémie hémolytique microangiopathique ayant débuté subitement; 2) une atteinte rénale ayant débuté subitement, caractérisée par une hématurie, une protéinurie et une créatinémie élevée (i.e. $\geq 1,0$ mg/dL chez un enfant de 13 ans ou moins ou $\geq 1,5$ mg/dL chez une personne de plus de 13 ans; 3) une thrombopénie (nombre de plaquettes $< 150\ 000/\text{mm}^3$).

- (2) Parmi les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxine, appelés également *Escherichia coli* entéro-hémorragique (EHEC), on retrouve entre autres les sérotypes O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8, O104:H21.

INFECTION INVASIVE À *HÆMOPHILUS INFLUENZÆ*

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. isolement d'*Hæmophilus influenzae*¹ ou détection d'acides nucléiques d'*H. influenzae* par une technique d'amplification génique d'un site normalement stérile; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*Hæmophilus influenzae* de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.

Note explicative

- (1) À des fins de surveillance, le typage des souches d'*Hæmophilus influenzae* est essentiel.

INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUES

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et isolement ou détection par PCR de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile.

Cas probable

En l'absence de confirmation par culture ou par PCR, présence d'une des deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques compatibles incluant obligatoirement un *purpura fulminans*²; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.

Notes explicatives

- (1) La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité très rare et la confirmation en laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas à des fins de surveillance.
- (2) Le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés majeurs pour être inscrit comme cas probable. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura d'Henoch-Schönlein, se caractérisent entre autres par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant avec de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas probable.

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A

Cas confirmé

Isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site normalement stérile.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

1. choc toxique¹; **et**
2. isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site non stérile et aucune autre cause pouvant expliquer le choc toxique.

Note explicative

- (1) Le choc toxique est défini comme la présence d'hypotension accompagnée d'au moins deux des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse, nécrose des tissus mous.

INFECTION INVASIVE À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (PNEUMOCOQUE)

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. isolement du pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) d'un site normalement stérile; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles et détection de l'antigène du pneumocoque dans le LCR.

INFECTION PAR LE VIH¹

Cas confirmé

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

1. isolement du VIH effectué par co-culture sur des lymphocytes du sang périphérique confirmé par un test de détection de l'antigène p24 (Ag p24); **ou**
2. détection chez un enfant de moins de deux ans de l'ADN proviral (génomme viral) du VIH par une technique d'amplification génique appropriée²; **ou**
3. détection de l'Ag p24 confirmée par un test de neutralisation; **ou**
4. détection d'anticorps³ par une épreuve EIA réactive de manière répétée chez un adulte ou un enfant âgé de plus de 2 ans, confirmée par un test supplémentaire tel qu'un Western blot ou un RIPA⁴.

Notes explicatives

- (1) L'infection par le VIH est à déclaration obligatoire par le médecin traitant si et seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.
- (2) Actuellement, cette technique n'est pas homologuée à des fins de diagnostic et remplace la co-culture sur lymphocytes pour isolement du VIH pour confirmer une infection chez les enfants de moins de deux ans nés de mères infectées par le VIH.
- (3) Dans le cas d'un test rapide sur un échantillon de sang capillaire dont le résultat est positif, indéterminé ou invalide, il est obligatoire de prélever un échantillon de sang veineux pour effectuer un test selon les techniques reconnues.
- (4) Les tests commerciaux pour la mesure de la charge virale ne sont pas des analyses homologuées pour le diagnostic de laboratoire de l'infection par le VIH. Ils ne doivent pas être utilisés seuls pour confirmer une infection.

INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)

Cas confirmé

Présence d'une des cinq conditions suivantes :

1. isolement du VNO dans le sang, les tissus ou le LCR; **ou**
2. détection d'acides nucléiques du VNO dans le LCR ou dans un tissu d'autopsie; **ou**
3. détection sérologique d'IgM contre le VNO par immunocapture (MAC-EIA) confirmée par une épreuve de neutralisation par réduction des plages de lyse (PRNT)¹; **ou**
4. détection par EIA ou inhibition de l'hémagglutination (HI) d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le VNO entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, confirmée par une épreuve de PRNT^{1,2}; **ou**
5. détection d'un seul titre d'anticorps totaux contre le VNO ≥ 320 par HI, confirmée par une épreuve de PRNT¹.

Cas probable

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. détection sérologique d'IgM contre le VNO par MAC-EIA; **ou**
2. détection par EIA ou HI d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le VNO entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
3. détection d'un seul titre d'anticorps totaux contre le VNO ≥ 320 par HI.

Notes explicatives

- (1) En l'absence de confirmation par PRNT, un cas pourra être considéré confirmé s'il a un lien géographique avec les cinq premiers cas confirmés de l'année dans une région donnée.
- (2) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

LÉGIONELLOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et une des quatre conditions suivantes :

1. isolement de *Legionella* à partir de sécrétions respiratoires, de tissus pulmonaires, de liquide pleural ou d'autres liquides normalement stériles; **ou**
2. détection à l'aide d'une technique d'immunofluorescence d'antigènes de *Legionella pneumophila* du séro groupe 1 à partir des expectorations, du liquide de lavage bronchique, de tissus pulmonaires ou du liquide pleural; **ou**
3. détection d'antigènes de *Legionella pneumophila* du séro groupe 1 dans les urines par une technique RIA ou EIA; **ou**

4. détection par une épreuve d'immunofluorescence d'une augmentation significative² du taux d'anticorps spécifiques contre *Legionella pneumophila* du sérotype 1 entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Notes explicatives

- (1) *Legionella pneumophila* est associée à deux entités cliniquement distinctes : la maladie du Légionnaire qui se manifeste par de la fièvre, des myalgies, de la toux et une pneumonie et la fièvre de Pontiac qui se manifeste par un tableau fébrile moins sévère sans pneumonie.
- (2) On accepte habituellement comme significative une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps entre les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire à condition que le titre du sérum en phase de convalescence soit ≥ 128 .

LÈPRE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et identification de BAAR dans la peau ou les nerfs périphériques obtenus par une biopsie profonde d'une lésion lépromateuse.

LEPTOSPIROSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et présence d'une des trois conditions suivantes :

1. isolement de *Leptospira* d'un spécimen clinique; **ou**
2. détection de *Leptospira* d'un spécimen clinique par une technique d'immunofluorescence; **ou**
3. détection par une épreuve d'agglutination d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Leptospira* entre deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle¹.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et détection par une épreuve d'agglutination d'un seul titre d'anticorps contre *Leptospira* ≥ 200 dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

Note explicative

- (1) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

LISTÉRIOSE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques compatibles et isolement de *Listeria monocytogenes* d'un site normalement stérile; **ou**
2. dans le cadre d'un avortement spontané ou d'une morti-naissance, isolement de *Listeria monocytogenes* de tissus fœtaux ou placentaires.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des conditions suivantes :

1. isolement de *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection par immunofluorescence de corps d'inclusion dans des leucocytes obtenus par aspiration d'un ganglion inguinal; **ou**
3. détection par une épreuve de micro-immunofluorescence d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
4. détection sérologique par une épreuve de micro-immunofluorescence d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 ≥ 64 s'il s'agit d'IgM ou ≥ 1024 s'il s'agit d'IgG.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles incluant au moins un ganglion inguinal sensible et fluctuant ou des lésions proctogénitales typiques et détection par une épreuve de fixation du complément d'un seul titre d'anticorps contre *Chlamydia* ≥ 128 .

MALADIE DE CHAGAS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. détection de *Trypanosoma cruzi* sur un frottis sanguin ou par une autre méthode de laboratoire appropriée¹; **ou**
2. détection d'anticorps dirigés contre *Trypanosoma cruzi* par IFA ou EIA; **ou**
3. détection d'acides nucléiques de *Trypanosoma cruzi* par une technique d'amplification génique appropriée.

Note explicative

- (1) Le *Trypanosoma cruzi* peut être détecté dans le sang après hémococoncentration ou culture, après inoculation à des souris ou par xénodiagnostic.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB ET SES VARIANTES

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (FORME CLASSIQUE)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

1. démonstration anatomo-pathologique d'encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral, le cortex cérébelleux ou dans la matière grise sous-corticale; **ou**

2. immunoréactivité à la protéine prion (PrP); **ou**
3. détection de fibrilles associées à la tremblante du mouton (*scrapie*).

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

1. démence rapidement progressive; **et**
2. électroencéphalogramme (EEG) typique; **et**
3. au moins deux des quatre manifestations suivantes: 1) myoclonie; 2) perturbations visuelles ou cérébelleuses (ataxie); 3) symptômes pyramidaux ou extra-pyramidaux; 4) mutisme akinétique.

ou

Présence des quatre conditions suivantes :

1. démence rapidement progressive; **et**
2. au moins deux des quatre manifestations décrites précédemment; **et**
3. durée de la maladie inférieure à deux ans; **et**
4. détection de la protéine 14-3-3 dans le LCR.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (NOUVELLE VARIANTE)

Cas confirmé

Désordre neuro-psychiatrique progressif et confirmation neuro-pathologique de l'infection¹.

Cas probable

Présence des huit conditions suivantes :

1. désordre neuro-psychiatrique progressif; **et**
2. durée de la maladie supérieure à six mois; **et**
3. aucune autre cause apparente; **et**
4. aucune exposition iatrogénique potentielle²; **et**
5. absence d'évidences d'encéphalopathie spongiforme familiale; **et**
6. au moins quatre des cinq manifestations cliniques suivantes : 1) symptômes psychiatriques précoces, tels que la dépression, l'anxiété, l'apathie, le retrait ou le délire; 2) douleurs ou dysesthésies persistantes; 3) ataxie; 4) myoclonies, chorée ou dystonie; 5) démence; **et**
7. si effectué, EEG qui n'est pas typique de la forme classique de la maladie de Creutzfeldt-Jakob; **et**
8. signal hyperdense en provenance de la partie postérieure du thalamus noté à l'imagerie par résonance magnétique.

ou

Présence des 6 conditions suivantes :

1. désordre neuro-psychiatrique progressif; **et**
2. durée de la maladie supérieure à six mois; **et**
3. aucune autre cause apparente; **et**
4. aucune exposition iatrogénique potentielle²; **et**
5. absence d'évidences d'encéphalopathie spongiforme familiale; **et**
6. détection de la protéine PrP^{Sc} dans une biopsie des amygdales.

Notes explicatives

- (1) L'infection est habituellement confirmée par les manifestations pathologiques suivantes : abondantes plaques amyloïdes de type kuru entourées de vacuoles, transformations spongiformes en particulier dans le ganglion basal, astrocytose importante dans le thalamus et dépôts péricellulaires abondants de PrP dans le cortex cérébral et cérébelleux.
- (2) Les expositions iatrogéniques possibles sont : injection d'hormone de croissance provenant de cadavres humains; greffe de cornée ou de dure-mère; neurochirurgie avec des instruments contaminés, électrodes corticales contaminées.

MALADIE DE LYME

Cas confirmé

Présence d'érythème migrateur¹ ou d'au moins une manifestation tardive² et une des deux situations suivantes :

1. isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection d'IgM ou d'IgG dirigés contre *Borrelia burgdorferi* dans le sérum³.

Notes explicatives

- (1) À des fins de surveillance, l'érythème migrateur (EM) est défini comme une lésion cutanée qui débute habituellement comme une macule ou une papule de couleur rouge qui s'étend sur une période de quelques jours à quelques semaines pour former une lésion annulaire de grande taille dont le centre présente une coloration normale. Une lésion primaire unique doit atteindre un diamètre égal ou supérieur à 5 cm. On peut également observer des lésions satellites. Les lésions érythémateuses annulaires apparaissant quelques heures après la morsure d'une tique représentent des réactions d'hypersensibilité et ne sont pas considérées comme un EM. Chez la plupart des patients, l'EM s'accompagne d'autres symptômes aigus, en particulier la fatigue, la fièvre, les céphalées, une légère raideur de la nuque, des arthralgies ou des myalgies. Ces symptômes sont habituellement intermittents. Le diagnostic d'EM doit être posé par un médecin.
- (2) Les manifestations tardives englobent les signes et symptômes suivants lorsqu'aucune autre explication ne peut être trouvée :
 - ◇ **Système musculosquelettique** : épisodes brefs mais récurrents (semaines ou mois) d'œdème articulaire objectivé au niveau d'une ou de plusieurs articulations, parfois suivis d'une arthrite chronique dans une ou plusieurs articulations. Les manifestations qui ne sont pas considérées comme des critères diagnostiques englobent l'arthrite progressive chronique non précédée par des épisodes brefs et la polyarthrite symétrique chronique. En outre, les syndromes qui se caractérisent uniquement par des arthralgies, des myalgies ou de la fibromyalgie ne sont pas des critères d'une atteinte musculosquelettique due à *Borrelia burgdorferi*.
 - ◇ **Système nerveux** : l'un des signes ou symptômes suivants, seul ou en association : méningite lymphocytaire, névrite des nerfs crâniens, en particulier paralysie faciale (peut être bilatérale), radiculite ou (rarement) encéphalomyélite. L'encéphalomyélite doit être confirmée par la mise en évidence d'anticorps dirigés contre *B. burgdorferi* dans le sérum. Les céphalées, la fatigue, les paresthésies ou une légère raideur de la nuque seules ne sont pas des critères d'une atteinte neurologique due à *Borrelia burgdorferi*.

- ◇ **Appareil cardiovasculaire** : apparition soudaine d'un bloc cardiaque (du 2^e ou 3^e degré) qui disparaît spontanément après quelques jours ou quelques semaines et est parfois associé à une myocardite. Des palpitations, une bradycardie ou un bloc de branches seul ou une myocardite seule ne sont pas des critères d'une atteinte cardiovasculaire due à *Borrelia burgdorferi*.

- (3) On recommande une approche à deux épreuves utilisant une technique EIA sensible ou une technique IFA confirmée par un Western blot.

MALADIE DU CHARBON (Anthrax)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec une des présentations du charbon (cutanée, pulmonaire, méningée, oropharyngée ou abdominale) et une des trois conditions suivantes :

1. isolement de *Bacillus anthracis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection antigénique par immunofluorescence de *Bacillus anthracis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
3. réaction immunologique positive envers l'antigène protecteur ou le facteur létal par EIA ou par une épreuve d'immunoblot dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

MALARIA (voir infection à *Plasmodium*)

MÉNINGOCOQUE (voir infection invasive à méningocoques)

OREILLONS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre les oreillons :

1. isolement du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence;

ou

Manifestations cliniques compatibles (ex. : fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou plusieurs glandes salivaires) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

PALUDISME (voir infection à *Plasmodium*)

PARALYSIE FLASQUE AIGÜE¹

Cas confirmé

Présence de faiblesse² ou de paralysie focale aiguë définie comme flasque (réduction de tonus) sans cause évidente chez un enfant de moins de 15 ans.

Notes explicatives

- (1) La poliomyélite secondaire à une infection par le virus sauvage est éliminée des Amériques. Elle fait l'objet de campagnes massives de vaccination dans les pays où elle est encore endémique et l'on vise mondialement son éradication. Il est donc impératif de continuer à exercer une vigilance constante afin d'assurer la détection des cas. La paralysie flasque aiguë (PFA), manifestation clinique prédominante de la poliomyélite, constitue le meilleur indice de la survenue possible d'un cas.

Au début des symptômes, la poliomyélite se différencie difficilement des autres formes de PFA comme le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse ou la névrite traumatique. La surveillance de la PFA est inhabituelle puisqu'elle ne vise pas une maladie mais un symptôme. L'OMS insiste pour que tous les cas de PFA, âgés de moins de 15 ans soient rapidement déclarés par le médecin, peu importe ses impressions cliniques du début, et soient soumis à une investigation virologique. Un échantillon de selles devrait être testé pour exclure la présence de poliovirus.

- (2) La faiblesse transitoire (consécutive à un ictus, par exemple) ne devrait pas être déclarée.

PARATYPHOÏDE (voir fièvre paratyphoïde)

PESTE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. isolement de *Yersinia pestis*; **ou**
2. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre l'antigène F1 de *Yersinia pestis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. résultat de test sérologique qui appuie le diagnostic sans permettre de classer le cas comme confirmé (augmentation du titre inférieure à quatre fois); **ou**
2. détection par immunofluorescence de l'antigène F1 de *Yersinia pestis* dans un échantillon clinique approprié.

POLIOMYÉLITE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ avec la poliomyélite paralytique² et une des deux conditions suivantes :

1. isolement du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage ou détection d'acides nucléiques du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage par une technique d'amplification génique d'un échantillon clinique approprié; **ou**

2. lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés précédemment.

Notes explicatives

- (1) Le tableau clinique doit comprendre tous les éléments suivants : une paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre, une diminution ou une absence de réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés, une fonction sensorielle et cognitive intacte, une absence d'autre cause apparente (les examens de laboratoire pertinents étant pratiqués pour écarter toute autre cause de syndrome analogue) et la présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade.
- (2) Les cas de poliomyélite paralytique sont classés dans les catégories suivantes :
 1. **Virus sauvage** : l'examen de laboratoire incrimine le virus de type sauvage. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :
 - a. **Importé** : voyage ou séjour dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes;
 - b. **Lié à un cas importé** : lien épidémiologique, dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes, avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique;
 - c. **Indigène** : aucun voyage ni contact comme ceux décrits ci-dessus.
 2. **Virus associé au vaccin** : l'examen de laboratoire incrimine le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :
 - a. **Receveur** : la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale;
 - b. **Contact** : le sujet a eu des contacts avec une personne vaccinée et la maladie a débuté entre 7 et 60 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale à ce dernier;
 - c. **Contact possible** : en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination antipolio par voie orale, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant. Au Canada, seraient incluses les personnes provenant des provinces où le vaccin antipolio oral est d'utilisation courante;
 - d. **Aucun contact connu** : dans une région où il n'y a pas de programme intensif de vaccination, la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec une personne vaccinée ou qui n'a pas été vaccinée récemment. Au Canada, seraient incluses les personnes provenant des provinces où le vaccin antipolio oral n'est pas d'utilisation courante.

PSITTACOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des quatre conditions suivantes :

1. isolement de *Chlamydophila psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
2. détection par une technique d'amplification génique appropriée d'acides nucléiques de *Chlamydophila psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
3. détection à l'aide de la fixation du complément d'une augmentation significative¹ du taux d'anticorps spécifiques contre l'antigène *Chlamydia* (incluant *Chlamydophila*) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence et un contexte épidémiologique compatible; **ou**
4. détection sérologique par une épreuve de micro-immunofluorescence d'un seul titre d'anticorps contre *Chlamydophila psittaci* (≥ 64 s'il s'agit d'IgM et ≥ 1024 s'il s'agit d'IgG) et un contexte épidémiologique compatible.

Note explicative

- (1) On accepte habituellement comme significative une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps entre les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire à la condition que le titre du sérum prélevé en phase de convalescence soit ≥ 32 .

RAGE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la rage; **ou**
2. détection d'antigènes du virus de la rage dans les tissus par DFA; **ou**
3. détection dans le sérum ou le LCR d'un titre d'anticorps antirabiques neutralisants ≥ 32 chez une personne qui n'a pas d'antécédents de vaccination contre la maladie.

ROUGEOLE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente¹ contre la rougeole :

1. isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole d'un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole²; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rougeole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence³;

ou

Manifestations cliniques suivantes : 1) fièvre $\geq 38,3$ °C; 2) toux ou coryza ou conjonctivite; 3) éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Notes explicatives

- (1) En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié.
- (2) La détection d'IgM chez un cas sporadique qui n'a pas d'antécédents de voyage récent dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole, ne suffit pas à confirmer un cas et elle doit être complétée par l'isolement du virus ou la démonstration d'une élévation du titre des IgG entre les échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence.
- (3) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

RUBÉOLE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente contre la rubéole :

1. isolement du virus de la rubéole d'un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la rubéole entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence¹;

ou

Manifestations cliniques suivantes : 1) fièvre; 2) éruption cutanée maculopapulaire généralisée; 3) arthralgie ou arthrite ou lymphadénopathie ou conjonctivite et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés;

ou

Mère d'un nouveau-né atteint d'un syndrome de rubéole congénitale.

Note explicative

(1) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

RUBÉOLE CONGÉNITALE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la rubéole d'un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole dans le sérum d'un nouveau-né ou d'un nourrisson; **ou**
3. détection sérologique chez un nourrisson d'IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles qui ne peuvent être expliquées par aucune autre cause et absence de résultats d'épreuves de laboratoire².

Notes explicatives

(1) Le cas doit présenter au moins une des anomalies suivantes : cataracte/glaucome congénital, malformation cardiaque, surdité neurosensorielle, rétinite pigmentaire.

S'il ne présente qu'une des anomalies énumérées précédemment et en l'absence de tests de laboratoire énumérés précédemment, le cas devra, pour être retenu à des fins de surveillance, présenter également au moins une des manifestations suivantes : *purpura*, splénomégalie, ictère, microcéphalie, retard mental, méningo-encéphalie, anomalies radiologiques des os, maladies évolutives telles que le diabète ou la panencéphalite progressive et toutes autres anomalies pouvant être causées par le virus de la rubéole.

(2) Un cas avec des manifestations cliniques compatibles ne sera pas retenu si les examens de laboratoire démontrent une absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né ou une absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère ou encore une baisse du titre d'anticorps contre la rubéole, compatible avec la diminution normale des anticorps maternels transférés passivement après la naissance.

SALMONELLOSE

Cas confirmé

Isolement de *Salmonella* (excluant *Salmonella* Typhi ou Paratyphi) d'un échantillon clinique approprié.

SHIGELLOSE

Cas confirmé

Isolement de *Shigella* d'un échantillon clinique approprié.

STREPTOCOQUE (voir infection invasive à streptocoques du groupe A ou à *Streptococcus pneumoniae*)

SIDA¹

Cas confirmé²

Présence des deux conditions suivantes :

1. un test positif à l'égard de l'infection au VIH³ ou une absence de causes désignées de carence immunitaire⁴; **et**
2. au moins une des atteintes révélatrices désignées⁵.

Notes explicatives

- (1) Le sida est à déclaration obligatoire par le médecin si et seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.
- (2) L'application de la définition aux cas pédiatriques ou aux adultes diffère de deux façons. D'abord, les infections bactériennes graves, multiples ou récidivantes et la pneumonie interstitielle lymphoïde ou l'hyperplasie lymphoïde pulmonaire sont acceptées comme étant révélatrices du sida chez les enfants mais pas chez les adultes. Ensuite, les critères de laboratoire relatifs à l'infection au VIH sont plus rigoureux pour un enfant de moins de 15 mois dont on pense que la mère a contracté l'infection au VIH au cours de la période périnatale. En effet, la présence d'anticorps anti-VIH chez l'enfant ne constitue pas en soi une preuve suffisante d'infection au VIH puisque des anticorps maternels acquis passivement peuvent persister jusqu'à 15 mois après la naissance.
- (3) Les tests de laboratoire à l'égard du VIH peuvent être positifs, négatifs ou indéterminés. En présence d'une maladie compatible avec le sida, **un résultat positif** sera défini comme une des quatre situations suivantes :
 - ◇ Isolement du VIH effectué par co-culture sur des lymphocytes du sang périphérique confirmé par un test de détection de l'Ag p24; **ou**
 - ◇ Détection chez un enfant de moins de deux ans de l'ADN proviral (génom viral) du VIH par une technique d'amplification génique appropriée. Actuellement, cette technique n'est pas homologuée à des fins de diagnostic et remplace la co-culture sur lymphocytes pour isolement du VIH pour confirmer une infection chez les enfants de moins de deux ans nés de mères infectées par le VIH; **ou**
 - ◇ Détection de l'Ag p24 confirmée par un test de neutralisation; **ou**
 - ◇ Détection d'anticorps par un test EIA réactif de manière répétée chez un adulte ou un enfant âgé de plus de 2 ans, confirmée par un test supplémentaire tel qu'un Western blot ou un RIPA.

Dans le cas d'un test rapide sur un échantillon de sang capillaire dont le résultat est positif, indéterminé ou invalide, il est obligatoire de prélever un échantillon de sang veineux pour effectuer un test selon les techniques reconnues. Les tests commerciaux pour la mesure de la charge virale ne sont pas des analyses homologuées pour le diagnostic de laboratoire de l'infection par le VIH. Ils ne doivent pas être utilisés seuls pour confirmer une infection.

Un résultat négatif sera défini comme un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) non-réactif, en l'absence d'un résultat réactif ou positif à toute autre épreuve de détection de l'infection à VIH (par exemple : anticorps, antigène, culture).

Un résultat indéterminé (ni positif ni négatif) sera défini comme une des deux situations suivantes :

- ◇ Un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) qui est réactif de façon répétée et qui est suivi d'un résultat négatif ou indéterminé à un test complémentaire (par exemple : immunotransfert, immunofluorescence) sans positivité d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test à l'égard de l'antigène p24 ou d'un test à l'égard de l'ADN pro-viral; **ou**

- ◇ Un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) qui est réactif de façon répétée chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale, en l'absence de signes supplémentaires d'anomalies immunologiques décrites précédemment et de résultat positif d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test Ag p24 ou d'un test à l'égard de l'ADN pro-viral (même en présence d'un résultat positif à une épreuve complémentaire).
- (4) En l'absence de signes biologiques d'infection au VIH (les tests de laboratoire à l'égard du VIH n'ont pas été pratiqués) ou en présence de signes négatifs d'infection au VIH, les causes de carence immunitaire suivantes devront être exclues pour pouvoir confirmer un cas :
- ◇ Corticothérapie générale à fortes doses ou à long terme, ou tout autre traitement immunosuppresseur ou cytotoxique au cours des trois mois précédant le début de la maladie révélatrice;
 - ◇ L'une ou l'autre des atteintes qui suivent, lorsque le diagnostic est posé dans les trois mois suivant celui de la maladie révélatrice - maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien (autre que le lymphome cérébral primitif), leucémie lymphocytaire, myélome multiple, tout autre cancer du tissu lymphoréticulaire ou histiocytaire, ou lymphadénopathie angio-immunoblastique;
 - ◇ Syndrome d'immunodéficience congénitale ou syndrome d'immunodéficience acquise non typique de l'infection au VIH, par exemple avec hypogammaglobulinémie.
- (5) Le sida est défini comme étant une maladie caractérisée par une des atteintes révélatrices énumérées ci-après en fonction des signes biologiques d'infection au VIH. Les signes biologiques d'infection au VIH peuvent être **absents, indéterminés, positifs ou négatifs**.

Si les signes biologiques d'infection au VIH sont **absents** (les tests de laboratoire à l'égard du VIH n'ont pas été pratiqués ou se sont révélés **indéterminés** [voir note³]) et que la carence immunitaire du malade ne s'explique par aucune des causes énumérées à la note⁴, toute atteinte suivante est révélatrice du sida si elle a été diagnostiquée par une méthode formelle, (voir note⁶) :

- ◇ Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons;
- ◇ Cryptococcose extrapulmonaire;
- ◇ Cryptosporidiose avec diarrhée persistant plus d'un mois;
- ◇ Cytomégalovirose touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques, chez un sujet de plus d'un mois;
- ◇ Infection herpétique déterminant un ulcère mucocutané persistant pendant plus d'un mois, ou bronchite, pneumonite ou œsophagite de quelque durée que ce soit, chez un sujet de plus d'un mois;
- ◇ Sarcome de Kaposi chez un sujet de moins de 60 ans;
- ◇ Lymphome cérébral (primitif) chez un sujet de moins de 60 ans;
- ◇ Pneumonie interstitielle lymphoïde et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire (PIL/HLP) chez un enfant de moins de 13 ans;
- ◇ Maladie à complexe *Mycobacterium avium* ou à *Mycobacterium kansasii* déterminant une infection diffuse (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
- ◇ Pneumonie à *Pneumocystis carinii*;
- ◇ Leuco-encéphalopathie multifocale progressive;
- ◇ Toxoplasmose du cerveau, chez un patient de plus d'un mois.

Que la carence immunitaire s'explique ou non par les autres causes énumérées à la note⁴ précédente, si les signes biologiques d'infection au VIH sont **positifs** (voir note³), les atteintes décrites au paragraphe précédent et les atteintes suivantes si elles ont été diagnostiquées par une méthode formelle (voir note⁶) sont révélatrices du sida :

- ◇ Formes suivantes d'infections bactériennes multiples ou récidivantes (toute combinaison d'au moins deux conditions au cours d'une période de deux ans) chez un enfant de moins de 13 ans : septicémie, pneumonie, méningite, infection osseuse ou articulaire, ou abcès d'un organe interne ou d'une cavité du corps (à l'exclusion de l'otite moyenne ou d'abcès cutanés ou muqueux superficiels), attribuables à *Hæmophilus*, *Streptococcus* (notamment le pneumocoque) ou à une autre bactérie pyrogène;
- ◇ Coccidioïdomycose généralisée (site autre que les poumons ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
- ◇ Encéphalopathie au VIH (aussi appelée démence au VIH, démence du sida ou encéphalite subaiguë au VIH et décrite à la note⁶);
- ◇ Histoplasmose généralisée (site autre que les poumons ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
- ◇ Coccidiose, avec diarrhée persistant plus d'un mois;
- ◇ Sarcome de Kaposi, à tout âge;
- ◇ Lymphome cérébral (primitif), à tout âge;
- ◇ Autre lymphome non hodgkinien à cellules B ou de phénotype immunologique inconnu, et les types histologiques suivants :
 - Lymphome à petites cellules à noyau non encoché (burkittien ou non);

- Sarcome immunoblastique (équivalent à l'une ou l'autre des atteintes qui suivent, mais pas nécessairement en combinaison - lymphome immunoblastique, lymphome à grandes cellules, lymphome indifférencié diffus ou lymphome sévère);

N.B. : Les lymphomes ne sont pas inclus ici s'ils sont à cellules T quant au phénotype immunologique, ou si leur type histologique n'est pas décrit ou s'il est décrit comme étant « lymphocytaire », « lymphoblastique », « à petites cellules à noyau encoché » ou « lymphocytaire plasmocytoïde »;

- ◇ Toute mycobactériose attribuable à une mycobactérie autre que *Mycobacterium tuberculosis*, généralisée (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
- ◇ Tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire;
- ◇ Pneumonie bactérienne récurrente;
- ◇ Septicémie à salmonelle non typhoïdienne récidivante;
- ◇ Syndrome d'émaciation au VIH (voir la description à la note⁶);
- ◇ Cancer invasif du col utérin.

De plus, que la carence immunitaire s'explique ou non par les autres causes énumérées à la note⁴, si les signes biologiques d'infection au VIH sont positifs (voir note³), les atteintes suivantes si elles ont été diagnostiquées par une méthode présomptive (voir note⁶) sont révélatrices du sida :

- ◇ Candidose de l'œsophage;
- ◇ Rétinite à cytomégalovirus, avec perte de vision;
- ◇ Sarcome de Kaposi;
- ◇ PIL/HLP chez un enfant de moins de 13 ans;
- ◇ Mycobactériose (BAAR d'espèce non identifiée par culture) généralisée (touchant au moins un site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
- ◇ Pneumonie à *Pneumocystis carinii*;
- ◇ Toxoplasmose du cerveau chez un sujet âgé de plus d'un mois.

La présence de résultats de laboratoire **négatifs** à l'égard de l'infection au VIH (voir note³) exclut un diagnostic de sida aux fins de la surveillance sauf si toutes les autres causes de carence immunitaire énumérées à la note⁴ ont été exclues et si le sujet a présenté une des deux conditions suivantes :

- 1) une pneumonie à *Pneumocystis carinii* diagnostiquée par une méthode formelle⁶; **ou**
 - 2) une numération des lymphocytes T auxiliaires/inducteurs (CD4) < 400/mm³ et une des atteintes suivantes diagnostiquées par une méthode formelle (voir note⁶) :
 - ◇ Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons;
 - ◇ Cryptococcose extrapulmonaire;
 - ◇ Cryptosporidiose avec diarrhée persistant plus d'un mois;
 - ◇ Cytomégalovirose touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques, chez un sujet de plus d'un mois;
 - ◇ Infection herpétique déterminant un ulcère mucocutané persistant pendant plus d'un mois, ou bronchite, pneumonite ou œsophagite de quelque durée que ce soit, chez un sujet de plus d'un mois;
 - ◇ Sarcome de Kaposi chez un sujet de moins de 60 ans;
 - ◇ Lymphome cérébral (primitif) chez un sujet de moins de 60 ans;
 - ◇ PIL/HLP chez un enfant de moins de 13 ans;
 - ◇ Maladie à complexe *Mycobacterium avium* ou à *Mycobacterium kansasii* déterminant une infection diffuse (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires; ou site additionnel à ces localisations);
 - ◇ Pneumonie à *Pneumocystis carinii*;
 - ◇ Leuco-encéphalopathie multifocale progressive;
 - ◇ Toxoplasmose du cerveau, chez un patient de plus d'un mois.
- (6) Étant donné la gravité des atteintes révélatrices du sida, il importe généralement de les diagnostiquer de façon formelle, surtout lorsque la thérapie qui serait appliquée peut entraîner des effets indésirables graves ou qu'un diagnostic formel est indispensable à l'admissibilité à un traitement antirétroviral. Dans certains cas, l'état du malade empêchera toutefois la pratique de tests formels. Dans d'autres cas, la pratique clinique acceptée peut être le diagnostic présomptif basé sur la présence d'altérations cliniques et biologiques caractéristiques. La présente note explicative propose des directives en matière de diagnostic formel et présomptif des atteintes révélatrices du sida.

ATTEINTES RÉVÉLATRICES	MÉTHODES DIAGNOSTIQUES FORMELLES
<p>Cryptosporidiose Cytomégalovirus Cancer invasif du col utérin Coccidiose Sarcome de Kaposi Lymphome PIL/HLP Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> Leuco-encéphalopathie multifocale progressive Toxoplasmose</p>	<p>Microscopie (histologie ou cytologie)</p>
<p>Candidose</p>	<p>Examen grossier soit par endoscopie ou autopsie, soit par microscopie (histologie ou cytologie) d'un échantillon prélevé directement des tissus affectés (notamment grattage de la surface muqueuse) et non d'une culture.</p>
<p>Coccidioïdomycose Cryptococcose Virus de l'herpes simplex Histoplasmose</p>	<p>Microscopie (histologie ou cytologie), culture, ou détection de l'antigène dans un échantillon prélevé directement des tissus affectés ou dans un liquide provenant de ces tissus.</p>
<p>Tuberculose pulmonaire ou autre Autre mycobactériose Autre infection bactérienne Salmonellose</p>	<p>Culture</p>
<p>Encéphalopathie à VIH (N.B. : les méthodes diagnostiques mentionnées ici ne sont pas vraiment catégoriques mais sont assez précises à des fins de surveillance)</p>	<p>Résultats cliniques démontrant un dérèglement invalidant cognitif et/ou moteur qui nuit au travail ou aux activités quotidiennes ou régression d'un enfant sur le plan du développement comportemental, évoluant sur une période allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, en l'absence de tout état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer les manifestations. Les méthodes visant à écarter la possibilité d'atteintes ou d'états concomitants de ce type doivent inclure un examen du LCR ainsi qu'une tomographie par ordinateur ou résonance magnétique du cerveau ou l'autopsie.</p>
<p>Syndrome d'émaciation au VIH (N.B. : les méthodes diagnostiques mentionnées ici ne sont pas vraiment catégoriques mais sont assez précises à des fins de surveillance)</p>	<p>Observation d'une perte pondérale marquée et involontaire ≥ 10 % du poids corporel initial, accompagnée soit de diarrhée chronique (≥ 2 selles molles par jour pendant plus de 30 jours), soit de faiblesse chronique et de fièvre documentée (pendant 30 jours ou plus, de façon intermittente ou constante), sans atteinte ou état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer ces manifestations (ex. : cancer, tuberculose, cryptosporidiose ou autre entérite spécifique).</p>
<p>Candidose œsophagienne</p>	<p>Présence des deux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installation récente de douleurs rétrosternales lors de la déglutition; et - Candidose buccale diagnostiquée par l'observation macroscopique de plaques ou placards blancs sur un fond érythémateux ou par l'observation microscopique de filaments mycéliens fongiques dans un échantillon non cultivé prélevé par grattage de la muqueuse buccale.
<p>Pneumonie bactérienne récurrente</p>	<p>Pneumonie aiguë (nouvelle preuve radiologique non présente auparavant) et récurrente (plus d'un épisode en 1 an), diagnostiquée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une culture (ou une autre méthode diagnostique spécifique) réalisée à partir d'un échantillon fiable, d'un agent pathogène qui cause habituellement une pneumonie (autre que <i>Pneumocystis carinii</i> ou <i>Mycobacterium tuberculosis</i>); et - Une preuve radiologique de pneumonie. On considère qu'il s'agit d'un diagnostic présomptif dans les cas où l'on n'aura pas obtenu de confirmation par un laboratoire d'un agent causal pour l'un des épisodes de pneumonie.

ATTEINTES RÉVÉLATRICES**MÉTHODES DIAGNOSTIQUES FORMELLES**

Rétinite à cytomégalovirus	Aspect caractéristique noté à l'ophtalmoscopie en série (ex. : points discrets de décoloration rétinienne bien délimités, s'étendant de façon centrifuge sur le trajet des vaisseaux et évoluant sur plusieurs mois, souvent en association avec une vasculite, une hémorragie et une nécrose de la rétine). La résolution laisse des cicatrices sur la rétine et une atrophie avec tacheture sur l'épithélium pigmentaire de la rétine.
Mycobactériose	Microscopie d'un échantillon de selles, de sites normalement stériles ou de tissu prélevé d'un site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires, montrant la présence de BAAR d'une espèce non identifiée par culture.
Sarcome de Kaposi	Apparition caractéristique et macroscopique de lésions érythémateuses ou violacées se présentant comme des placards sur la peau ou la membrane muqueuse. (N.B. : Un diagnostic présomptif de sarcome de Kaposi ne doit pas être posé par un médecin qui n'a observé que quelques cas).
PIL/HLP	Radiographie pulmonaire montrant des images bilatérales d'infiltrats interstitiels réticulonodulaires pendant 2 mois ou plus, sans identification d'agent pathogène ni réponse à l'antibiothérapie.
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	Présence des quatre conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de dyspnée à l'effort ou de toux improductive d'installation récente (au cours des 3 derniers mois); et - Radiographie pulmonaire montrant des images diffuses et bilatérales d'infiltrats interstitiels ou tomographie au gallium révélant une atteinte pulmonaire bilatérale et diffuse; et - Mesure des gaz artériels révélant une pO₂ < 70 mm ou faible capacité de diffusion respiratoire (< à 80 % des valeurs prévues) ou élévation du gradient de tension de l'oxygène alvéolo-artériel; et - Absence de signe de pneumonie bactérienne.
Tuberculose pulmonaire	En l'absence de preuves bactériologiques, les cas doivent répondre aux critères de la définition de cas probable de tuberculose figurant au présent document.
Pneumonie bactérienne récurrente	Pneumonie aiguë (nouveaux signes ou nouveaux symptômes ou preuves radiologiques qui étaient absentes auparavant) et récurrente (plus d'un épisode en un an), diagnostiquée sur la foi de données cliniques ou radiologiques par le médecin du patient.
Toxoplasmose cérébrale	Présence des trois conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Installation récente d'un trouble neurologique en foyer, compatible avec une atteinte intra-crânienne, ou conscience diminuée; et - Tomographie du cerveau montrant une lésion qui a un effet de masse (tomographie de reconstruction ou par résonance magnétique nucléaire), ou dont la visualisation radiographique est rehaussée par injection d'un opacifiant; et - Présence d'anticorps sériques contre la toxoplasmose ou présence de l'ADN génomique de <i>Toxoplasma gondii</i> dans le LCR ou bonne réponse au traitement de la toxoplasmose.

SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)**Cas confirmé**

Présence des trois conditions suivantes :

1. signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou difficulté à respirer); **et**

2. signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire (SDR); **et**
3. preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)¹.

ou

Dans le cas d'un décès, présence des trois conditions suivantes :

1. histoire de symptômes respiratoires précoces du SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou difficulté à respirer) résultant en un décès; **et**
2. résultats d'autopsie correspondant au SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée); **et**
3. preuve en laboratoire d'infection au coronavirus associé au SRAS (CoV-SRAS)¹.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

1. signes cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou difficulté à respirer); **et**
2. signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au SDR; **et**
3. lien épidémiologique avec une personne² ou un endroit³ associé au SRAS.

ou

Dans le cas d'un décès, présence des trois conditions suivantes :

1. histoire compatible avec un SRAS (fièvre de plus de 38 °C **et** toux ou respiration laborieuse) conduisant au décès; **et**
2. résultats d'autopsie compatibles avec le SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée); **et**
3. lien épidémiologique avec une personne² ou un lieu³ associé au SRAS.

Notes explicatives

(1) Les résultats de laboratoire suivants confirment l'infection par le coronavirus associé au SRAS :

- ◇ Isolement sur culture cellulaire d'un coronavirus associé au SRAS confirmé par la détection d'acides nucléiques à l'aide d'une technique d'amplification génique appropriée ; **ou**
- ◇ Détection par EIA ou par IFA d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- ◇ Détection par EIA ou par IFA d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS dans un sérum prélevé en phase de convalescence alors que la recherche d'anticorps dans le sérum prélevé en phase aiguë s'était révélée négative.

(2) Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : avoir eu un contact étroit avec un cas confirmé de SRAS ou avec une personne symptomatique présentant des résultats de laboratoire témoignant d'une infection au CoV-SRAS dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes. Un contact étroit signifie s'être occupé, avoir vécu ou avoir été en contact face-à-face (moins d'un mètre) ou avoir eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires ou des liquides corporels d'une personne atteinte du SRAS.

(3) Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : résidence, visite ou voyage récent dans une région de transmission locale récente⁴ au cours des dix jours précédant l'apparition des symptômes ou contact étroit (incluant des

prestataires de soins de santé) avec un cas probable qui est allé dans une région de transmission locale récente au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.

- (4) On peut obtenir la liste des régions de transmission locale récente⁴ en consultant le site de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/sars-sras/srascasedef_f.html ou celui de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/csr/SRAS/areas/en/>.

SYPHILIS¹

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP);

ou

Détection dans un prélèvement provenant d'un chancre par une technique d'amplification génique appropriée d'acides nucléiques de *Treponema pallidum*;

ou

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne sans antécédent de syphilis;

ou

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au test non tréponémique précédent chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant de lésions cutanéomuqueuses ou de condylome plat par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP);

ou

Présence des deux conditions suivantes :

1. lésions cutanéomuqueuses typiques (alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), iritis, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; **et**
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre) par rapport au précédent test non tréponémique.

SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

1. absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
2. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autre) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus); **et**
3. une des trois situations suivantes au cours des douze derniers mois :
 - ◇ un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur lors d'un test non tréponémique effectué antérieurement; **ou**
 - ◇ symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire sans traitement subséquent; **ou**
 - ◇ contact sexuel avec une personne atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce sans antécédent de traitement.

SYPHILIS LATENTE TARDIVE

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre); **et**
2. absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
3. aucun traitement antérieur pour la syphilis; **et**
4. absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des douze derniers mois (telles que décrites au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).

NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre) chez une personne qui présente une des trois conditions suivantes :

1. un VDRL utilisant une méthode spécifique validée réactif sur un LCR non sanguinolent; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex. : syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes; **ou**

3. manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex. : syphilis méningo-vasculaire, parésie généralisée ou *tabes dorsalis*) et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes.

SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre) chez une personne qui présente les deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; **et**
2. absence de manifestations cliniques ou d'épreuves de laboratoire compatibles avec une neurosyphilis.

SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé

Observation chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né de *Treponema pallidum* dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie par un examen microscopique sur fond noir ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP).

ou

Présence chez un nouveau-né ou un nourrisson des trois conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autre) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) faite à partir de sang veineux (et non de sang du cordon ombilical); **et**
2. manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; **et**
3. absence de traitement adéquat chez la mère.

SYPHILIS SANS PRÉCISION

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

1. détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autre); **et**
2. renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classifier le stade clinique du cas tel que défini précédemment.

Note explicative

- (1) En plus des résultats positifs d'observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique, les laboratoires doivent déclarer aux directions de santé publique les résultats de laboratoires suivants :
- ◇ Tous les résultats positifs de tests non tréponémiques sur un sérum (VDRL, RPR, TRUST ou autre), peu importe le titre, confirmés par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus). La déclaration doit inclure la dilution du résultat (1/1, 1/2, 1/4, 1/8, etc.).
 - ◇ Même en présence d'une épreuve non tréponémique négative, tous les résultats positifs d'épreuves tréponémiques (TP-A, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA ou autres tests reconnus), lorsque les informations disponibles telles que les données cliniques inscrites sur la requête suggèrent une acquisition récente de la syphilis.
 - ◇ Tous les résultats positifs d'un VDRL utilisant une procédure spécifique validée pour le diagnostic de la neurosyphilis sur un spécimen de LCR (cette épreuve spécifique doit habituellement être effectuée par un laboratoire de référence).

Les cas ayant déjà été déclarés et qui présenteraient un profil de résultats de tests non tréponémiques ou tréponémiques pouvant suggérer l'acquisition d'une nouvelle infection doivent faire l'objet d'une nouvelle déclaration.

TÉTANOS

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. isolement de *Clostridium tetani* ou détection de sa toxine dans un spécimen clinique approprié; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles incluant de l'hypertonie aiguë ou des contractions musculaires douloureuses¹ et des spasmes musculaires généralisés et aucune autre cause médicale apparente.

Note explicative

- (1) Les contractions musculaires douloureuses touchent habituellement les muscles de la mâchoire et du cou.

TOXI-INFECTIION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE

Présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes, et lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau (source commune), avec ou sans identification d'un agent pathogène.

TRICHINOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. identification de *Trichinella* sur une biopsie de tissu musculaire; **ou**
2. détection à l'aide d'une technique EIA d'anticorps spécifiques contre *Trichinella* sur deux sérums consécutifs prélevés à trois ou quatre semaines d'intervalle.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles chez un individu ayant consommé une viande incriminée dans un contexte d'éclosion où au moins un cas a été confirmé.

TUBERCULOSE

Cas confirmé¹

Isolement ou détection par une technique d'amplification génique, d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG) ou *Mycobacterium africanum*.

Cas probable

En l'absence d'identification microbienne précise, présence d'au moins une des trois conditions suivantes :

1. présence de symptômes et signes compatibles avec une tuberculose évolutive; **ou**
2. radiographie(s) pulmonaire(s) suggestive(s) de tuberculose évolutive; **ou**
3. examen pathologique de tissus provenant de biopsie ou d'autopsie suggestif de tuberculose.

ET

Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic a été posé en post-mortem).

Note explicative

- (1) On qualifiera un épisode comme « nouveau cas » si une personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été déclaré au Registre central des mados et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.

On qualifiera un épisode comme « récurrence » en présence d'une personne qui raconte une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Pour inscrire un nouvel épisode en tant que récurrence, la personne devrait avoir pris un traitement antituberculeux et; 1) avoir été asymptomatique pendant six mois après la fin du traitement ou; 2) ne pas avoir eu de suivi médical pour une période de 12 mois et plus. Un nouvel épisode ne devrait jamais être créé à l'intérieur d'une période de 12 mois suivant un épisode antérieur (sauf si la présence de deux souches différentes a été confirmée par RFLP).

TULARÉMIE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

1. isolement de *Francisella tularensis*; **ou**
2. détection d'antigènes de *Francisella tularensis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Francisella tularensis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et détection par une épreuve d'agglutination standard d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Francisella tularensis* ≥ 160 .

TYPHOÏDE (voir fièvre typhoïde)

TYPHUS

TYPHUS ÉPIDÉMIQUE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre *Rickettsia prowazekii* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

TYPHUS MURIN

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre *Rickettsia typhi* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

TYPHUS DES BROUSSAILLES

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre *Orientia tsutsugamushi* (auparavant *Rickettsia tsutsugamushi*) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

VARIOLE

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles avec confirmation du cas par isolement ou détection du virus par des méthodes appropriées.

***YERSINIA ENTEROCOLITICA* (voir gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*)**

3. MALADIES D'INTÉRÊT QUI NE SONT PAS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

ÉCLOSION¹

Au moins deux cas de la même maladie ou au moins deux personnes présentant des symptômes similaires ou souffrant du même syndrome avec une des deux conditions suivantes :

1. un lien épidémiologique, i.e. des caractéristiques de temps, de lieu et/ou de personne en commun; **ou**
2. une ou des mêmes expositions.

Note explicative

- (1) Cette définition se base sur le plus petit commun dénominateur permettant d'identifier une situation d'éclosion. Elle permet une sensibilité suffisante pour déceler d'éventuels phénomènes émergents. Aux fins de surveillance, il appartient aux investigateurs de juger de la pertinence de déclarer ou non une éclosion, selon cette définition, lorsqu'il s'agit de maladie courante et bénigne, touchant un faible nombre d'individus et ayant peu d'impact de santé publique (ex. : pédiculose, scarlatine, toxi-infection alimentaire familiale, varicelle, etc.). L'exhaustivité des signalements permet néanmoins le décompte des événements et demeure souhaitable.

EHRlichIOSE¹

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des cinq conditions suivantes :

1. isolement d'une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection d'acides nucléiques par une technique d'amplification génique appropriée d'une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma*; **ou**
3. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma* par IFA entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
4. identification d'agrégats bactériens intracytoplasmiques (morula) dans les leucocytes et détection par IFA d'anticorps dirigés contre une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma*; **ou**
5. détection par immunomarquage d'antigènes d'une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma* dans du matériel de biopsie ou d'autopsie.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et une des deux conditions suivantes :

1. identification d'agrégats bactériens intracytoplasmiques (morula) dans les leucocytes ; **ou**
2. détection par IFA d'anticorps dirigés contre une espèce d'*Ehrlichia* ou d'*Anaplasma*.

Note explicative

- (1) Trois catégories d'ehrlichiose humaine sont présentement reconnues : 1) l'ehrlichiose monocytotrope humaine causée par *Ehrlichia chaffeensis*; 2) l'ehrlichiose granulocytotrope humaine causée par *Anaplasma phagocytophilum* et 3) l'ehrlichiose humaine causée par une espèce non spécifiée (ce qui inclut les cas dont l'agent causal ne peut être identifié par les techniques de laboratoire disponibles et les cas causés par une nouvelle espèce d'*Ehrlichia* comme *Ehrlichia ewingii*).

INFLUENZA

Cas confirmé

Manifestations cliniques¹ compatibles et présence d'une des trois conditions suivantes :

1. isolement du virus de la grippe dans un spécimen clinique approprié; **ou**
2. détection de l'antigène du virus de la grippe dans un spécimen clinique approprié; **ou**
3. lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire susmentionnés.

Note explicative

- (1) L'influenza est définie comme une maladie respiratoire aiguë accompagnée de fièvre et de toux et d'au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgie ou prostration. Dans les établissements de soins de longue durée, les personnes touchées présentent souvent une fièvre ou un état fébrile avec frissons mais ces symptômes peuvent être discrets chez les personnes âgées. Chez les enfants, l'influenza peut s'accompagner de nausées, de vomissements ou de diarrhée. Chez les très jeunes enfants, la fièvre peut être discrète.

VARICELLE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente¹ contre la varicelle :

1. isolement du virus de la varicelle dans un échantillon clinique approprié; **ou**
2. détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus de la varicelle entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence².

ou

Personne qui répond à la définition de cas probable et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés précédemment ou avec un autre cas probable.

Cas probable

Présence d'une éruption cutanée caractérisée par la présence de papules, de vésicules et de lésions croûtées sans autre cause apparente.

Notes explicatives

- (1) En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié.
- (2) L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centers for Disease Control and Prevention. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*, MMWR 1997; 46(RR10), 57 p.
[En ligne] [cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00047449.htm].
2. CHIN, James, *Control of Communicable Diseases Manual*, 17^e éd., American Public Health Association, Washington, 2000, 624 p.
3. Comité consultatif de l'épidémiologie et Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses (Santé Canada). *Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale*, Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2000, 26S3, 122 p.
[En ligne] [hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html].
4. MANDELL, G.L., Bennett J.E., et Dolin R, *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5^e éd., Churchill Livingstone, Philadelphia, 2000.
5. MURRAY, P.R., et autres, *Manual of Clinical Microbiology*, 8^e éd., American Society for Microbiology, Washington, 2003.
6. Organisation Mondiale de la Santé. *WHO Recommended Surveillance Standards*, 1997, 138 p.
[En ligne] [who.int/emc-documents/surveillance/docs/whoemcdis971F.pdf].
7. PICKERING, L.K., *Red Book : 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 26^e éd., American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003, 927 p.
8. REMIS R.S., *Lignes directrices concernant la surveillance du sida au Canada*, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa, 1995.

ANNEXES

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- Botulisme
 - Choléra
 - Fièvre jaune
 - Fièvres hémorragiques virales *
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lhassa)
 - Maladie du charbon (Anthrax)
 - Peste
 - Variole
-

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- Amiantose
- Angiosarcome du foie
- Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)
- Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
 - Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
 - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Champignons (ex. : amanites, clitocybes)
 - Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
 - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés organiques volatiles (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
 - Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale)
- Babésiose *
- Béryllose
- Brucellose *
- Byssinose
- Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Chancre mou
- Coqueluche
- Diphtérie
- Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
- Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
- Encéphalite virale transmise par arthropodes * (ex. : VNO, dengue)
- Fièvre Q *
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
- Granulome inguinal
- Hépatites virales * (ex. : VHA, VHB, VHC)
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à Hantavirus
- Infection à Plasmodium (malaria) *
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Escherichia coli*
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)
- Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *
- Infection par le virus du Nil occidental *
- Légionellose
- Lèpre
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas *
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes *
- Maladie de Lyme *
- Mésothéliome
- Oreillons
- Paralyse flasque aiguë
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage *
- Rougeole
- Rubéole
- Rubéole congénitale
- Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *
- Silicose
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis *
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire et hydrique
- Trichinose
- Tuberculose *
- Tularémie
- Typhus

NOTE : Pour les MADO identifiées par un astérisque (*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s) et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

Selon l'article 93 de la Loi sur la santé publique, le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population (autre que les MADO) doit en aviser le directeur de santé publique de son territoire.

À L'USAGE DU LABORATOIRE

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie	Date de naissance Année Mois Jour		
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Identification de la MADO			
Nom de la MADO			
Site(s) du prélèvement			
Type de prélèvement	Date du prélèvement Année Mois Jour		

Analyse(s) effectuée(s)	Résultat(s) de laboratoire

Nom du demandeur	
Professionnel qui demande le test	N° de permis

Nom du laboratoire ou département (en lettres moulées)	
Nom de la personne qui signe la déclaration	Ind. rég.
N° de téléphone	
Adresse (N°, rue)	Municipalité
Code postal	

Année	Mois	Jour
Date		

Signature du déclarant

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : www.msss.gouv.qc.ca

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- Botulisme
 - Choléra
 - Fièvre jaune
 - Fièvres hémorragiques virales *
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lhassa)
 - Maladie du charbon (Anthrax)
 - Peste
 - Variole
-

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- Amibiase
- Babésiose
- Brucellose
- Chancre mou
- Coqueluche
- Cryptosporidiose
- Cyclosporose
- Diphtérie
- Encéphalite virale transmise
par arthropodes (VNO, dengue)
- Fièvre Q
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite à *Yersinia
enterocolitica*
- Giardiase
- Granulome inguinal
- Hépatites virales
- Infection à *Campylobacter*
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à *Escherichia coli*
producteur de vérocytotoxine
- Infection à Hantavirus
- Infection à HTLV type I ou II
- Infection à Plasmodium
- Infection au *Staphylococcus aureus*
résistant à la vancomycine
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Escherichia coli*
- Infection invasive à *Hæmophilus
influenzæ*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques
du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus
pneumoniæ*
- Infection par le virus du Nil occidental
- Intoxication par des substances
chimiques toxiques faisant partie des
classes suivantes, lorsque les résultats
de mesures d'indicateur biologique
obtenus indiquent une valeur anormale-
ment élevée qui dépasse les seuils
reconnus en santé publique :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique,
alcool méthylique)
 - Cétones
(ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Esters
(ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Gaz et asphyxiants
(ex. : monoxyde de carbone,
hydrogène sulfuré, acétylène)
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés
organiques volatiles (ex. : aliphatique,
aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes
(ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides
(ex. : insecticides organophosphorés
et carbamates)
- Légionellose
- Lèpre
- Leptospirose
- Listériose
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas
- Maladie de Lyme
- Oreillons
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage
- Rougeole
- Rubéole
- Salmonellose
- Shigellose
- Syndrome respiratoire aigu sévère
(SRAS)
- Syphilis
- Tétanos
- Trichinose
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus

Santé
et Services sociaux

Québec 

www.msss.gouv.qc.ca

04-268-01