

**SURVEILLANCE DES MALADIES  
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE  
AU QUÉBEC**

**DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES**

# DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES, 3<sup>e</sup> édition

## Responsable du Groupe de travail sur les définitions nosologiques

Docteur Horacio Arruda

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale de la santé publique

1075, chemin Sainte-Foy, 2<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Tél.: (418) 266-6720

Fax : (418) 226-6708

Courriel : horacio.arruda@ssss.gouv.qc.ca

## Membres du Groupe de travail sur les définitions nosologiques

Docteur Monique Douville-Fradet

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale de la santé publique

1075, chemin Sainte-Foy, 2<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Tél.: (418) 266-6737

Fax : (418) 226-6708

Courriel : monique.fradet@msss.gouv.qc.ca

Docteur Jean-Luc Grenier

Direction de la santé publique des Laurentides

185, rue Durand

Saint-Jérôme (Québec) J7Z 2V4

Tél.: (450) 436-8622, poste 2288

Fax : (450) 436-1761

Courriel : jean-luc\_grenier@ssss.gouv.qc.ca

Madame Louise Ringuette

Laboratoire de santé publique du Québec

20045, chemin Sainte-Marie

Sainte-Anne de Bellevue (Québec) H9X 3R5

Tél.: (514) 457-2070

Fax : (514) 457-6346

Courriel : lringuet@lspq.org

Docteur Paul Rivest

Responsable du groupe de travail

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Tél.: (514) 528-2400 poste 3678

Fax : (514) 528-2452

Courriel : privest@santepub-mtl.qc.ca

Docteur Bruno Turmel

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Tél.: (514) 528-2400, poste 3618

Fax : (514) 528-2452

Courriel: bturmel@santepub-mtl.qc.ca

## **REMERCIEMENTS**

Les membres du Groupe de travail sur les définitions nosologiques tiennent à remercier tous les médecins, infirmières et professionnels des directions de la santé publique, du Laboratoire de santé publique du Québec et des centres hospitaliers qui ont lu et critiqué le présent recueil de définitions nosologiques et qui leur ont fait part de leurs précieux commentaires. Leur générosité a rendu possible la révision et la mise à jour de ce document.

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES ACRONYMES ET SIGLES.....	8
VIIH VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE.....	8
INTRODUCTION.....	9
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION DE 1991.....	12
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION DE 1997.....	13
NOTES GÉNÉRALES.....	15
AMIBIASE.....	16
BOTULISME.....	17
BOTULISME ALIMENTAIRE.....	17
BOTULISME D'INOCULATION.....	18
BOTULISME INFANTILE.....	18
BRUCELLOSE.....	19
<i>CAMPYLOBACTER</i> (VOIR INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i> ).....	20
CHANCRE MOU.....	20
CHARBON.....	21
CHLAMYDIA (VOIR INFECTION À <i>CHLAMYDIA</i> ).....	22
CHOLÉRA.....	23
COQUELUCHE.....	24
DIARRHÉE ÉPIDÉMIQUE.....	25
DIPHTÉRIE.....	26
ENCÉPHALITES À VIRUS TRANSMIS PAR LES ARTHROPODES.....	27
(ENCÉPHALITES À ARBOVIRUS).....	27
ENTÉRITE À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PATHOGÈNE.....	29
FIÈVRE DE LASSA.....	30
FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AFRICAINE (FIÈVRE EBOLA).....	31
FIÈVRE JAUNE.....	32
FIÈVRE PARATYPHOÏDE.....	34

<b>FIÈVRE Q</b> .....	<b>35</b>
<b>FIÈVRE TYPHOÏDE</b> .....	<b>36</b>
<b>GASTRO-ENTÉRITE À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i></b> .....	<b>37</b>
<b>GIARDIASE</b> .....	<b>38</b>
<b>GONORRHÉE (VOIR INFECTION GONOCOCCIQUE)</b> .....	<b>39</b>
<b>GRANULOME INGUINAL</b> .....	<b>40</b>
<b><i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> (VOIR INFECTION À <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i>)</b> .....	<b>41</b>
<b>HÉPATITE A</b> .....	<b>42</b>
<b>HÉPATITE B</b> .....	<b>43</b>
HÉPATITE B AIGUË.....	43
HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE.....	45
HÉPATITE B NON PRÉCISÉE .....	46
<b>HÉPATITE C</b> .....	<b>47</b>
HÉPATITE C AIGUË.....	47
HÉPATITE C NON PRÉCISÉE .....	49
<b>HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION</b> .....	<b>50</b>
<b>HERPÈS NÉONATAL</b> .....	<b>51</b>
<b>INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i></b> .....	<b>52</b>
<b>INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i></b> .....	<b>53</b>
<b>INFECTION À <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B</b> .....	<b>54</b>
<b>INFECTION À MÉNINGOCOQUE</b> .....	<b>55</b>
<b>INFECTIONS INVASIVES GRAVES À STREPTOCOQUE</b> .....	<b>56</b>
INFECTION INVASIVE GRAVE À STREPTOCOQUE $\beta$ -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A.....	56
INFECTION INVASIVE GRAVE À STREPTOCOQUE $\beta$ -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE B .....	57
INFECTION INVASIVE GRAVE À PNEUMOCOQUE .....	58
<b>INFECTIONS GONOCOCCIQUES</b> .....	<b>59</b>
INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE.....	59
INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL.....	60
INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE.....	60
<b>LÉGIONELLOSE</b> .....	<b>61</b>
<b>LÈPRE</b> .....	<b>62</b>
<b>LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE</b> .....	<b>63</b>
<b>MALADIE DE MARBURG</b> .....	<b>64</b>
<b>MÉNINGITE À ENTÉROVIRUS</b> .....	<b>65</b>
<b>MÉNINGOCOQUE (VOIR INFECTION À MÉNINGOCOQUE)</b> .....	<b>66</b>

<b>OREILLONS</b> .....	<b>67</b>
<b>PALUDISME</b> .....	<b>68</b>
<b>PARATYPHOÏDE (VOIR FIÈVRE PARATYPHOÏDE)</b> .....	<b>69</b>
<b>PESTE</b> .....	<b>70</b>
<b>POLIOMYÉLITE</b> .....	<b>71</b>
<b>PSITTACOSE</b> .....	<b>72</b>
<b>RAGE</b> .....	<b>73</b>
<b>ROUGEOLE</b> .....	<b>74</b>
<b>RUBÉOLE</b> .....	<b>75</b>
<b>RUBÉOLE CONGÉNITALE</b> .....	<b>76</b>
<b>SALMONELLOSE</b> .....	<b>77</b>
<b>SCARLATINE</b> .....	<b>78</b>
<b>SHIGELLOSE</b> .....	<b>79</b>
<b>STREPTOCOQUE (VOIR INFECTIONS INVASIVES GRAVES À STREPTOCOQUE)</b> .....	<b>80</b>
<b>SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)</b> .....	<b>81</b>
<b>SYPHILIS</b> .....	<b>89</b>
SYPHILIS PRIMAIRE .....	89
SYPHILIS SECONDAIRE .....	90
SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE .....	91
SYPHILIS LATENTE TARDIVE .....	92
NEUROSYPHILIS .....	93
SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS.....	94
SYPHILIS CONGÉNITALE .....	95
<b>TÉTANOS</b> .....	<b>96</b>
<b>TOXI-INFECTION D'ORIGINE ALIMENTAIRE OU HYDRIQUE</b> .....	<b>97</b>
<b>TRICHINOSE</b> .....	<b>98</b>
<b>TUBERCULOSE</b> .....	<b>99</b>
<b>TULARÉMIE</b> .....	<b>100</b>
<b>TYPHOÏDE (VOIR FIÈVRE TYPHOÏDE)</b> .....	<b>101</b>
<b>TYPHUS</b> .....	<b>102</b>
TYPHUS ÉPIDÉMIQUE.....	102
TYPHUS MURIN.....	103
TYPHUS DES BROUSSAILLES.....	104
<b>VARIOLE</b> .....	<b>105</b>
<b><i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i> (VOIR GASTRO-ENTÉRITE À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i>)</b> .....	<b>106</b>

<b>MALADIES DONT LA DÉCLARATION N'EST PAS OBLIGATOIRE .....</b>	<b>107</b>
<b>CRYPTOSPORIDIOSE.....</b>	<b>107</b>
<b>ÉCLOSION .....</b>	<b>108</b>
<b>INFECTION À <i>CYCLOSPORA</i>.....</b>	<b>109</b>
<b>INFLUENZA.....</b>	<b>110</b>
<b>LISTÉRIOSE.....</b>	<b>111</b>
<b>MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB.....</b>	<b>112</b>
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (FORME CLASSIQUE) .....	112
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (VARIANTE NOUVELLE) .....	114
<b>SYNDROME PULMONAIRE À <i>HANTAVIRUS</i>.....</b>	<b>115</b>
<b>VARICELLE .....</b>	<b>116</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>117</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES 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>Center for Disease Control and Prevention</i> ]
DFA-TP	<i>direct fluorescent antibody-Treponema pallidum</i>
EEG	électro-encéphalogramme
EIA	<i>enzyme immunoassay</i>
FTA-ABS	<i>fluorescent treponemal antibody-absorption</i>
HBsAg	<i>hepatitis B surface antigen</i>
IFD	immunofluorescence directe (IFA)
IgG	immunoglobulines de type G
IgM	immunoglobulines de type M
LCR	liquide céphalorachidien
LLCM	laboratoire de lutte contre la maladie
LSPQ	laboratoire de santé publique du Québec
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
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PrP	protéines prions
PIL/HLP	pneumonie interstitielle lymphoïde/hyperplasie lymphoïde pulmonaire
RFLP	<i>restriction fragment length polymorphism</i>
RIA	<i>radioimmunoassay</i>
RIBA	<i>recombinant immunoblot assay</i>
RPR	<i>rapid plasma reagin</i>
RT-PCR	<i>Reverse transcriptase-Polymerase chain reaction</i>
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
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



## 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. En 1997, cette première version a été mise à jour. Ce document, construit à partir de la liste officielle des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO), s'adresse aux professionnels du réseau de la santé publique qui s'occupent de la surveillance de ces maladies. Il vise à fournir aux personnes travaillant en santé publique des critères uniformes pour valider et standardiser les déclarations de MADO au registre central.

Les membres du comité provincial de surveillance des maladies infectieuses ont reçu le mandat de procéder à une mise à jour du présent document pour tenir compte des dernières connaissances scientifiques, des nouveaux développements en laboratoire et des mises à jour effectuées au Canada et aux États-Unis. Par ailleurs, de nouvelles réalités, comme l'intervention des directions de la santé publique dans le dossier de l'hépatite C et l'utilisation de plus en plus fréquente des techniques de biologie moléculaire en tant qu'outil diagnostique sont des éléments incitant le comité provincial de surveillance à mettre à jour les définitions nosologiques des MADO pour que le système de surveillance soit en mesure d'estimer le mieux possible l'incidence réelle des maladies transmissibles présentant un intérêt pour la population québécoise.

Les définitions nosologiques ne sont pas conçues pour donner aux cliniciens des critères pour poser un diagnostic. Le contexte épidémiologique, des informations pertinentes fondées selon l'expérience ou des résultats de laboratoire peuvent permettre aux médecins traitants de poser un diagnostic sans que le cas réponde à la définition de cas utilisée aux fins de surveillance. Les définitions nosologiques ne doivent pas non plus représenter pour le clinicien les critères minimaux à respecter pour le signalement d'une MADO, puisque des actions en santé publique peuvent être entreprises indépendamment de la validation d'une maladie dans une perspective de surveillance. De plus, aux fins d'investigation, d'autres définitions de cas mieux adaptées à une situation précise d'éclosion seront parfois utilisées. Dans ces circonstances particulières, les types de classification et les besoins de précisions relativement à la sensibilité et à la spécificité d'une maladie peuvent varier.

Le recueil de définitions nosologiques ne fournit pas non plus les critères pour ouvrir ou non une enquête ou lancer/déclencher une intervention en santé publique lorsqu'une MADO est soupçonnée. Il propose essentiellement au réseau de la santé et des services sociaux des définitions permettant 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 liées à la saisie des données dans ce même registre. En ce sens, le recueil de définitions nosologiques doit être utilisé par les personnes travaillant en santé publique comme compléments à d'autres documents, c'est-à-dire à un manuel regroupant les protocoles d'intervention relatifs aux différentes MADO et à un guide pour la saisie des données de surveillance dans le registre central.

## PRINCIPES AYANT GUIDÉ LA RÉVISION

Les MADO apparaissent encore dans cette troisième version telles qu'elles sont libellées dans le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique. Le groupe de travail est conscient que les besoins actuels en matière de surveillance nécessiteraient que d'autres maladies infectieuses soient ajoutées à la liste officielle ou, au contraire, que certaines MADO en soient retirées, leur surveillance étant devenue inutile. Cependant, cette révision dépasse le mandat confié au groupe de travail qui a décidé, pour le moment, de s'en tenir au libellé du règlement et de considérer toutes les MADO qui apparaissaient sur la liste officielle au moment de la révision du présent recueil. Des changements sont cependant à prévoir étant donné que l'on revoit actuellement le cadre juridique s'appliquant à la santé publique. Par ailleurs, à titre de référence, le groupe de travail a décidé d'inclure les définitions de cas de certaines maladies infectieuses dont la déclaration n'est pas obligatoire mais qui présentent un intérêt en matière de santé publique. Certaines de ces infections font l'objet d'un système de surveillance particulier, comme l'influenza, de projets spéciaux d'évaluation, ou sont considérées comme des menaces potentielles.

Pour chaque MADO, les anciennes définitions de cas québécoises ont été comparées aux définitions de l'OMS et des autorités américaines et canadiennes faisant partie des plus récentes versions de recueils de définitions publiées et de documents de travail mis à la disposition du groupe de travail. Dans la mesure du possible, les auteurs des nouvelles versions font en sorte qu'elles s'accordent entre elles afin d'assurer la comparabilité des données de surveillance.

Comme dans la deuxième version, les définitions proposées comportent deux types de cas au maximum : confirmé et clinique. Même si certains systèmes de surveillance ont adopté une nomenclature différente, comportant parfois plus de deux types de cas (par exemple, cas confirmé, probable ou suspect.), le groupe de travail a décidé, compte tenu des objectifs liés à la surveillance et à la déclaration au registre central de conserver la classification de cas adoptée antérieurement. En effet, les deux termes étant utilisés de façon extensive au Québec depuis 1990, il semblait au groupe de travail plus avantageux de conserver cette classification plutôt que d'en adopter une nouvelle.

Les termes *confirmé* et *clinique* correspondent ici à une classification qui repose essentiellement sur des notions de spécificité et de sensibilité. Il importe de comprendre que cette classification n'est pas nécessairement fondée sur l'utilisation de tests de laboratoire ni sur le diagnostic clinique. La plupart du temps, un cas est confirmé lorsqu'il est associé à un test de laboratoire très spécifique, peu importe le tableau clinique. Par ailleurs un cas peut aussi être confirmé en l'absence d'examen de laboratoire quand il présente un ensemble de signes et de symptômes et un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé antérieurement par un test de laboratoire, le tout étant suffisamment spécifique de la maladie pour que le degré de certitude entourant le diagnostic soit très élevé. À l'inverse, la définition d'un cas clinique est habituellement basée sur des signes et des symptômes précis mais peut, dans certaines circonstances, exiger des résultats de laboratoire qui, même s'ils sont positifs ne seront cependant pas toujours suffisamment spécifiques pour classer le cas comme confirmé.

Depuis la première édition de 1991, nous avons remarqué une évolution importante dans le domaine de la technologie des tests diagnostiques. Cette évolution s'est accentuée depuis 1997 et continuera après la parution du présent document. Ainsi de nouveaux tests de biologie moléculaire sont maintenant de plus en plus accessibles, et ce, dans des contextes d'observation courants. Parfois, ces nouveaux tests viennent remplacer les méthodes conventionnelles comme la culture. Dans le processus de sélection des tests de laboratoire servant à classer un cas comme *confirmé* ou *clinique*, nous avons retenu les épreuves

diagnostiques qui, au moment de la rédaction de la première version du document, étaient valides et utilisées dans les milieux d'observation cliniques. Nous avons tenté d'utiliser une terminologie de laboratoire la plus générale possible pour éviter des répétitions à répétition selon l'apparition de divers tests sur le marché. Pour alléger le texte, nous avons employé la formule *isolement de tel ou tel pathogène* plutôt que *isolement par culture de tel ou tel pathogène* ; il va de soi que le terme *par culture* est sous-entendu.

Nous recommandons fortement aux professionnels qui éprouvent de la difficulté à déterminer la validité d'un test spécifique de consulter les professionnels du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) à ce sujet.

Des notes explicatives ont été ajoutées aux définitions lorsque des précisions concernant des résultats de laboratoire ou des notions de surveillance étaient souhaitables pour éviter des erreurs. Le groupe de travail a décidé de ne pas inclure systématiquement, pour le moment, une description des signes cliniques des maladies comme information initiale de référence. Il renvoie plutôt les utilisateurs du présent document aux divers textes et protocoles relatifs aux maladies infectieuses qui comportent déjà une section descriptive de la symptomatologie de ces maladies. Par ailleurs, dans le contexte d'élimination de certaines maladies évitables par la vaccination (MEV), la notion d'absence d'immunisation récente dans le contexte d'une recherche d'anticorps a été introduite dans la définition de certaines de ces MEV. Cependant, les délais entre l'immunisation et l'apparition de la maladie n'ont pas été précisés parce que la persistance des IgM peut varier en fonction de la maladie, des individus et des tests utilisés.

Les auteurs sont conscients que le processus actuel de révision de la loi, l'apparition de nouvelles infections, une meilleure définition des objectifs de surveillance au niveau national et l'évolution rapide des techniques de laboratoire les amèneront à une révision probablement plus fréquente de certaines sections du document. Dans la perspective d'une évaluation du présent document, ils ont adopté une forme de présentation permettant des mises à jour régulières.

La surveillance des maladies infectieuses est un processus dynamique qui doit s'adapter aux changements tout en préservant une certaine constance pour évaluer les tendances pertinentes. Comme il est difficile de prévoir toutes les situations, les auteurs encouragent fortement les professionnels qui utiliseront ces définitions nosologiques à signaler toute difficulté qu'elle soulèverait et à faire part de leurs commentaires par courriel aux membres du groupe de travail dont les coordonnées apparaissent au début de ce document.

Nous espérons que ce recueil de définitions nosologiques aidera le personnel concerné à assurer une meilleure qualité des données saisies au registre central, qui constitue la source de nombreux rapports de surveillance servant à orienter les actions en santé publique et à faciliter la planification sanitaire.

## ANNEXE 1

### MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION DE 1991

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies suivantes :

Hépatite C

Infections invasives graves à streptocoque

Modifications de la définition de certaines MADO :

Brucellose

ajout de la catégorie cas clinique

Entérite à *Escherichia coli*

restriction de la surveillance aux souches O157

Hépatite B

ajout d'une catégorie « cas confirmé » et de précisions

Infection à *H. influenzae*

retrait de la catégorie « cas clinique »

Légionellose

retrait de la catégorie « cas clinique »

Oreillons

retrait de la catégorie « cas clinique »

Rougeole

retrait de la catégorie « cas clinique »

Rubéole

retrait de la catégorie « cas clinique »

Tuberculose

ajout de précisions sur la définition de cas clinique et ajout du test PCR pour les cas confirmés

## ANNEXE 2

### MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION DE 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 <i>Hantavirus</i>
Varicelle	

Modifications de la définition de certaines MADO :

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
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	ajout de sites de prélèvements pour la détection d'antigènes
Coqueluche	ajout du test PCR
Diphthérie	ajout du diagnostic histopathologique
Encéphalite 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
Gastroentérite 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 selon lequel les enzymes hépatiques doivent être de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale
Hépatite B	élimination du critère selon lequel les enzymes hépatiques doivent être de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale
Hépatite C	nouvelle définition de l'hépatite C aiguë
Hépatite C chronique	retrait de la catégorie « cas clinique » et ajout du PCR
Infection à <i>Haemophilus</i>	ajout du test PCR
Infection à méningocoque	ajout du test PCR et ajout des pétéchies dans la définition de cas clinique
Infection à streptocoque $\beta$ -hémolytique du groupe A	retrait de la nécessité d'observer des manifestations cliniques pour confirmer un cas
Infections à Streptocoque $\beta$ -hémolytique du groupe B	restriction de la surveillance des nouveau-nés de moins de 1 mois et notes explicatives sur les manifestations cliniques
Infection 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	ajout de la notion d'immunisation récente et d'une catégorie de « cas confirmé »
Rubéole congénitale	ajout de précisions sur les anomalies que doivent être observées pour la confirmation d'un cas
Syphilis	ajout du test TP-PA ; retrait de la catégorie « cas clinique » pour toutes les formes de syphilis ; retrait des formes « syphilis nerveuse asymptomatique » et « syphilis cardiovasculaire » ; ajout des formes « neurosyphilis » et « syphilis tertiaire » autres que la neurosyphilis
Trichinose	reformulation de la définition de cas clinique
Tuberculose	précisions sur la notion de récurrence

## 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 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 consigné non pas sous forme de titre ou de dilution mais relativement aux densités optiques (DO). Le laboratoire considère habituellement les résultats inférieurs à un certain seuil comme négatifs et ceux qui sont supérieurs à un certain seuil comme positifs ; les résultats situés entre les deux seuils sont quant à eux considérés 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 en phase de convalescence passe de négative à positive.

3. Le sang, les liquides céphalorachidien, pleural, péritonéal, péricardique et articulaire, les tissus obtenus par biopsie ou à l'aide de prélèvements peropératoires 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 2 ans alors que *nouveau-né* fait référence à la période qui va de la naissance à 21 jours.

# MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

## AMIBIASE

### Cas confirmé

Présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica*<sup>1</sup> dans un échantillon clinique approprié.

### OU

Manifestations cliniques compatibles et détection sérologique à l'aide d'une technique EIA d'anticorps spécifiques contre d'*Entamoeba histolytica*, ou détection par PCR.

---

<sup>1</sup> Aux fins de surveillance, l'on retiendra les cas d'*Entamoeba histolytica/dispar* non différenciés par un test de confirmation approprié (EIA ou PCR). Les cas confirmés d'*Entamoeba dispar* ne doivent pas être retenus.



# **BOTULISME**

## ***BOTULISME ALIMENTAIRE***

### **Cas confirmé**

Manifestations cliniques compatibles et présence d'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 de botulisme confirmé par une des épreuves de laboratoire mentionnées au point 1.

### **Cas clinique**

Manifestations cliniques compatibles et consommation connue d'un aliment suspect en l'absence de confirmation par un laboratoire à partir d'un échantillon approprié ou d'un échantillon de l'aliment cause.

## **BOTULISME D'INOCULATION**

### **Cas confirmé**

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

1) isolement de *Clostridium botulinum* dans la plaie ;

**ou**

2) détection de la toxine botulinique dans le sérum.

## **BOTULISME INFANTILE**

### **Cas confirmé**

Manifestations cliniques compatibles chez un nourrisson de moins de 1 an et isolement de *Clostridium botulinum* ou détection de la toxine botulinique dans les selles ou dans le sérum.

# BRUCELLOSE

## Cas confirmé

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

1) isolement d'une espèce de *Brucella* dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection par une épreuve d'agglutination, d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques de *Brucella* entre deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle ;

**ou**

3) présence démontrée par immunofluorescence, de *Brucella* dans un échantillon approprié.

## Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles<sup>1</sup> et présence d'une des deux conditions suivantes :

1) lien épidémiologique avec un cas confirmé ;

**ou**

2) détection d'un seul titre d'anticorps contre *Brucella* supérieur ou égal à 160 dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

---

<sup>1</sup> La brucellose peut se manifester par un début aigu ou insidieux de fièvre, une sudation nocturne, une fatigue excessive, de l'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'*Haemophilus ducreyi* dans un échantillon approprié.

#### **Cas clinique**

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

1) un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux ;

**et**

2) aucune preuve 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 preuve d'infection à *Herpes simplex* d'après l'observation clinique des ulcères ou après une culture qui s'est avérée négative.

# CHARBON

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec l'une des formes du charbon (cutané, pulmonaire, méningé, oropharyngé ou abdominal) et présence d'une des trois conditions suivantes :

1) isolement de *Bacillus anthracis* dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection antigénique, par immunofluorescence, de *Bacillus anthracis* dans un échantillon approprié ;

**ou**

3) réaction immunologique positive à l'antigène protecteur et/ou au facteur léthal par EIA ou par immuno transfert dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

## CHLAMYDIA (voir infection à *Chlamydia*)

# 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

Isolement de *Bordetella pertussis*.

**OU**

Détection de *Bordetella pertussis* par PCR.

**OU**

Réponse à la définition de cas clinique et présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

## Cas clinique

Présence d'une toux qui dure depuis au moins deux semaines et présence d'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.



# DIARRHÉE ÉPIDÉMIQUE

## Cas confirmé

Manifestations de diarrhée<sup>1</sup> chez au moins deux personnes, avec une augmentation de l'incidence de diarrhées et un lien épidémiologique entre les cas sans qu'une origine alimentaire ou hydrique n'ait été mise en évidence.

---

1 Au moins une selle aqueuse ou au moins trois selles moulées, sans autre cause apparente, par période de 24 heures.

# DIPHTHÉRIE

## Cas confirmé

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

1) isolement d'une souche toxigène de *Corynebacterium diphtheriae* ;

**ou**

2) diagnostic histopathologique de diphtérie ;

**ou**

3) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

# ENCÉPHALITES À VIRUS TRANSMIS PAR LES ARTHROPODES (ENCÉPHALITES À ARBOVIRUS)<sup>1</sup>

## Cas confirmé

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

1) isolement d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral, un autre liquide biologique ou un tissu ;

**ou**

2) détection d'antigènes ou d'acides nucléiques d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral, un autre liquide biologique ou un tissu ;

**ou**

3) détection d'IgM contre un arbovirus dans le LCR ;

**ou**

4) détection sérologique d'IgM spécifiques par un EIA-capture et d'anticorps IgG spécifiques, confirmée par une autre méthode telle une épreuve de neutralisation par réduction de plaque (PRNT) ;

**ou**

---

<sup>1</sup> Les principales encéphalites à arbovirus sont les suivantes : l'encéphalite américaine de St-Louis, l'encéphalite équine de l'Ouest, l'encéphalite équine de l'Est, l'encéphalite de Californie, l'encéphalite de Powassan, l'encéphalite causée par le virus du Nil occidental et l'encéphalite japonaise.

- 5) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques d'un arbovirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par une épreuve d'inhibition de l'hémagglutination.

### **Cas clinique**

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

## ENTÉRITE À *ESCHERICHIA COLI* PATHOGÈNE

### Cas confirmé

Isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou de tout autre sérotype producteur de vérocytotoxine dans un échantillon approprié.

# FIÈVRE DE LASSA

## Cas confirmé

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

1) isolement du virus de la fièvre de Lassa dans un échantillon 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 du virus de la fièvre de Lassa entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

# FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AFRICAINE (FIÈVRE EBOLA)

## Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles avec la fièvre Ebola, et présence une des quatre conditions suivantes :

1) isolement du virus de la fièvre Ebola dans un échantillon approprié ;

**ou**

détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du virus de la fièvre Ebola dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la fièvre Ebola ;

**ou**

3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques du virus de la fièvre Ebola 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 présence d'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 un tissu, du sang ou d'autres liquides biologiques ;

**ou**

3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques du 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 ayant précédé l'apparition des symptômes, et élimination d'une réaction croisée avec d'autres *Flavivirus*.

## Cas clinique

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles, et présence d'une des deux conditions suivantes :

1) résultat de test sérologique appuyant le diagnostic sans permettre de classer le cas comme confirmé (augmentation du titre inférieure à quatre fois) et ne pouvant s'expliquer par une vaccination antérieure, et élimination d'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 approprié.

## FIÈVRE Q

### Cas confirmé

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

### Cas clinique

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

- 1) titre d'anticorps contre *Coxiella burnetii* supérieur ou égal à 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 approprié.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Les porteurs asymptomatiques de *Salmonella typhi* ne doivent pas être considérés comme des cas de fièvre typhoïde.

## **GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA***

### **Cas confirmé**

Isolement de *Yersinia enterocolitica* dans un échantillon approprié.

**OU**

Détection des antigènes O (titre  $\geq 40$ ) ou OH (titre  $\geq 160$ ).

**OU**

Détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques.

## **GIARDIASE**

### **Cas confirmé**

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

### **OU**

Détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou IFD.

## **GONORRHÉE (voir infection gonococcique)**

## GRANULOME INGUINAL

### Cas confirmé

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



**HAEMOPHILUS INFLUENZAE (voir infection à *Haemophilus influenzae*)**

# HÉPATITE A

## Cas confirmé

Détection sérologique d'anti-VHA IgM<sup>1</sup>.

## Cas clinique

Présence des trois conditions suivantes :

1) manifestations cliniques caractéristiques d'une 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.

---

<sup>1</sup> Si un individu a été vacciné récemment contre l'hépatite A, la détection d'anti-VHA IgM chez cet individu devra être appuyée par des manifestations cliniques caractéristiques et par un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

# HÉPATITE B

## *HÉPATITE B AIGUË*

### **Cas confirmé**

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

### **OU**

Présence des trois conditions suivantes :

1) manifestations cliniques caractéristiques d'une 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 anti-VHA IgM ;

**et**

3) aucune autre cause apparente.

### **OU**

Détection chez un nourrisson d'HBsAg né d'une mère HbsAg positive.

### **Cas clinique**

Présence des trois conditions suivantes :

1) manifestations cliniques caractéristiques d'une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT ;

**et**

- 2) détection sérologique d'HbsAg alors que l'anti-VHA IgM n'a pas été recherché ou qu'on ne dispose d'aucun résultat à ce sujet ;

**et**

- 3) aucune autre cause apparente.

## **HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE**

### **Cas confirmé**

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

### **Cas clinique**

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'HBsAg chez une personne déclarée « porteuse », « porteuse chronique » ou « porteuse saine » par un médecin ;

**ou**

- 2) détection sérologique d'HBsAg chez une personne asymptomatique.

## **HÉPATITE B NON PRÉCISÉE<sup>1</sup>**

Détection sérologique d'HBsAg chez une personne qu'on ne peut classer comme cas aigu ou porteuse chronique en raison d'une information insuffisante.

---

<sup>1</sup> Les cas d'hépatite B non précisée n'ont pas à être classés comme cas confirmés ou cliniques.

# HÉPATITE C

## *HÉPATITE C AIGUË*

### **Cas confirmé**

Chez le sujet âgé de 1 an ou plus, présence des sept conditions suivantes :

1) manifestations cliniques caractéristiques d'une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie) ;

**et**

2) augmentation du taux d'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 PCR ;

**et**

4) recherche des anti-VHA IgM négative ;

**et**

5) recherche des anti-HBc IgM négative ou, si ce test n'est pas effectué recherche de l'HbsAg négative ;

**et**

6) exposition depuis moins de six mois, en l'absence de toute exposition antérieure, à un mode de transmission reconnu<sup>1</sup> ;

**et**

7) aucune autre cause apparente.

**OU**

Séroconversion des anti-VHC à l'intérieur d'une période de six mois à la suite d'une exposition connue.

**OU**

Détection de l'ARN du VHC par RT-PCR<sup>2</sup> chez un nourrisson de moins de 1 an, quel que soit le résultat de l'anti-VHC.

---

1 L'utilisation de drogues injectables, le fait de recevoir des produits sanguins et le fait d'avoir pour partenaire sexuel 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 de 1 an ou plus qu'on ne peut classer comme cas aigu en raison d'une information insuffisante, 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 PRÉCISION<sup>1</sup>

Présence des trois conditions suivantes :

1) manifestations cliniques caractéristiques d'une 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 correspond pas à la définition de cas d'hépatite A, B ou C ;

**et**

3) aucune autre cause apparente.

---

<sup>1</sup> Les cas d'hépatite virale sans précision n'ont pas à être classés comme cas confirmés ou cliniques.

# HERPÈS NÉONATAL

## Cas confirmé

Isolement du virus *Herpes simplex* chez un nourrisson et présence d'une des trois manifestations cliniques suivantes :

1) infection systémique généralisée impliquant le foie et d'autres organes ;

**ou**

2) maladie localisée du système nerveux central ;

**ou**

3) infection localisée de la peau, des yeux ou de la bouche.

## **INFECTION À *CAMPYLOBACTER***

### **Cas confirmé**

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

# INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

## Cas confirmé<sup>1</sup>

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 IFD 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 IFD dans un prélèvement du rhinopharynx chez un nourrisson ;

**ou**

4) détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* ;

**ou**

5) détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson.

---

<sup>1</sup> Sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts, on ne devrait pas considérer comme un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* une infection se manifestant à l'intérieur d'une période de deux mois après un épisode antérieur.

## **INFECTION À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B**

### **Cas confirmé**

Isolement ou détection par PCR d'*Haemophilus influenzae* de type b<sup>1</sup> sur un site normalement stérile.

### **OU**

Manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*Haemophilus influenzae* de type b à partir de prélèvements de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.

---

1 Aux fins de surveillance, le typage des souches d'*Haemophilus influenzae* est essentiel et seules les souches de type b seront retenues comme cas confirmés.

# INFECTION À MÉNINGOCOQUE

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement ou détection par PCR de *Neisseria meningitidis* sur un site normalement stérile<sup>1</sup>.

## Cas clinique

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

1) manifestations cliniques compatibles incluant un purpura fulminans ou des pétéchies ;

**ou**

2) manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.

---

<sup>1</sup> La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une maladie très rare et sa 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 une hémoculture positive ou une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas aux fins de surveillance.

# INFECTIONS INVASIVES GRAVES À STREPTOCOQUE

## ***INFECTION INVASIVE GRAVE À STREPTOCOQUE $\beta$ -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A***

### **Cas confirmé**

Isolement du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) à l'aide d'un prélèvement fait sur un site normalement stérile.

### **Cas clinique**

Présence des deux conditions suivantes :

1) choc toxique<sup>1</sup> ;

**et**

2) isolement du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un prélèvement fait sur un site non stérile et aucune autre cause apparente pouvant expliquer le choc toxique.

---

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



## **INFECTION INVASIVE GRAVE À STREPTOCOQUE $\beta$ -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE B**

### **Cas confirmé**

Présence d'une des deux conditions suivantes chez un nouveau-né âgé de moins de 1 mois :

1) isolement du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) dans un prélèvement fait sur un site normalement stérile ;

**ou**

2) manifestations cliniques compatibles<sup>1</sup> et détection antigénique du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) dans le LCR.

---

<sup>1</sup> Les infections à streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe B peuvent se manifester chez un nouveau-né, soit hâtivement dans la première semaine de vie par une septicémie, une détresse respiratoire, de l'apnée, un choc, une pneumonie ou une méningite, soit plus tardivement, entre 1 semaine et 1 mois, par une septicémie ou une méningite.

## **INFECTION INVASIVE GRAVE À PNEUMOCOQUE**

### **Cas confirmé**

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1) isolement du pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) sur un site normalement stérile ;

**ou**

2) manifestations cliniques compatibles et détection de l'antigène du pneumocoque dans le LCR.

# **INFECTIONS GONOCOCCIQUES**

## ***INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE***

### **Cas confirmé**

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen du tractus urogénital.

### **OU**

Détection d'antigènes de *Neisseria gonorrhoeae* à l'aide d'une technique EIA appliquée à un spécimen d'origine urétrale ou endocervicale.

### **OU**

Détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhoeae* dans un spécimen approprié.

### **OU**

Observation de cocci intracellulaires Gramnégatifs dans un frottis de sécrétions urétrales prélevées chez un homme.

## **INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL**

### **Cas confirmé**

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement oculaire.

## **INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE**

### **Cas confirmé**

Isolement de *Neisseria gonorrhoeae* dans un échantillon prélevé sur un site autre qu'oculaire ou urogénital.

# LÉGIONELLOSE<sup>1</sup>

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et présence d'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 sérotype 1 à partir des expectorations, du liquide de lavage bronchique, de tissu pulmonaire ou du liquide pleural ;

**ou**

3) détection d'antigènes de *Legionella pneumophila* du sérotype 1 dans les urines par une technique RIA ou EIA ;

**ou**

4) détection, par une épreuve d'immunofluorescence, d'une augmentation significative<sup>2</sup> du taux d'anticorps spécifiques de *Legionella pneumophila* du sérotype 1 entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

---

1 *Legionella pneumophila* est associée à deux maladies 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, dont les manifestations fébriles sont moins graves et qui n'est pas accompagnée de 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 supérieur ou égal à 128.

# LÈPRE

## Cas confirmé

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

# LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

## Cas confirmé

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

1) isolement de *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 dans un échantillon 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 de *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 de *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 supérieur à 32, s'il s'agit d'IgM, ou supérieur à 512, s'il s'agit d'IgG.

## Cas clinique

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* supérieur à 64.

## **MALADIE DE MARBURG**

### **Cas confirmé**

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles, et présence d'une des conditions suivantes :

1) isolement du virus de la maladie de Marburg dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la maladie de Marburg ;

**ou**

3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques du virus de la maladie de Marburg entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.



# MÉNINGITE À ENTÉROVIRUS

## Cas confirmé

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

1) isolement d'un entérovirus (excluant le virus de la poliomyélite, sauf en cas d'infection par ce virus sans atteinte paralytique) dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection d'acides nucléiques dans un entérovirus (excluant le virus de la poliomyélite, sauf en cas d'infection par ce virus sans atteinte paralytique) ;

**ou**

3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre un entérovirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

## **MÉNINGOCOQUE (voir infection à méningocoque)**

# 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 approprié ;

**ou**

2) détection sérologique d'IgM contre le virus des oreillons ;

**ou**

3) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques du 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 de plusieurs glandes salivaires) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire nommés plus haut.

# PALUDISME

## Cas confirmé

Détection d'hématozoaires d'une espèce de *Plasmodium* sur un frottis du sang périphérique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Une attaque subséquente de paludisme ne sera considérée comme un 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.

## **PARATYPHOÏDE (voir fièvre paratyphoïde)**

# PESTE

## Cas confirmé

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

1) isolement de *Yersinia pestis* ;

**ou**

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

## Cas clinique

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

1) résultat de test sérologique appuyant 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 approprié.

# POLIOMYÉLITE<sup>1</sup>

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles<sup>2</sup> avec la poliomyélite paralytique<sup>3</sup> et présence d'une des deux conditions suivantes :

1) isolement ou détection par PCR du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage dans un échantillon approprié ;

ou

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

---

1 Les cas de poliomyélite non paralytique seront déclarés comme des cas de méningite virale.

2 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 ostéotendineux dans les membres touchés, des fonctions sensorielle et cognitive intactes, l'absence d'une 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 soixante jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade.

3 Les cas de poliomyélite paralytique sont classés selon les catégories suivantes:

- A. **Virus sauvage** : l'examen de laboratoire détecte le virus de type sauvage. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :
- a. **importé** : virus touchant une personne ayant voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique dans les trente jours précédant la manifestation des symptômes ;
  - b. **lié à un cas importé** : virus supposant un lien épidémiologique, dans les trente jours précédant la manifestation des symptômes, avec une personne ayant voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique ;
  - c. **indigène** : aucun voyage ni contact comme ceux décrits ci-dessus chez la personne atteinte.
- B. **Virus associé au vaccin** : l'examen de laboratoire détecte le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :
- a. **receveur** : la maladie s'est déclarée entre sept et trente 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 sept et soixante jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale au sujet atteint ;
  - c. **contact possible** : il y a contact possible en l'absence de contact direct connu avec une personne vaccinée et d'antécédents de vaccination antipolio par voie orale. La paralysie se déclare habituellement dans une région où une campagne de vaccination systématique a eu lieu entre sept et soixante jours auparavant. Au Canada, cela inclut toutes les provinces où le vaccin antipolio oral est d'utilisation courante ;
  - d. **aucun contact connu** : la paralysie se manifeste chez une personne n'ayant eu aucun contact connu avec une personne vaccinée ou qui n'a pas été vaccinée récemment. Elle apparaît généralement dans une région où il n'y a pas de programme intensif de vaccination. Au Canada, cela inclut les provinces où le vaccin antipolio oral n'est pas d'utilisation courante.

# PSITTACOSE

## Cas confirmé

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

1) isolement ou détection par PCR de *Chlamydia psittaci* dans les sécrétions respiratoires ;

**ou**

2) détection, à l'aide d'une épreuve de fixation du complément, d'une augmentation significative<sup>1</sup> du taux d'anticorps spécifiques de l'antigène *Chlamydia* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, et contexte épidémiologique compatible ;

**ou**

3) détection sérologique, par une épreuve de micro-immunofluorescence, d'un seul titre d'anticorps contre *Chlamydia psittaci* (supérieur à 32, s'il s'agit d'IgM, et supérieur à 512, s'il s'agit d'IgG), et contexte épidémiologique compatible.

---

<sup>1</sup> 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 supérieur ou égal à 32.



# **RAGE**

## **Cas confirmé**

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

1) isolement du virus de la rage ;

**ou**

2) détection de l'antigène du virus de la rage dans les tissus par IFD ;

**ou**

3) détection, dans le sérum ou le LCR, d'un titre d'anticorps antirabiques neutralisants supérieur ou égal à 32 chez une personne n'ayant pas d'antécédent de vaccination contre la maladie.

# ROUGEOLE

## Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente<sup>1</sup> contre la rougeole :

1) isolement ou détection antigénique rapide du virus de la rougeole dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole<sup>2</sup> ;

**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 convalescence<sup>3</sup>.

**OU**

Présence des manifestations cliniques suivantes : *a* fièvre supérieur à 38,3 ; *b* toux, coryza ou conjonctivite ; *c* éruption maculopapulaire généralisée d'une durée minimale de trois jours **et** lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés plus haut.

---

1 En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon approprié.

2 La détection d'IgM chez une personne dont le cas est sporadique qui n'a pas fait 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 comme 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 dans un échantillon 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 convalescence<sup>1</sup>.

**OU**

Présence des manifestations cliniques suivantes : *a* fièvre ; *b* éruption cutanée maculopapulaire généralisée ; *c* arthralgie, arthrite, lymphadénopathie ou conjonctivite, et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés plus haut.

**OU**

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

---

<sup>1</sup> L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée comme 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 compatibles<sup>1</sup> et présence d'une des trois conditions suivantes :

1) isolement du virus de la rubéole dans 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 à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

## Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles ne pouvant être expliquées par aucune autre cause et absence de résultats d'épreuves de laboratoire<sup>2</sup>.

---

1 La personne chez laquelle on soupçonne une rubéole congénitale doit présenter au moins une des anomalies suivantes : cataracte ou glaucome congénital, malformation cardiaque, surdité neurosensorielle, rétinite pigmentaire.

Si elle ne présente qu'une des anomalies énumérées précédemment et en l'absence de résultats des tests de laboratoire nommés plus haut, elle devra, pour que son cas soit retenu aux fins de surveillance, présenter également au moins une des manifestations suivantes : *purpura*, splénomégalie, ictère, microcéphalie, retard mental, méningo-encéphalite, anomalies radiologiques des os, maladies évolutives telles que le diabète ou la panencéphalite progressive et toute autre anomalie pouvant être causée par le virus de la rubéole.

2 Le cas d'une personne ayant avec des manifestations cliniques compatibles ne sera pas considéré comme un cas clinique si les examens de laboratoire démontrent une absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né, 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*) dans un échantillon approprié.

# SCARLATINE

## Cas confirmé

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

1) isolement du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un échantillon approprié ;

**ou**

2) détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du streptocoque  $\beta$ -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un échantillon approprié.

# SHIGELLOSE

## Cas confirmé

Isolement de *Shigella* dans un échantillon approprié.

## **STREPTOCOQUE (voir infections invasives graves à streptocoque)**



# SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

## Cas confirmé<sup>1</sup>

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) un test confirmant l'infection au VIH<sup>2</sup> ou une absence de causes désignées de carence immunitaire<sup>3</sup> ;

- 
- 1 L'application de la définition aux enfants et aux adultes diffère sur deux plans. D'abord, les infections bactériennes graves, multiples ou récidivantes et la pneumonie interstitielle lymphoïde ou l'hyperplasie lymphoïde pulmonaire sont considérées comme 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 quinze mois après la naissance.
  - 2 Les tests de laboratoire permettant de déclarer le VIH peuvent être positifs, négatifs ou indéterminés.

En présence d'une maladie compatible avec le sida, **on considérera qu'un résultat est positif** s'il correspond à une des cinq situations suivantes :

- ◇ une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage (par exemple, titrage avec immuno-adsorbant lié à une enzyme [EIA]) chez un sujet de plus de 15 mois, ou chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère n'aurait pas contracté l'infection au VIH pendant la période périnatale, à condition que toute épreuve subséquente de détection de l'anticorps anti-VIH (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence) se révèle positive ;

**ou**

- ◇ une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage (par exemple EIA) chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection au VIH pendant la période périnatale, ainsi qu'une immunoglobulinémie augmentée et au moins une des anomalies immunologiques suivantes : diminution de la numération lymphocytaire absolue, taux abaissé des lymphocytes CD4 (T-auxiliaires) ou diminution du rapport CD4/CD8 (auxiliaires/suppresseurs), à condition que toute épreuve subséquente de détection de l'anticorps (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence) se révèle positive ;

**ou**

- ◇ un test positif révélant la présence de l'antigène P24 du VIH ;

**ou**

- ◇ une culture VIH positive, confirmée à la fois par la détection de la transcriptase inverse et une épreuve spécifique de l'antigène du VIH, ou une hybridation *in situ* à l'aide d'une sonde à l'acide nucléique ;

**ou**

- ◇ un résultat positif à tout autre test hautement spécifique associé au VIH (par exemple, détection d'acide nucléique sur les lymphocytes du sang périphérique).

**Un résultat sera considéré comme négatif** si un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) se révèle nonréactif, en l'absence d'un résultat réactif ou positif à toute autre épreuve de détection de l'infection au VIH (par exemple, anticorps, antigène, culture).

**On considérera qu'un résultat est indéterminé** (ni positif ni négatif) s'il répond à une des deux situations suivantes :

- ◇ un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) réactif de façon répétée et suivi d'un résultat négatif ou indéterminé à un test complémentaire (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence), sans culture positive à l'égard du VIH, sans test positif à l'égard de l'antigène P24 et sans test positif à l'égard de l'ADN proviral;

**ou**

- ◇ un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, EIA) réactif de façon répétée chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection au VIH pendant la période périnatale, en l'absence de signes supplémentaires des anomalies immunologiques décrites précédemment et de résultat positif d'une culture à l'égard du VIH, d'un test à l'égard de l'antigène P24 ou d'un test à l'égard de l'ADN proviral (même en présence d'un résultat positif à une épreuve complémentaire).

et

## 2) au moins une des atteintes révélatrices désignées<sup>4</sup>.

- 
- 3 En l'absence de signes biologiques d'infection au VIH (les tests de laboratoire permettant de détecter le VIH n'ont pas été effectués) 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 forte dose 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 mentionnées ci-après, lorsque le diagnostic est posé dans les trois mois suivant celui où est apparue 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.
- 4 Le sida est défini comme une maladie caractérisée par une des atteintes révélatrices énumérées ci-dessous, en fonction des signes biologiques d'infection au VIH. Les signes biologiques d'infection au VIH peuvent être **inconnus** ou **indéterminés**, **positifs** ou **négatifs**.
- A. Si les signes biologiques d'infection au VIH sont **inconnus** (les tests de laboratoire permettant de détecter le VIH n'ont pas été effectués) ou se sont révélés **indéterminés** (voir la note 2) et que la carence immunitaire du malade ne s'explique par aucune des causes énumérées à la note 3, toute atteinte suivante est révélatrice du sida si elle a été diagnostiquée par une des méthodes formelles, dont il est question à la note 5.
- ◇ 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 de 1 mois ;
  - ◇ infection herpétique déterminant un ulcère mucocutané persistant pendant plus d'un mois, ou bronchite, pneumonite ou oesophagite de quelque durée que ce soit, chez un sujet de plus de 1 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 *M. kansasii* déterminant une infection diffuse (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires, ou site s'ajoutant à ceux-ci) ;
  - ◇ pneumonie à *Pneumocystis carinii* ;
  - ◇ leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;
  - ◇ toxoplasmose du cerveau, chez un patient de plus de 1 mois.
- B. Que la carence immunitaire s'explique ou non par les autres causes énumérées à la note 3, si les signes biologiques d'infection au VIH sont **positifs** (voir la note 2), les atteintes décrites au paragraphe précédent et les atteintes suivantes, si elles ont été diagnostiquées par une méthode formelle (voir la note 5) 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 *Haemophilus*, à *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 s'ajoutant à ceux-ci) ;
  - ◇ encéphalopathie au VIH, (aussi appelée démence au VIH, démence du sida ou encéphalite subaiguë au VIH - décrite à la note 5) ;
  - ◇ histoplasmosse généralisée (site autre que les poumons ou les ganglions cervicaux ou hilaires, ou site s'ajoutant à ceux-ci) ;
  - ◇ 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 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 grave),
    - ⊕ *N. B.* : Les lymphomes ne sont pas inclus si leur phénotype immunologique, si leur type histologique n'est pas décrit ou s'il est décrit comme « lymphocytaire », « lymphoblastique », « à petites cellules à noyau encoché » ou « lymphocytaire plasmocytoïde ».
    - ⊕ toute mycobactériose généralisée attribuable à une mycobactérie autre que *M. tuberculosis*, (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires, ou site s'ajoutant à ceux-ci),
    - ⊕ tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire,
    - ⊕ pneumonie bactérienne récurrente,
    - ⊕ septicémie à salmonelles non typhoïdienne récidivante,
    - ⊕ syndrome d'émaciation au VIH (voir la description à la note 5),

---

⊕ cancer invasif du col utérin.

- C. Que la carence immunitaire s'explique ou non par les autres causes énumérées à la note 3 précédente, si les signes biologiques d'infection au VIH sont positifs (voir la note 2), les atteintes suivantes, si elles ont été diagnostiquées par une méthode présomptive<sup>5</sup>, 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 un site s'ajoutant à ceux-ci) ;
  - ◇ pneumonie à *Pneumocystis carinii* ;
  - ◇ toxoplasmose du cerveau chez un sujet âgé de plus de 1 mois.
- D. La présence de résultats de laboratoire **négatifs** à l'égard de l'infection au VIH (voir la note 2) exclut un diagnostic de sida aux fins de surveillance, sauf si toutes les autres causes de carence immunitaire énumérées à la note 3 ont été exclues et si le sujet a présenté une des deux conditions suivantes :
- 1) une pneumonie à *Pneumocystis carinii* diagnostiquée par une méthode formelle<sup>5</sup> ;
- ou**
- 2) une numération des lymphocytes T auxiliaires/inducteurs (CD4) < 400/mm<sup>3</sup> et une des atteintes suivantes diagnostiquées par une méthode formelle<sup>5</sup> :
    - ◇ 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 de 1 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 de 1 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 *M. kansasii* déterminant une infection diffuse (site autre que les poumons, la peau ou les ganglions cervicaux ou hilaires, ou site s'ajoutant à ceux-ci) ;
    - ◇ pneumonie à *Pneumocystis carinii* ;
    - ◇ leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;
    - ◇ toxoplasmose du cerveau, chez un patient de plus de 1 mois.
- 5 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'application d'un traitement antirétroviral. Dans certains cas, l'état du malade empêchera toutefois le recours à des tests formels. Dans d'autres cas, la pratique acceptée peut être le diagnostic présomptif basé sur la présence d'altérations de l'état et d'altérations biologiques caractéristiques. La présente note explicative propose des directives qui peuvent être appliquées pour poser un diagnostic formel ou présomptif des atteintes révélatrices du sida.

## ATTEINTES RÉVÉLATRICES

Cryptosporidiose  
Cytomégalovirus  
Cancer invasif du col utérin  
Coccidiose  
Sarcome de Kaposi  
Lymphome  
PIL/HLP  
Pneumonie à *Pneumocystis carinii*  
Leuco-encéphalopathie  
multifocale progressive  
Toxoplasmose

Candidose

Coccidioïdomycose  
Cryptococcose  
Virus de l'*Herpes simplex*  
Histoplasmosse

Tuberculose pulmonaire ou autre  
Autre mycobactériose  
Autre infection bactérienne  
Salmonellose

Encéphalopathie au VIH  
(N. B. : Les méthodes diagnostiques mentionnées ici ne sont pas vraiment catégoriques mais sont assez précises en ce qui a trait à la surveillance.)

## MÉTHODES ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES FORMELS

Microscopie (histologie ou cytologie)

Examen grossier soit par endoscopie ou autopsie, soit par microscopie (histologie ou cytologie) d'un échantillon des tissus affectés prélevé directement (notamment grattage de la surface muqueuse) et non d'une culture de ces tissus.

Microscopie (histologie ou cytologie), culture, ou détection de l'antigène dans un échantillon des tissus affectés prélevé directement ou dans un liquide provenant de ces tissus.

Culture

Résultats démontrant un dérèglement invalidant cognitif et/ou moteur qui nuit au travail ou aux activités quotidiennes. Chez les enfants, les résultats peuvent aussi démontrer une régression sur le plan du développement comportemental, évoluant sur une période allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Dans les deux cas, on note l'absence de tout état concomitant autre que l'infection au VIH qui pourrait expliquer ces 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, une résonance magnétique du cerveau ou une autopsie.

## ATTEINTES RÉVÉLATRICES

### Syndrome d'émaciation au VIH

(N. B. : Les méthodes diagnostiques mentionnées ici ne sont pas vraiment catégoriques mais sont assez précises en ce qui a trait à la surveillance )

## MÉTHODES ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES FORMELS

Observation d'une perte pondérale marquée et involontaire supérieure ou égale à 10 % du poids corporel initial, accompagnée soit de diarrhée chronique (au moins deux selles molles par jour pendant plus de trente jours), soit de faiblesse chronique et de fièvre connue (pendant trente jours ou plus, de façon intermittente ou constante), sans atteinte ou état concomitant autre que l'infection au VIH qui pourrait expliquer ces manifestations (ex. : cancer, tuberculose, cryptosporidiose ou autre entérite spécifique).

### Candidose œsophagienne

Présence des deux conditions suivantes :

- installation récente de douleurs rétrosternales pendant 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.

### Pneumonie bactérienne récurrente

Pneumonie aiguë (à l'aide d'une nouvelle preuve radiographique) et récurrente (plus d'un épisode en un an), diagnostiquée par :

- 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 *Pneumocystis carinii* ou *Mycobacterium tuberculosis*) ;

**et**

- une preuve radiologique de pneumonie. On considérera qu'il s'agit d'un diagnostic présomptif dans les cas où l'on n'aura pas obtenu de confirmation, par un laboratoire, de la présence d'un agent causal pour l'un des épisodes de pneumonie.

## **ATTEINTES RÉVÉLATRICES**

Rétinite à cytomégalovirus

## **MÉTHODES DIAGNOSTIQUES PRÉSOMPTIVES**

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, d'un échantillon de sites normalement stériles ou de tissu prélevé sur 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'en a jusque-là observé que quelques cas).

PIL/HLP

Radiographie pulmonaire montrant des images bilatérales d'infiltrats interstitiels réticulonodulaires pendant deux mois ou plus, sans identification d'agent pathogène ni réponse à l'antibiothérapie.

## ATTEINTES RÉVÉLATRICES

Pneumonie à *Pneumocystis carinii*

## MÉTHODES DIAGNOSTIQUES PRÉSOMPTIVES

Présence des quatre conditions suivantes :

- antécédents de dyspnée à l'effort ou de toux improdutive apparue récemment (au cours des trois 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 pO<sub>2</sub> inférieure à 70 mm, faible capacité de diffusion respiratoire (inférieure 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 à la définition d'un cas clinique de tuberculose donnée dans le présent document.

Pneumonie bactérienne récurrente

Pneumonie aiguë (nouveaux signes, nouveaux symptômes ou preuves radiologiques absentes auparavant) et récurrente (plus d'un épisode en un an), diagnostiquée sur la foi de données d'observation de données ou radiologiques relevées par le médecin du patient.

## ATTEINTES RÉVÉLATRICES

Toxoplasmose cérébrale

## MÉTHODES DIAGNOSTIQUES PRÉSOMPTIVES

Présence des trois conditions suivantes :

- installation récente d'un trouble neurologique en foyer, compatible avec une atteinte intracrânienne, ou conscience diminuée ;

**et**

- tomographie du cerveau montrant une lésion ayant un effet de masse (tomographie de reconstruction ou par résonance magnétique nucléaire), ou dont la visualisation radiographique est améliorée par injection d'un opacifiant ;

**et**

- présence d'anticorps sériques contre la toxoplasmose, présence de l'ADN génomique de *Toxoplasma gondii* dans le LCR ou bonne réponse au traitement de la toxoplasmose.



# **SYPHILIS**

## ***SYPHILIS PRIMAIRE***

### **Cas confirmé**

Observation de *Treponema pallidum* dans un prélèvement venant 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**

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA), indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) 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) par rapport au précédent test du même type 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 observation de condylomes plats 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 (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA), ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) par rapport au précédent test du même type.

## ***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) et tréponémiques (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) ;

**et**

3) une des situations suivantes au cours des douze derniers mois :

◇ un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur révélé par 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 (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA), indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) ;

**et**

2) absence de manifestations cliniques de syphilis ;

**et**

3) aucun traitement antérieur pour la syphilis ;

**et**

4) absence de situations révélant la présence d'une infection par *Treponema pallidum* au cours des douze derniers mois et des situations décrites au point 3 de la définition de la syphilis latente précoce.

## **NEUROSYPHILIS**

### **Cas confirmé**

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

1) un VDRL réactif sur un LCR non sanguinolent ;

**ou**

2) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex. : syphilis méningovasculaire, parésie généralisée ou tabès dorsal) et pléiocytose sur le LCR en l'absence d'autres causes ;

**ou**

3) manifestations cliniques compatibles avec une neurosyphilis (ex. : syphilis méningovasculaire, parésie généralisée ou tabès dorsal) 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 (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA), indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST) chez une personne présentant les deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles après examen des systèmes 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 (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, de l'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) et tréponémiques (FTA-ABS, MHA-TP, TP-PA) faite à partir de sang veineux (et non de sang du cordon ombilical) ;

**et**

- 2) manifestations cliniques, biochimiques ou radiographiques de syphilis congénitale compatibles après examen des systèmes cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes ;

**et**

- 3) absence de traitement adéquat chez la mère.

# TÉTANOS

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles incluant de l'hypertonie aiguë ou des contractions musculaires douloureuses de la mâchoire ou des muscles du cou, et des spasmes musculaires généralisés en l'absence d'autre cause médicale apparente.



## **TOXI-INFECTIION D'ORIGINE ALIMENTAIRE OU HYDRIQUE**

### **Cas confirmé**

Présence de manifestations cliniques similaires chez au moins deux personnes et lien épidémiologique entre les symptômes et la consommation d'aliments ou d'eau en commun, avec ou sans identification d'un agent pathogène.

# TRICHINOSE

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et présence d'une des 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 de *Trichinella* sur deux sérums consécutifs prélevés à trois ou quatre semaines d'intervalle.

## Cas clinique

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

# TUBERCULOSE

## Cas confirmé<sup>1</sup>

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 clinique

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

1) présence de symptômes et de signes compatibles avec une tuberculose évolutive ;

**ou**

2) une ou plus d'une radiographie pulmonaire laissant croire à une tuberculose évolutive ;

**ou**

3) examen pathologique de tissus à l'aide d'une biopsie ou d'une autopsie laissant croire à une tuberculose.

**ET**

Prescription d'un traitement antituberculeux (sauf si le diagnostic a été posé après la mort).

---

<sup>1</sup> On qualifiera un épisode de « nouveau cas » si la personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, la personne sera considérée comme un nouveau cas si elle n'a jamais été déclarée au registre central des MADO et si elle n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.

On qualifiera un épisode de « récurrence » si la personne visée fait état d'une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Pour qu'on inscrive un nouvel épisode en tant que récurrence, la personne concernée devrait avoir reçu un traitement antituberculeux **et avoir été asymptomatique pendant six mois après la fin du traitement ou ne pas avoir eu de suivi médical pour une période de douze mois ou plus**. On ne devrait jamais considérer un épisode comme un nouvel épisode à l'intérieur d'une période de douze 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 présence d'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<sup>1</sup> du taux d'anticorps spécifiques de *Francisella tularensis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

## Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles et détection par une épreuve d'agglutination standard, d'un seul titre d'anticorps spécifiques de *Francisella tularensis* supérieur ou égal à 160.

---

<sup>1</sup> On accepte habituellement comme significative une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

## **TYPHOÏDE (voir fièvre typhoïde)**

# TYPHUS

## ***TYPHUS ÉPIDÉMIQUE***

### **Cas confirmé**

Manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre *Rickettsia prowazeki* 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 approuvées.

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

# MALADIES DONT LA DÉCLARATION N'EST PAS OBLIGATOIRE

## 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 dans une biopsie de l'intestin grêle ;

**ou**

3) détection d'antigènes de *Cryptosporidium* dans les selles à l'aide d'une technique immuno-enzymatique.

### Cas clinique

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

## ÉCLOSION

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 relatives au temps, au lieu et/ou aux personnes concernées ;

*ou*

- 2) une ou des mêmes expositions.
- 3) Cette définition se base sur le plus petit commun dénominateur permettant de reconnaître une situation d'éclosion. Elle offre des indications suffisantes pour déceler d'éventuels phénomènes nouveaux. 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 de conséquences pour la santé publique (ex. : pédiculose, scarlatine, toxi-infection alimentaire familiale, varicelle, etc.). L'exhaustivité des signalements permet néanmoins le décompte des événements et demeure souhaitable.

## **INFECTION À *CYCLOSPORA***

### **Cas confirmé**

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) présence d'oocystes de *Cyclospora* dans des selles, 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 clinique**

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

## **INFLUENZA**

### **Cas confirmé**

Manifestations cliniques<sup>(1)</sup> compatibles et présence d'une des conditions suivantes :

1) isolement du virus de la grippe dans un spécimen approprié ;

**ou**

2) détection de l'antigène du virus de la grippe dans un spécimen approprié ;

**ou**

3) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés plus haut.

### **NOTE EXPLICATIVE**

<sup>(1)</sup> L'influenza est une maladie respiratoire aiguë accompagnée de fièvre et de toux et d'au moins un des symptômes suivant : mal de gorge, arthralgies, myalgie ou prostration. Dans les établissements de soins de longue durée, les personnes atteintes 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 être accompagnée de nausées, de vomissements ou de diarrhée. Chez les très jeunes enfants, la fièvre peut être discrète.

# LISTÉRIOSE

## Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et isolement de *Listeria monocytogenes* sur un site normalement stérile.

# MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

## **MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (FORME CLASSIQUE)**

### **Cas confirmé**

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) démonstration anatomopathologique d'encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral ou 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 (scrapie).

### **Cas clinique**

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) démence rapidement progressive ;

**et**

- 2) EEG typique ;

**et**

- 3) au moins deux des quatre manifestations suivantes : *a* myoclonie ; *b* perturbations visuelles ou cérébelleuses (ataxie) ; *c* symptômes pyramidaux ou extrapyramidaux ; *d* 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 (VARIANTE NOUVELLE)**

### **Cas confirmé**

Désordre neuropsychiatrique progressif et confirmation neuropathologique de l'infection<sup>(1)</sup>.

### **Cas clinique**

Présence des sept conditions suivantes :

1) désordre neuropsychiatrique progressif ;

**et**

2) durée de la maladie inférieure à six mois ;

**et**

3) aucune autre cause apparente ;

**et**

4) aucune exposition iatrogénique potentielle ;

**et**

5) au moins quatre des cinq manifestations cliniques suivantes : *a* symptômes psychiatriques hâtifs ; *b* paresthésies douloureuses persistantes ; *c* ataxie ; *d* myoclonies, chorée ou dystonie ; *e* démence ;

**et**

6) si effectué, EEG qui n'est pas typique de la forme classique de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ;

**et**

7) signal hyperdense émis par la partie postérieure du thalamus observé à l'imagerie par résonance magnétique.

### **NOTE EXPLICATIVE**

<sup>(1)</sup> L'infection est habituellement confirmée par l'une ou l'autre des 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 ou dépôts périce llulaires abondants de protéines prions (PrP) dans le cortex cérébral ou cérébelleux.

## SYNDROME PULMONAIRE À *HANTAVIRUS*

### Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles<sup>(1)</sup> 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 convalescence<sup>(2)</sup> ;

**ou**

3) détection de la séquence d'acide ribonucléique spécifique du *Hantavirus* par PCR dans un spécimen approprié ;

**ou**

4) détection de l'antigène du *Hantavirus* par épreuve immunohistochimique.

### NOTES EXPLICATIVES

<sup>(1)</sup> Le 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 inexplicée entraînant la mort et d'une autopsie laissant voir un œdème pulmonaire non cardiogène sans cause particulière pouvant expliquer le décès.

<sup>(2)</sup> L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée comme significative en fonction de la technique utilisée pour analyser simultanément au même laboratoire les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle.

# VARICELLE

## Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes en l'absence d'immunisation récente<sup>(1)</sup> contre la varicelle :

1) isolement du virus de la varicelle dans un échantillon 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 convalescence<sup>(2)</sup> ;

**OU**

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

## Cas clinique

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

## NOTES EXPLICATIVES

<sup>(1)</sup> En présence d'une immunisation récente, la validation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon approprié.

<sup>(2)</sup> L'augmentation du taux d'anticorps sera considérée comme 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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Case definitions for infectious conditions under public health surveillance ». *MMWR*, no 46(RR10), 1997,1-57.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE, et BUREAU D'ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. « Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie », Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, no 17S3, 1991, p. 1-35.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec : Définitions nosologiques*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.

REMIS R.S. *Lignes directrices concernant la surveillance du sida au Canada*, Ottawa, Laboratoire de lutte contre la maladie, 1995.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DIVISION DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES du Bureau des maladies infectieuses. « Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale » ; *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Laboratoire de lutte contre la maladie ; no 26S3, 2000, p. 1-122.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Recommended Surveillance Standards », WHO/EMC/DIS/97.1.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Définitions nosologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

HEININGER *et al.* « Clinical validation of a PCR assay for the diagnosis of pertussis by comparison with serology, culture, and symptoms during a large pertussis vaccine efficacy trial », *Pediatrics*, vol. 105, no 3, 2000.

MURRAY P.R. *et al.* *Manual of Clinical Microbiology*, septième édition, Washington American Society for Microbiology, 1999.

MANDELL, G.L., J.E. « BENNETT et R. Dolin. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, cinquième édition, Philadelphie, Churchill Livingstone, 2000.

**COMMENTAIRES CONCERNANT  
LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES  
AUX FINS DE SURVEILLANCE  
PROVINCE DE QUÉBEC, JANVIER 1997**

**Identification**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
          a      m      j

**Commentaires**

- 1)  modification à faire  
 précision à apporter  
 erreur

Section \_\_\_\_\_ page \_\_\_\_\_

---

---

---

- 2)  modification à faire  
 précision à apporter  
 erreur

Section \_\_\_\_\_ page \_\_\_\_\_

---

---

---

**Suggestions :**

---

---

S V P retourner à François Dumont  
BSÉ, DGSP, MSSS  
1075, chemin Sainte-Foy, 2<sup>e</sup> étage  
Tel : 418-266-6740  
Télec : 418-266-6708  
Courriel: francois.dumont@msss.gouv.qc.ca