

MALADIES D'ORIGINE INFECTIEUSE

Définitions nosologiques

13^e édition



Mise à jour 2026

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la prévention et à la santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-02178-5 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

Les auteurs de ce recueil sont les membres et anciens membres du comité des définitions nosologiques.

Membres et anciens membres du comité des définitions nosologiques

Véronique Auclair-Raïche
Infirmière clinicienne
Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Montréal

D^r Réjean Dion
Médecin-conseil
Laboratoire de santé publique du Québec
Institut national de santé publique du Québec

Martine Fortier
Infirmière clinicienne
Responsable du comité
Direction de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Sandra Giroux
Infirmière clinicienne
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Stéphanie Jodoin
Agente de recherche et de planification socio-économique
Direction de la vigilance et des maladies infectieuses
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Éric Levac
Médecin-conseil
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Noémie Pouliot
Infirmière clinicienne
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

D^{re} Noémie Savard
Médecin-conseil
Direction des risques biologiques
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Pier Thibault
Infirmière clinicienne
Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Secrétariat

Mélanie Léger
Direction de la vigilance et des maladies infectieuses
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour toutes questions relatives aux définitions nosologiques, vous pouvez communiquer avec la Direction de la vigilance et des maladies infectieuses par courriel à santepubliquequebec@msss.gouv.qc.ca.

REMERCIEMENTS

Les membres du comité provincial des définitions nosologiques tiennent à remercier les anciens membres du comité, soit Andrée Chartrand, Danic Joncas, Marc Fiset et Isabelle Rouleau, tous les professionnels des directions de santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Laboratoire de santé publique du Québec, du comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS (CALI), du groupe de travail de la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) et des centres hospitaliers qui leur ont fait part de leurs précieux commentaires ainsi que le personnel de secrétariat du ministère de la Santé et des Services sociaux qui a assuré la mise en page du document.

TABLE DES MATIÈRES

1	CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	1
2	NOTES POUR INTERPRÉTER LES DÉFINITIONS NOSOLOGiques	2
3	PRINCIPES À LA BASE DES RÉVISIONS	4
4	MODIFICATIONS APPORTÉES À LA PRÉSENTE ÉDITION	5
5	MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	7
	AMIBIASE	7
	ANAPLASMOSE	8
	ARBOVIROSES NEUROINVASIVES	9
	BABÉSIOSE	10
	BOTULISME	11
	Botulisme alimentaire	11
	Botulisme d'inoculation	11
	Botulisme infantile	11
	Botulisme par colonisation	11
	BRUCELLOSE	12
	CHANCRE MOU	13
	CHOLÉRA	14
	COQUELUCHE	15
	CRYPTOSPORIDIOSE	16
	CYCLOSPOROSE	17
	DIPHTÉRIE	18
	ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)	19
	ÉCLOSION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)	20
	FIÈVRE DENGUE	21
	FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES (FHV)	22
	FIÈVRE JAUNE	23
	FIÈVRE PARATYPHOÏDE	24
	FIÈVRE Q	25
	FIÈVRE TYPHOÏDE	26
	GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE	27
	GIARDIASE	28
	GRANULOME INGUINAL	29
	HÉPATITE A	30
	HÉPATITE B	31
	Hépatite B aiguë	31
	Hépatite B porteur chronique	31
	Hépatite B non précisée	31
	HÉPATITE C	32
	Hépatite C infection aiguë ou récente	32
	HÉPATITE C NON PRÉCISÉE	32
	HÉPATITE DELTA (D)	33
	HÉPATITE E	34
	HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION	35
	INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i> (campylobactériose)	36
	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> (chlamydiase ou chlamydiose)	37
	INFECTION À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUCTEUR DE SHIGATOXINES	38
	INFECTION À HANTAVIRUS	39
	INFECTION À HTLV DE TYPE I OU II	40
	INFECTION À <i>PLASMODIUM</i> (malaria ou paludisme)	41
	INFECTION À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i>	42

INFECTION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (SARV)	43
INFECTION GONOCOCCIQUE (gonorrhée)	44
Infection gonococcique génito-urinaire	44
Infection gonococcique de l'œil	44
Infection gonococcique autre	44
INFECTION INVASIVE À <i>HÆMOPHILUS INFLUENZÆ</i>	45
INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE	46
INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A	47
INFECTION INVASIVE À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> (pneumocoque)	48
INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)	50
INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)	51
Syndrome neurologique lié au VNO	51
Syndrome non neurologique lié au VNO	53
Infection asymptomatique liée au VNO	55
INFECTION PAR LES VIRUS DU SÉROGROUPE CALIFORNIE (VSC)	56
LÉGIONELLOSE	58
LÈPRE	59
LEPTOSPIROSE	60
LISTÉRIOSE	61
LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)	62
MALADIE DE CHAGAS (trypanosomiase américaine)	63
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ) ET SES VARIANTES (vMCJ)	64
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) (forme classique)	64
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (variante [vMCJ])	65
MALADIE DE LYME	66
MALADIE DU CHARBON (anthrax)	68
OREILLONS	69
PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA)	70
PESTE	71
POLIOMYÉLITE	72
PSITTACOSE	73
RAGE	74
ROUGEOLE	75
RUBÉOLE	76
RUBÉOLE CONGÉNITALE	77
Syndrome de rubéole congénitale	77
Infection rubéoleuse congénitale	77
SALMONELLOSE	78
SHIGELLOSE	79
SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)	80
SYNDROME HÉMOLYTIQUE URÉMIQUE (SHU) ET PURPURA THROMBOCYTOPÉNIQUE THROMBOTIQUE (PTT) ASSOCIÉS À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUCTEUR DE SHIGATOXINES	81
SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)	82
SYPHILIS (<i>Révision à venir</i>)	84
Syphilis primaire	84
Syphilis secondaire	85
Syphilis latente précoce	86
Syphilis latente tardive	86
Neurosyphilis	87
Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis	87
Syphilis congénitale	88
Syphilis sans précision	88
TÉTANOS	89
TOXIINFECTION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE	90

TRICHINOSE (trichinellose).....	91
TUBERCULOSE.....	92
TULARÉMIE.....	93
TYPHUS.....	94
Typhus épidémique.....	94
Typhus murin.....	94
Typhus des broussailles.....	94
VARIOLE.....	95
MALADIES D'INTÉRÊT QUI NE SONT PAS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE.....	96
ÉCLOSION.....	96
EHRlichiose.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	98
ANNEXE I LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE AU QUÉBEC OU FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE NATIONALE AU CANADA.....	101
ANNEXE II MODIFICATIONS APPORTÉES AUX ÉDITIONS ANTÉRIEURES.....	103
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2019 À LA 12 ^e ÉDITION.....	103
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2018 À LA 11 ^e ÉDITION.....	104
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2016 À L'ÉDITION 2012.....	105
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2012 À L'ÉDITION 2011.....	107
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2011 À L'ÉDITION 2008.....	108
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2008 À L'ÉDITION 2006.....	111
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2006 À L'ÉDITION 2005.....	112
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2005 À L'ÉDITION 2004.....	112
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À L'ÉDITION 2001.....	113
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À L'ÉDITION 1997.....	114
MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À L'ÉDITION 1991.....	116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
AgHBs	Antigène de surface de l'hépatite B
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
Anti-VHD	Anticorps contre le virus de l'hépatite delta
Anti-VHE	Anticorps contre le virus de l'hépatite E
ARN	Acide ribonucléique
AST	Aspartate aminotransférase
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CMI	<i>Clinical Laboratory Standards Institute</i>
CLSI	Concentration minimale inhibitrice
DFA	<i>Direct fluorescent assay</i> (immunofluorescence directe)
DFA-TP	<i>Direct fluorescent assay</i> - <i>Treponema pallidum</i>
EEG	Électro-encéphalogramme
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i> (technique immunoenzymatique ou épreuve, essai ou test immunologique)
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
ECEH	<i>Escherichia coli</i> entérohémorragique (synonyme d' <i>E. coli</i> , producteur de shigatoxines)
FHV	Fièvre hémorragique virale
FTA-ABS-DS	<i>Fluorescent treponemal antibody absorption – double stain</i>
HTLV	<i>Human T-cell lymphotropic virus</i>
IFA	<i>Indirect fluorescent assay</i> (immunofluorescence indirecte)
IgG	Immunoglobulines de classe G (anticorps)
IgM	Immunoglobulines de classe M (anticorps)
IH	Inhibition d'hémagglutination
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INNO-LIA	« Innogenetics Line Immunoassay » (épreuve immunoenzymatique sur bandelette)
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MHA-TP	<i>Microhemagglutination assay for antibodies to Treponema pallidum</i>
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i> (réaction de polymérisation en chaîne)
PFA	Paralysie flasque aiguë
PRN	<i>Plaque-reduction neutralization test</i>
PrP	Protéine prion
PTT	Purpura thrombocytopénique thrombotique
RFLP	<i>Restriction fragment length polymorphism</i>
RIA	<i>Radioimmunoassay</i>
RIBA	<i>Recombinant immunoblot assay</i>
RIPA	Radio-immunoprécipitation
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
RT-PCR	<i>Reverse transcriptase – Polymerase chain reaction</i> (PCR par transcriptase inverse)
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SHU	Syndrome hémolytique urémique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS	Système nerveux central
SNC	Syndrome respiratoire aigu sévère
TDSC	Test de diagnostic sans culture
TP-PA	<i>Treponema pallidum - particle agglutination</i>
TRUST	<i>Toluidine red unheated serum test</i>
VDRL	<i>Venereal disease research laboratory</i>
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VNO	Virus du Nil occidental

1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 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 l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC]) et des *Centers for Disease Control and Prevention* aux États-Unis, publiait en janvier 1991 sa première version d'un recueil de définitions nosologiques pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Elle a été mise à jour en 1997, puis plusieurs fois par la suite (voir le chapitre 4 « Modifications apportées à l'édition en cours » et l'annexe II « Modifications apportées aux versions antérieures »). La version initiale était basée sur le document fédéral intitulé *Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale*, paru en 2009 et archivé sur le site Internet de l'ASPC (URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09vol35/35s2/index-fra.php>). La version actuelle tient compte des définitions de cas disponibles sur le site de l'ASPC. *Définitions de cas : maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale* (URL : <https://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/liste-maladies>).

Le présent document, construit à partir de la liste officielle des MADO du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, s'adresse aux professionnels du réseau de la santé publique qui s'occupent de la surveillance de ces maladies. Il vise à fournir aux intervenants de santé publique des critères uniformes pour valider les épisodes de MADO dans le système d'information et de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI) et ainsi standardiser leur dénombrement.

Les définitions nosologiques diffèrent des critères utilisés par les cliniciens pour établir un diagnostic. D'ailleurs, le contexte épidémiologique, les informations médicales ou les 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 la surveillance. Les définitions nosologiques ne doivent pas non plus représenter pour le clinicien ni pour le laboratoire les critères minimaux à respecter pour le signalement d'un cas, puisque des actions de santé publique peuvent être entreprises indépendamment de la validation dans une perspective de surveillance. En ce sens, l'article 93 de la Loi sur la santé publique oblige entre autres le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population à aviser le directeur de santé publique de son territoire avant même que la MADO ne soit confirmée (Québec, 2011). De plus, à des fins d'investigation, d'autres définitions de cas mieux adaptées à une situation d'éclosion précise seront parfois utilisées. Dans ces circonstances particulières, les niveaux de classification et les besoins, du point de vue de la sensibilité et de la spécificité, peuvent varier.

Le recueil des définitions nosologiques n'indique pas les critères servant d'assises à la décision de mener ou non une enquête ou une intervention de santé publique lorsqu'une MADO est soupçonnée. Il contient essentiellement des définitions qui permettent de classer un cas de maladie infectieuse de la façon la plus précise possible. Cependant, il ne peut répondre aux questions liées à la saisie des données. Ainsi, le recueil des définitions nosologiques doit être utilisé par les intervenants de santé publique en complémentarité avec les guides d'intervention élaborés pour les différentes MADO et avec un guide portant sur la saisie des données de surveillance dans le SI-GMI.

2 NOTES POUR INTERPRÉTER LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES

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 une condition nécessaire à la classification du cas. Le terme « manifestations cliniques » désigne l'ensemble des symptômes et signes cliniques de la maladie en contexte.
2. Le sang, les liquides céphalorachidien, pleural, péritonéal, péricardique et articulaire ainsi que les tissus obtenus par biopsie ou par prélèvement peropératoire (incluant la moelle osseuse) sont considérés comme des échantillons cliniques (synonyme de « spécimens ») provenant de sites normalement stériles. Cependant, les produits d'aspiration de l'oreille moyenne ou d'une plaie superficielle et le liquide obtenu par lavage bronchoalvéolaire ne le sont pas.
3. Même s'il est difficile d'en trouver une définition claire, les infections invasives sont associées parfois à une bactériémie, parfois à des problèmes de choc, de défaillance rénale, de coagulopathie, de nécrose cutanée ou de détresse respiratoire; par exemple, la méningite, la septicémie, la pneumonie avec bactériémie, la péritonite, la péricardite, la fasciite ou myosite nécrosante et l'arthrite septique sont des infections invasives.
4. Au sens strict du terme et dans le contexte d'une maladie transmise entre personnes, le *lien épidémiologique* correspond à un contact de personne à personne avec un cas confirmé par un test de laboratoire, durant sa période de contagiosité. Le temps écoulé entre le moment de l'exposition et le début des symptômes doit être compatible avec la période d'incubation de la maladie.

Dans un sens plus large, le *lien épidémiologique* correspond à toute situation où il est plausible qu'une personne ait été exposée à une infection et qu'elle l'ait acquise. En plus des maladies transmissibles de personne à personne, certaines maladies se transmettent par l'entremise d'un véhicule alimentaire ou hydrique contaminé, d'un vecteur ou d'un animal infecté, ou encore d'un réservoir environnemental. Cette notion peut être plus ou moins spécifique; ainsi elle fera référence à une exposition à un cas confirmé pendant sa période de contagiosité, à une exposition à un groupe de personnes dans lequel une maladie circule ou même à un séjour dans une région où la maladie est endémique. Quand survient une éclosion dans un sous-groupe de la population (élèves fréquentant un établissement scolaire, membres d'une communauté religieuse ou travailleurs d'une usine, par exemple), l'appartenance à ce sous-groupe, de même qu'un contact avec lui, devraient être considérés comme un lien épidémiologique.

Le concept de *lien épidémiologique* s'applique également au séjour dans une région où la transmission d'une maladie comme la malaria ou la fièvre jaune est attestée ou à la consommation d'un aliment associée à des intoxications alimentaires comme le botulisme ou la ciguatera.

Habituellement, un premier cas confirmé par un test de laboratoire suffit à confirmer d'autres cas qui se manifestent ultérieurement et qui présentent un lien épidémiologique avec le premier. Cependant, on doit confirmer rétrospectivement les cas suspects qui se sont manifestés avant que le premier cas ne soit confirmé par un test de laboratoire et qui ont un lien épidémiologique avec ce cas.

Enfin, il peut arriver qu'un deuxième cas, confirmé par un lien épidémiologique avec un premier cas confirmé par un test de laboratoire, ait lui-même un lien épidémiologique avec un troisième cas sans que celui-ci ait un lien direct avec le premier cas confirmé. Dans cette situation, le troisième cas devient également un cas confirmé.

5. Le terme nouveau-né réfère à la période qui va de la naissance à 28 jours alors que le terme nourrisson réfère à la période qui va de la naissance à l'âge de 2 ans.

6. Lorsqu'un cas d'infection peut être confirmé par sérodiagnostic, soit une augmentation du titre d'anticorps dirigés contre le microorganisme, celle-ci, pour être considérée comme significative, doit être d'au moins quatre fois entre deux sérums prélevés à quelques semaines d'intervalle (sérums en phase aiguë de l'infection et en phase convalescente). La deuxième façon de confirmer un cas d'infection est par la séroconversion des anticorps, soit par le passage de l'absence d'anticorps à la présence de ceux-ci entre deux sérums. Une troisième façon peut être par la détection d'anticorps de classe IgM.

La recherche d'anticorps peut se faire à l'aide d'une méthode sérologique qualitative (EIA [essai immuno-enzymatique], faisant partie des épreuves immunologiques) ou quantitative (IH [inhibition de l'hémagglutination], PRNT [séroneutralisation des plages de lyse]). Les résultats des tests qualitatifs sont « positif », « négatif » ou « indéterminé »; les résultats des tests quantitatifs sont sous forme de titres (n) ou de dilutions (1/n ou 1:n). Le laboratoire rapporte 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 étant rapportés comme indéterminés.

7. Le domaine du diagnostic moléculaire évolue rapidement et de nouvelles épreuves de laboratoire font régulièrement leur apparition. Pour certaines maladies, le diagnostic peut être établi par un test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN), tel que la réaction de polymérisation en chaîne (polymerase chain reaction [PCR]), ou par l'utilisation de sondes détectrices d'acides nucléiques, qui n'amplifient pas l'ADN et ne sont pas des TAAN.

Le passage d'une détection d'acides nucléiques négative à une détection positive est qualifié de conversion et peut signifier la survenue d'une nouvelle infection.

L'expression « détection d'acides nucléiques » est utilisée dans le présent document sans précision sur la nature des tests utilisés. La détection d'acides nucléiques et la détection d'antigène font partie des tests diagnostiques sans culture (TDSC) (*culture-independent diagnostic tests* [CIDT], en anglais).

Sur une base individuelle (au cas par cas) et après validation auprès du laboratoire ou du médecin traitant afin de s'assurer de la spécificité du résultat, un épisode de MADO pourrait être validé en se basant sur un test de détection d'acides nucléiques, même si ce test n'est pas inscrit dans les conditions de la définition nosologique. Cette démarche devrait tenir compte des autres éléments cliniques (ex. : manifestations cliniques, exposition plausible, statut immunitaire, etc.).

8. Il arrive parfois que des tests de laboratoire ne soient pas homologués pour être réalisés à partir de certains sites de prélèvement d'échantillons cliniques. Par exemple, certains tests de détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* ne sont pas homologués pour être effectués sur un échantillon d'origine rectale ou vaginale. Au Québec, une validation doit être effectuée localement selon les normes du système qualité en vigueur. Ainsi, un résultat positif permettra de valider le cas même si le test n'est pas homologué pour le site de prélèvement.
9. Les résultats de sérologies peuvent être exprimés en dilutions ou en titres (ce terme fait référence à la technique de chimie analytique appelée titrage). La valeur d'un titre est l'inverse multiplicatif de la valeur de dilution. Par exemple, un titre de 4 correspond à une dilution de 1/4, également notée 1:4.

Par souci d'uniformité, les valeurs de sérologies sont exprimées sous forme de titres dans ce document.

3 PRINCIPES À LA BASE DES RÉVISIONS

Les MADO apparaissent dans le présent recueil des définitions nosologiques telles qu'elles sont libellées dans le Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (Québec, 2011). À la dernière section du document figurent, à titre de référence, les définitions de cas de certaines maladies infectieuses qui ne sont pas à déclaration obligatoire mais qui présentent un intérêt certain en santé publique. La liste des MADO est présentée en annexe. [Le formulaire de déclaration de MADO pour les professionnels de la santé](#) et [le formulaire de déclaration MADO pour les laboratoires](#) sont disponibles sur le site web du MSSS.

Pour les MADO qui font l'objet d'une surveillance au palier fédéral, les définitions de cas québécoises sont le reflet fidèle de la version canadienne, mis à part certaines adaptations. Pour les autres MADO, les définitions de cas québécoises ont été comparées aux définitions internationales (Organisation mondiale de la Santé) et américaines (*Centers for Disease Control and Prevention*) provenant des plus récentes versions publiées et des documents de travail mis à la disposition du comité. Dans la mesure du possible, les nouvelles définitions québécoises s'accordent avec celles des autres autorités en matière de surveillance des maladies infectieuses afin d'assurer la comparabilité des données.

Les définitions proposées comportent, au besoin, un ou deux types de cas : confirmé et probable. Même si certains systèmes de surveillance utilisent maintenant une nomenclature différente et comportant parfois plus de deux niveaux (par exemple : cas confirmé, probable ou suspect (possible), le groupe de travail a décidé de conserver la classification de cas adoptée antérieurement.

Les termes *confirmé* et *probable* correspondent ici à une classification qui repose essentiellement sur des notions de sensibilité et de spécificité. La plupart du temps, un cas est confirmé par un test de laboratoire très spécifique, peu importe les manifestations cliniques présentes. Il arrive toutefois qu'un cas puisse être confirmé en l'absence d'examen de laboratoire quand il présente un ensemble de manifestations cliniques ainsi qu'un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé antérieurement par un test de laboratoire, le tout étant suffisamment spécifique pour que le degré de certitude du diagnostic soit très élevé. À l'inverse, la définition d'un cas probable est habituellement basée sur des manifestations cliniques mais peut, dans certaines circonstances, exiger un résultat positif d'un test de laboratoire qui n'est cependant pas suffisamment spécifique pour classer le cas comme étant confirmé.

Depuis la première édition en 1991, on a pu remarquer une évolution importante dans le domaine de la technologie des tests diagnostiques. Ainsi, de nouveaux TDSC, dont ceux de biologie moléculaire deviennent de plus en plus accessibles, et ce, dans des contextes cliniques courants; ils remplacent parfois les méthodes conventionnelles comme la culture. Dans le processus de sélection des tests de laboratoire servant à classer un cas dans la catégorie *confirmé* ou *probable*, les épreuves diagnostiques sont retenues si, au moment de la rédaction du document, elles sont validées et utilisées dans les milieux cliniques. La terminologie de laboratoire la plus générale possible est retenue pour éviter la multiplication des rééditions à mesure que divers tests apparaissent sur le marché.

Les professionnels qui éprouveraient de la difficulté à déterminer la validité d'un test en particulier sont appelés à consulter à ce sujet les professionnels du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) ou ceux des centres hospitaliers. Des notes explicatives sont ajoutées, au besoin, dans le présent guide des définitions nosologiques pour fournir certaines précisions concernant des résultats de laboratoire ou des notions de surveillance.

La surveillance des maladies infectieuses consiste en un processus dynamique qui doit s'adapter aux changements tout en préservant une certaine constance afin d'évaluer les tendances pertinentes. Comme il s'avère impossible de prévoir toutes les situations, et aux fins de l'évaluation continue du présent document, les professionnels qui l'utiliseront sont invités à signaler toute difficulté et à faire part de leurs commentaires ou suggestions aux membres du groupe de travail. Ce document devrait assurer une meilleure qualité des données saisies dans le SI-GMI, lequel constitue la base de la surveillance des MADO, des actions de santé publique et de la planification sanitaire.

4 MODIFICATIONS APPORTÉES À LA PRÉSENTE ÉDITION

DATE	MALADIES	MODIFICATIONS
Janvier 2026	Considérations générales	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout du système d'information de gestion des maladies infectieuses (SI-GMI) • Ajout du lien web des définitions nosologiques de l'ASPC
Janvier 2026	Notes pour interpréter les définitions nosologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Précision sur les manifestations clinique compatibles • Précision sur le terme échantillon clinique et spécimen et épreuves immunologique; harmonisation de ces termes dans tout le guide des définitions nosologiques • Précision sur la détection d'acides nucléiques
Janvier 2026	Principes à la base des révisions	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une clarification au sujet de la validation de cas se basant sur un test de détection d'acides nucléiques qui n'est pas inscrit dans les conditions de la définition nosologique
Janvier 2026	Arboviroses neuroinvasives	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une note explicative pour informer que le nom de la MADO « anciennement encéphalite virale transmise par les arthropodes » a été modifié en conformité avec le RMA de 2019 et qu'une révision complète de la définition est prévue dans les plus brefs délais.
Janvier 2026	Hépatite A	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de la note 2 portant sur l'élévation des enzymes hépatiques, en conformité avec la fiche technique Pour la gestion des cas, des contacts et des éclosions- Hépatite A
Janvier 2026	Révision de l'Annexe I	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour de l'Annexe I en fonction des changements du RMA de 2019 et des changements récents de l'ASPC.
Janvier 2026	Retrait de l'Annexe III	<ul style="list-style-type: none"> • Afin d'assurer la pérennité du document, l'Annexe III a été retirée. Des liens web ont toutefois été insérés dans la section 2, intitulée « Principes à la base des révisions » afin de faciliter l'accès à l'information.
16 avril 2025	Anaplamose	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une définition nosologique spécifique en cohérence avec le RMA
16 avril 2025	Ehrlichiose	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une définition nosologique dans la section des maladies d'intérêts
24 février 2025	Maladie de Lyme	<ul style="list-style-type: none"> • Considérant le changement de pratiques annoncé par le LSPQ, les tests de Western Blot IgG et Line Blot IgM sont remplacés respectivement par un ELISA IgG et un ELISA IgM. Une révision complète de la définition est prévue dans les plus brefs délais
29 novembre 2024	Infection par les virus du séro groupe Californie (VSC)	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une définition nosologique spécifique pour les VSC en cohérence avec le RMA

9 mai 2024	Infection invasive à streptocoque du groupe A	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la détection d'acides nucléiques dans le cas confirmé • Précisions de la note 1 sur la coagulopathie et l'éruption érythémateuse
9 mai 2024	Leptospirose	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la détection d'acides nucléiques dans le cas confirmé • Ajout du titre d'anticorps agglutinants dans le cas confirmé • Ajout de la détection d'anticorps IgM dans le cas probable • Ajout de lien épidémiologique dans le cas probable • Ajout de notes explicatives sur les manifestations cliniques compatibles, les échantillons cliniques appropriés, les titre d'anticorps agglutinants, les sérovars, le délai entre les sérums et les anticorps IgM
26 janvier 2024	Poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> • Division de la classe selon les deux formes de la maladie : infection paralytique et non-paralytique • Ajout cas probable dans la forme de l'infection paralytique • Ajout de la classe d'infection non paralytique qui inclut un cas confirmé et un cas probable • Révision complète des notes explicatives
11 novembre 2022	Infection par le virus Chikungunya (vCHIK)	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la définition nosologique préliminaire élaborée en novembre 2022 en cohérence avec le RMA de 2019. Une mise à jour de cette version est à venir.
Octobre 2019	Fièvre Dengue	<ul style="list-style-type: none"> • Conformément au RMA de 2019, la définition nosologique a été transférée de la section «Maladies d'intérêt» vers celle des «Maladies à déclaration obligatoire».
Octobre 2019	Changement d'appellation de plusieurs MADO en cohérence avec le RMA	<ul style="list-style-type: none"> • Infection à <i>Escheria coli</i> producteur de véroxytoxine devient Infection à <i>Escheria coli</i> producteur de shigatoxines • Infection invasive à <i>Escheria coli</i> devient syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombopénique thrombotique (PTT) associé à <i>Escheria coli</i> producteur de shigatoxines • Gastro-entérites à <i>Yersinia enterocolitica</i> devient Infection à <i>Yersinia enterocolitica</i> • Encéphalite virale transmise par arthropodes devient Arboviroses neuroinvasives

5 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

AMIBIASE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica*¹ dans un échantillon clinique approprié;
ou
- 2) manifestations cliniques compatibles et détection d'anticorps contre *E. histolytica* à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA); **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques d'*E. histolytica*.

Note explicative

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

ANAPLASMOSE

Cas confirmé

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) détection d'acides nucléiques d'*Anaplasma phagocytophilum* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) augmentation significative du titre d'anticorps IgG contre *A. phagocytophilum* par IFA entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence²; **ou**
- 3) isolement par culture d'*A. phagocytophilum* dans un échantillon clinique approprié confirmé par détection d'acides nucléiques; **ou**
- 4) détection par immunohistochimie d'antigènes d'*A. phagocytophilum* dans du matériel de biopsie ou d'autopsie.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles³ **ou** donneur ou receveur de sang lié épidémiologiquement à un cas confirmé ou probable **et**

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) identification d'agréats bactériens intracytoplasmiques (morulas) dans les leucocytes⁵; **ou**
- 2) détection d'anticorps IgG contre *A. phagocytophilum* à un titre ≥ 128 par IFA sur un sérum unique⁴.

Notes explicatives

1. L'anaplasmose (anciennement appelée ehrlichiose granulocytotrope humaine) est causée par l'*Anaplasma phagocytophilum* et transmise par les tiques *Ixodes scapularis* et *I. pacificus*. La transmission par transfusion de globules rouges ou de plaquettes peut aussi survenir.
2. Un intervalle d'au moins 2 à 4 semaines entre les deux prélèvements est conseillé.
3. L'anaplasmose peut être asymptomatique. Les manifestations cliniques principales sont les suivantes : fièvre, céphalée, myalgie, arthralgie et asthénie; leucopénie, thrombocytopénie, anémie, élévation des enzymes hépatiques et augmentation des polynucléaires neutrophiles. Des manifestations gastro-intestinales, respiratoires, neurologiques et cutanées peuvent survenir.
4. Suggère une infection acquise à un moment indéterminé.
5. Aux fins de la surveillance, en présence de ce critère, saisir le cas comme un cas d'anaplasmose, à moins que les informations épidémiologiques permettent d'éliminer une anaplasmose et suggèrent plutôt une ehrlichiose. Pour consulter la définition d'ehrlichiose, voir la section maladie d'intérêt.

ARBOVIROSES NEUROINVASIVES ^{1,2} (Révision à venir)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec une infection aiguë du système nerveux central (SNC) et présence d'une des sept conditions suivantes :

- 1) isolement d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou d'autre liquide biologique ou tissu; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques d'un arbovirus dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou tout autre liquide biologique ou tissu; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM spécifiques par une épreuve EIA³ **ET** observation d'une augmentation significative du titre d'anticorps neutralisants par un test PRNT⁴ entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 4) séroconversion des anticorps IgM par un test immunologique (EIA) (négatif à positif) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence **ET** détection d'anticorps neutralisants par PRNT ≥ 20 ; **ou**
- 5) séroconversion du titre d'anticorps totaux par un test IH⁵ (négatif à positif ≥ 20) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence **ET** détection d'anticorps neutralisants par PRNT ≥ 20 ; **ou**
- 6) augmentation significative du titre d'anticorps totaux par un test IH entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence **ET** détection d'anticorps neutralisants par PRNT ≥ 20 ; **ou**
- 7) détection d'anticorps IgM spécifiques par une épreuve EIA sur le LCR **ET** observation d'un titre d'anticorps neutralisants par un test PRNT ≥ 20 .

Cas probable⁶

En l'absence d'autre cause apparente, manifestations cliniques compatibles avec une infection aiguë du SNC et présence de l'une des trois conditions suivantes :

- 1) détection d'anticorps IgM spécifiques par une épreuve immunologique (EIA) **ET** observation d'un titre d'anticorps neutralisants par un test PRNT ≥ 20 sur un seul sérum; **ou**
- 2) détection d'anticorps IgM spécifiques par une épreuve immunologique (EIA) sans augmentation significative des titres d'anticorps neutralisants par un test PRNT entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 3) détection sérologique d'un seul titre IH ≥ 20 **ET** détection d'anticorps neutralisants par PRNT.

Notes explicatives

1. Depuis l'entrée en vigueur du RMA en 2019, la définition nosologique portant sur « Encéphalite virale transmise par les arthropodes (ETA) » est devenue « Arboviroses neuroinvasives ». Ce changement d'appellation avait pour objectif d'inclure l'ensemble des manifestations cliniques aiguës sans se limiter seulement à celles du SNC. À noter que la révision complète de cette définition est prévue dans les plus brefs délais afin d'intégrer explicitement cet aspect.
2. Les principaux arbovirus causant une atteinte du SNC sont les suivants : les virus du séro groupe Californie (VSC) (ex. : virus Jamestown Canyon, virus Snowshoe hare, virus de La Crosse), le virus de l'encéphalite de Powassan (VEP), le virus de l'encéphalite équine de l'Est (EEE), le virus de l'encéphalite équine de l'Ouest (EEO), le virus de l'encéphalite de Saint-Louis (VESL) et le virus de l'encéphalite japonaise (VEJ). L'infection par le virus du Nil occidental (VNO) est une maladie à déclaration obligatoire en soi et devrait être classée comme telle. Pour les VSC, consulter la définition nosologique spécifique.
3. Épreuve immunologique (ou immuno-enzymatique) (*enzyme immuno assay* [EIA], en anglais).
4. Épreuve de séroneutralisation des plages de lyse (*plaque reduction neutralisation test* [PRNT], en anglais).
5. Test d'inhibition de l'héماغglutination (*hemagglutination inhibition* [IH], en anglais). Actuellement, le test IH est utilisé pour la détection des anticorps des virus Powassan, de l'EEE et de l'encéphalite japonaise (URL: <https://rcrsp.canada.ca/gts/laboratoire/1022>).
6. En présence d'anticorps positifs pour plus d'un virus, manifestations cliniques compatibles avec les virus détectés et exposition plausible, si on ne peut déterminer lequel des virus est responsable de l'infection aiguë du SNC, le cas sera classé comme un cas probable d'ETA en précisant les microorganismes pour lesquels la présence d'anticorps a été détectée.

BABÉSIOSE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

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

Note explicative

1. Les principales espèces pathogènes reconnues sont, selon l'origine géographique, *B. microti* (Amérique du Nord surtout) et *B. divergens* (Europe surtout).

BOTULISME

BOTULISME ALIMENTAIRE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

- 1) isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou le liquide d'aspiration gastrique; **ou**
- 2) détection de la toxine botulinique dans le sérum, les selles, le liquide d'aspiration gastrique ou un aliment suspect; **ou**
- 3) lien épidémiologique (même exposition alimentaire) avec un cas confirmé de botulisme.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et consommation d'un aliment suspect durant la période d'incubation.

BOTULISME D'INOCULATION

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez une personne qui, en l'absence de consommation documentée d'un aliment suspect, a présenté dans les 2 semaines ayant précédé le début de la maladie, une histoire de blessure récente contaminée et présence d'une des deux conditions suivantes :

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

BOTULISME INFANTILE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez un nourrisson âgé de moins d'un an et une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou un échantillon clinique prélevé à l'autopsie; **ou**
- 2) détection de la toxine botulinique dans les selles ou le sérum.

BOTULISME PAR COLONISATION

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec le botulisme chez une personne âgée d'un an ou plus ayant des troubles graves de la fonction gastro-intestinale¹ et présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou dans un échantillon clinique prélevé à l'autopsie; **ou**
- 2) détection de la toxine botulinique dans les selles ou le sérum.

Note explicative

1. Les troubles graves de la fonction gastro-intestinale sont associés à diverses maladies comme la colite et la dérivation intestinale, ou à d'autres maladies qui peuvent entraîner une perturbation locale ou générale de la flore intestinale normale

BRUCELLOSE

Cas confirmé

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

- 1) isolement d'une espèce de *Brucella* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques d'une espèce de *Brucella* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 3) détection par une épreuve d'agglutination d'une augmentation significative du titre d'anticorps spécifiques contre *Brucella* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

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

- 1) lien épidémiologique avec un cas humain confirmé, avec un cas animal confirmé ou avec un produit d'origine animale contaminé; **ou**
- 2) détection d'un seul titre d'anticorps contre *Brucella* ≥ 160 dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

Note explicative

1. La brucellose peut se manifester par un début aigu ou insidieux de fièvre, une sudation nocturne, une asthénie excessive, une anorexie, une perte de poids, des céphalées ou des arthralgies. La phase chronique de la maladie peut se présenter sous diverses formes.

CHANCRE MOU

Cas confirmé

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

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

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

CHOLÉRA (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence de diarrhées ou de vomissements et isolement de *Vibrio cholerae* O1, ou O139 produisant la toxine cholérique dans un échantillon de selles ou de vomissures.

COQUELUCHE

Cas confirmé

Isolement ou détection d'acides nucléiques¹ de *Bordetella pertussis* dans un échantillon clinique approprié;
OU

Lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire ET au moins une des manifestations suivantes, sans autre cause connue :

- 1) toux paroxystique;
- 2) toux avec chant du coq inspiratoire;
- 3) toux se terminant par des vomissements, des haut-le-cœur ou de l'apnée.

Cas probable

Toux durant au moins 2 semaines ET au moins une des manifestations suivantes, sans autre cause connue² :

- 1) toux paroxystique;
- 2) toux avec chant du coq inspiratoire;
- 3) toux se terminant par des vomissements, des haut-le-cœur ou de l'apnée.

Notes explicatives

1. Un résultat équivoque à la détection d'acides nucléiques pour *B. pertussis* n'est pas considéré suffisant pour classer un cas de coqueluche comme confirmé.
2. Un résultat de laboratoire négatif, équivoque ou non interprétable n'a pas d'incidence sur le classement d'un cas probable.

CRYPTOSPORIDIOSE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) présence de *Cryptosporidium* dans un échantillon clinique approprié¹; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Cryptosporidium* dans un échantillon clinique approprié¹; **ou**
- 3) détection d'antigènes de *Cryptosporidium* à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) ou d'immunofluorescence directe (DFA) dans un échantillon clinique approprié¹.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Note explicatives

1. Ex. : selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle.

CYCLOSPOROSE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) présence d'oocystes de *Cyclospora* dans un échantillon clinique approprié¹; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Cyclospora* dans un échantillon clinique approprié¹.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Note explicative

1. Ex. : selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle.

DIPHTÉRIE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite, amygdalite ou laryngite) ou à un autre site d'infection (plaie, peau ou autres muqueuses) et présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) isolement d'une souche toxigène de *Corynebacterium diphtheriæ*, *C. ulcerans* ou *C. pseudotuberculosis*; **ou**
- 2) diagnostic histopathologique de diphthérie; **ou**
- 3) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

Survenue, dans un même établissement de soins, d'au moins deux nouveaux cas nosocomiaux de colonisation ou d'infection à entérocoques résistants à la vancomycine¹, en lien épidémiologique, d'espèces identiques et, lorsque l'analyse en laboratoire est disponible, de gènes de résistance identique.

Note explicative

1. Une souche d'*Enterococcus faecium* ou d'*E. faecalis* est résistante à la vancomycine :

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

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

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

Notes explicatives

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

FIÈVRE DENGUE (Révision à venir)

Cas confirmé

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

- 1) isolement du virus de dengue dans un échantillon clinique approprié²; **ou**
- 2) détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du virus de la dengue dans un échantillon clinique approprié²; **ou**
- 3) détection d'une augmentation significative du titre d'anticorps IgG ou d'IgM contre le virus de la dengue entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et résultat de test sérologique appuyant le diagnostic sans permettre de classer le cas comme confirmé.

Note explicative

1. Fièvre, céphalées, douleurs rétro-orbitales, myalgies, arthralgies, éruption cutanée, manifestations hémorragiques ou leucopénie. La fièvre dengue peut parfois évoluer vers un tableau de fièvre hémorragique (*dengue hemorrhagic fever*) ou de choc (*dengue shock syndrome*).
2. Sang, LCR, tissu cérébral ou autre liquide biologique ou tissu.

FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES (FHV)¹

Cas confirmé

Cas probable qui présente une des trois conditions suivantes :

- 1) isolement du virus d'une des fièvres hémorragiques virales (FHV) dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus d'une des FHV et détection d'antigènes du même virus à l'aide d'une technique immunoenzymatique (EIA); **ou**
- 3) un des deux tests de laboratoire évoqués au point 2 et une des quatre conditions suivantes :
 - ◇ détection d'antigènes viraux dans des tissus (peau, foie ou rate) par une technique immunohistochimique ou une technique d'immunofluorescence, **ou**
 - ◇ détection d'anticorps IgM spécifiques par épreuve immunologique (EIA), par immunofluorescence ou par immunotransfert (*western blot*), **ou**
 - ◇ détection d'une augmentation significative des anticorps IgG sériques par épreuve immunologique (EIA), par immunofluorescence ou par immunotransfert (*Western blot*), **ou**
 - ◇ détection d'acides nucléiques par RT-PCR sur un gène cible indépendant ou un échantillon indépendant ou confirmation par un autre laboratoire de référence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence d'une des quatre conditions suivantes dans les 3 semaines précédant l'apparition des symptômes :

- 1) voyage dans une région précise d'un pays où une éclosion de FHV s'est produite récemment; **ou**
- 2) contact avec un cas confirmé ou probable; **ou**
- 3) contact direct avec du sang, des sécrétions, des liquides organiques ou des excréments d'une personne ou d'un animal qui constitue un cas confirmé ou un cas probable de FHV; **ou**
- 4) travail dans un laboratoire où il y a des animaux et où l'on manipule des virus de FHV.

Note explicative

1. Les fièvres hémorragiques virales comprennent, entre autres, la fièvre d'Argentine, la fièvre de Bolivie, la fièvre du Brésil, la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre Ébola, la fièvre de Lassa, la fièvre de Marburg, la fièvre de la vallée du Rift et la fièvre du Venezuela.

FIÈVRE JAUNE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles ainsi que présence d'une des cinq conditions suivantes :

- 1) isolement du virus de la fièvre jaune; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus de la fièvre jaune dans un tissu, le sang ou d'autres liquides biologiques; **ou**
- 3) détection d'antigènes du virus de la fièvre jaune dans un tissu, le sang ou d'autres liquides biologiques; **ou**
- 4) détection d'une augmentation significative du titre d'anticorps contre le virus de la fièvre jaune entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence en l'absence de vaccination contre la fièvre jaune; **ou**
- 5) détection d'un seul titre élevé d'anticorps IgM contre le virus de la fièvre jaune en l'absence de vaccination contre la fièvre jaune dans les 2 mois précédant l'apparition des symptômes.

Cas probable

Manifestations cliniques et contexte épidémiologique compatibles ainsi qu'un résultat de test sérologique appuyant le diagnostic de fièvre jaune sans permettre de classer le cas comme confirmé (augmentation du titre d'anticorps inférieure à quatre fois) et ne pouvant s'expliquer par une vaccination antérieure contre la fièvre jaune ou par une réaction croisée avec d'autres flavivirus.

FIÈVRE PARATYPHOÏDE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

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

FIÈVRE Q (*Révision à venir*)

Cas confirmé

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

Cas probable

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

- 1) titre d'anticorps contre *Coxiella burnetii* ≥ 256 dans un sérum prélevé après le début des symptômes;
ou
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé ou avec un animal infecté par *C. burnetii*.

FIÈVRE TYPHOÏDE

Cas confirmé

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

Note explicative

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

GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE *(Révision à venir)*

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

GIARDIASE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans un échantillon clinique approprié¹; **ou**
- 2) détection d'antigènes de *G. lamblia* à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) ou DFA dans un échantillon clinique approprié¹.

Note explicative

1. Ex. : selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle.

GRANULOME INGUINAL

Cas confirmé

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

HÉPATITE A (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Détection sérologique d'IgM anti-VHA¹ chez une personne présentant une des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques²; **ou**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A.

ou

Détection d'acides nucléiques du virus de l'hépatite A³.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques²; **et**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite A; **et**
- 3) aucune autre cause apparente.

Notes explicatives :

1. En présence de vaccination récente contre l'hépatite A, la détection d'IgM anti-VHA chez un individu devra être appuyée par des manifestations cliniques ET un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Les IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ un mois.
2. À titre indicatif, la probabilité d'être en présence d'une hépatite aiguë est élevée lorsque l'élévation des enzymes hépatiques (AST ou ALT) est de ≥ 5 fois la limite supérieure à la normale ou > 200 UI/L.
3. Un résultat négatif n'infirme pas l'infection.

HÉPATITE B (*Révision à venir*)

HÉPATITE B AIGÜE

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹; **et**
- 2) détection sérologique d'IgM anti-HBc et d'AgHBs.

OU

Nourrisson chez qui on a détecté la présence d'AgHBs et qui est né d'une mère AgHBs positive.

Cas probable

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹; **et**
- 2) détection sérologique d'AgHBs; **et**
- 3) recherche négative d'IgM anti-VHA et d'anti-VHC; **et**
- 4) aucune autre cause apparente.

Note explicative

1. À titre indicatif, la probabilité d'être en présence d'une hépatite aiguë est plus élevée lorsque l'élévation des enzymes hépatiques (AST ou ALT) est de $\geq 2,5$ fois la limite supérieure à la normale.

HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection à deux reprises d'AgHBs ou d'acides nucléiques (ADN) du virus de l'hépatite B à au moins 6 mois d'intervalle; **ou**
- 2) en l'absence de manifestations cliniques d'hépatite aiguë, détection d'AgHBs et recherche négative d'IgM anti-HBc.

HÉPATITE B NON PRÉCISÉE

Détection sérologique d'AgHBs ou d'acides nucléiques (ADN) du virus de l'hépatite B chez une personne au sujet de laquelle l'information disponible ne permet pas le classement comme cas aigu ou porteur chronique.

HÉPATITE C (*Révision à venir*)

HÉPATITE C INFECTION AIGÜE OU RÉCENTE

Cas confirmé

Chez une personne âgée de 18 mois et plus, présence des cinq conditions suivantes :

- 1) dans les 6 mois précédant le premier résultat positif, manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, asthénie, anorexie) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹; **et**
- 2) détection sérologique de l'anti-VHC² ou détection d'acides nucléiques du virus de l'hépatite C; **et**
- 3) recherche des IgM anti-VHA négative; **et**
- 4) recherche des IgM anti-HBc négative ou, en leur absence, recherche de l'AgHBs négative; **et**
- 5) aucune autre cause apparente.

OU

Chez une personne âgée de 18 mois et plus, présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique de l'anti-VHC précédée d'une sérologie négative pour l'anti-VHC au cours des 12 mois précédents; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus de l'hépatite C précédée d'une recherche négative d'acides nucléiques du virus de l'hépatite C au cours des 12 mois précédents².

OU

Chez un nourrisson âgé de moins de 18 mois, détection d'acides nucléiques du VHC³ quel que soit le résultat de l'anti-VHC.

Notes explicatives

1. À titre indicatif, la probabilité d'être en présence d'une hépatite aiguë est plus élevée lorsque l'élévation des enzymes hépatiques (AST ou ALT) est de $\geq 2,5$ fois la limite supérieure à la normale.
2. L'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) devient indétectable à la suite d'une réponse virologique favorable au traitement de cette infection. Si, après 3 mois d'absence d'ARN, une personne a de nouveau un résultat positif au test de détection de l'ARN du VHC, on devrait considérer qu'elle a une nouvelle infection récente à la condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 12 mois entre le dernier résultat négatif et le nouveau résultat positif. Le passage d'un génotype à un autre ou l'apparition d'un profil de séquence différent d'un même génotype chez une personne ayant déjà une infection au VHC documenté dans le passé peut aussi signifier une nouvelle infection et être considéré comme un nouvel épisode d'hépatite C aiguë ou récente.
3. 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 une personne âgée de 18 mois et plus, qui ne peut être considéré comme un cas aigu ou récent selon l'information disponible, présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique de l'anti-VHC; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du VHC.

HÉPATITE DELTA (D) (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez une personne répondant à la définition de cas confirmé ou probable d'hépatite B aiguë, de cas confirmé de porteur chronique d'hépatite B ou de cas d'hépatite B non précisée et présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection d'anti-VHD total ou d'IgM anti-VHD; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques (ARN) du virus de l'hépatite delta (VHD) dans un échantillon clinique approprié.

HÉPATITE E (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) détection d'acides nucléiques (ARN) du virus de l'hépatite E (VHE) dans un échantillon approprié; **ou**
- 2) détection d'IgM et d'IgG anti-VHE; **ou**
- 3) détection d'IgM anti-VHE chez une personne présentant des manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹.

Cas probable

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹; **et**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé d'hépatite E; **et**
- 1) recherche négative d'IgM anti-VHA et d'IgM anti-HBc; **et**
- 3) aucune autre cause apparente.

Note explicative

1. À titre indicatif, la probabilité d'être en présence d'une hépatite aiguë est plus élevée lorsque l'élévation des enzymes hépatiques (AST ou ALT) est de $\geq 2,5$ fois la limite supérieure à la normale.

HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION (*Révision à venir*)

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques¹; **et**
- 2) aucune information sur les marqueurs sérologiques des hépatites A, B, C, D et E n'est disponible ou le cas ne répond pas à la définition de cas d'hépatite A, B, C, D ou E; **et**
- 3) aucune autre cause apparente.

Note explicative

1. À titre indicatif, la probabilité d'être en présence d'une hépatite aiguë est plus élevée lorsque l'élévation des enzymes hépatiques (AST ou ALT) est de $\geq 2,5$ fois la limite supérieure à la normale.

INFECTION À *CAMPYLOBACTER* (campylobactérieuse) (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Isolement de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié.

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* (chlamydiase ou chlamydiose) (Révision à venir)

Cas confirmé¹

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **ou**
- 2) détection d'antigènes de *C. trachomatis* à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) ou DFA dans un prélèvement de site conjonctival, pharyngé², urinaire, urétral, endocervical, vaginal ou rectal³; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *C. trachomatis* dans un prélèvement de site conjonctival, pharyngé², urinaire, urétral, endocervical, vaginal ou rectal³; **ou**
- 4) détection d'anticorps IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de 3 mois et présentant une pneumonie.

Notes explicatives

1. Étant donné qu'un délai minimal de 3 semaines doit être observé avant que ne soit effectué un test de contrôle par détection d'acides nucléiques, un nouvel épisode d'infection à *C. trachomatis* ne devrait pas être validé à l'intérieur de cette période, sauf si des renseignements cliniques permettent d'arriver à une autre conclusion.
2. Les prélèvements provenant du rhino-pharynx et des voies respiratoires peuvent servir à confirmer un cas chez un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des 6 premiers mois de sa vie.
3. Les épisodes d'infections à *C. trachomatis* qui répondent à la définition de cas probable de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) seront validés sous « lymphogranulomatose vénérienne ». En présence d'un cas probable de LGV, si une analyse subséquente infirme la présence d'un génotype de la LGV, le cas sera classé en tant qu'infection à *C. trachomatis* (et non LGV).

INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTEUR DE SHIGATOXINES¹ (Révision à venir)

Cas confirmé¹

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques d'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine² dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'antigènes de la vérocytotoxine dans un échantillon clinique approprié.

Notes explicatives

1. Les infections à *E. coli* qui s'accompagnent d'un SHU ou d'un PTT seront validées en utilisant la définition d'« infection invasive à *Escherichia coli* ».
2. Les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxines (ou Shiga-toxines) sont également appelés *E. coli entérohémorragiques* (ECEH). Parmi les ECEH, les principaux sérotypes sont le O157:H7, le O157:non mobile, le O26:H11, le O111:H8, le O103:H2, le O104:H4, le O104:H21 et le O113:H21.

INFECTION À HANTAVIRUS

Cas confirmé

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

- 1) détection d'anticorps 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; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques (ARN) du hantavirus dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 4) détection d'un antigène du hantavirus par épreuve immunohistochimique dans un échantillon clinique approprié.

Note explicative

1. L'infection à hantavirus se manifeste au Canada par un syndrome pulmonaire : une maladie fébrile (fièvre $\geq 38,3$ °C) nécessitant l'administration d'oxygène et un œdème pulmonaire interstitiel bilatéral diffus dont l'aspect radiologique est évocateur d'un syndrome de détresse respiratoire aigu. Ce syndrome est évoqué lorsqu'un tel tableau apparaît dans les 72 heures suivant l'hospitalisation d'une personne auparavant en bonne santé. Il peut aussi être évoqué en présence d'une maladie inexpliquée entraînant la mort pour laquelle une autopsie montre un œdème pulmonaire non cardiogène sans cause spécifique identifiable de décès. Il existe d'autres formes d'infections à hantavirus dans d'autres pays, selon la variante.

INFECTION À HTLV DE TYPE I OU II

Cas confirmé

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

Notes explicatives

1. On recommande un algorithme à deux épreuves immunologique (EIA) avec un dosage sensible.
2. L'épreuve de confirmation doit permettre de détecter les anticorps dirigés à la fois contre les protéines p24 du noyau et contre les protéines gp46 ou gp61/68 de l'enveloppe du HTLV I/II.

INFECTION À *PLASMODIUM* (malaria ou paludisme) (Révision à venir)

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection d'hématozoaires de *Plasmodium* sur un frottis du sang périphérique¹; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Plasmodium*.

Cas probable

Détection d'antigènes de *Plasmodium* dans un échantillon de sang.

Note explicative

1. Une personne présentant un premier accès de paludisme au Canada sera validée comme cas, indépendamment du fait qu'elle ait eu ou non des accès antérieurs de paludisme à l'extérieur du pays. 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 dans une zone où le paludisme est endémique depuis l'épisode précédent.

INFECTION À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*¹(Révision à venir)

Cas confirmé

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Yersinia enterocolitica* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) manifestations cliniques compatibles et détection des antigènes O à un titre ≥ 40 ; **ou**
- 3) manifestations cliniques compatibles et détection des antigènes OH à un titre ≥ 160 ; **ou**
- 4) manifestations cliniques compatibles et détection d'une augmentation significative du titre d'antigènes O ou OH entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Note explicative

1. Les infections à *Yersinia enterocolitica* ne se limitent pas aux gastro-entérites. D'autres manifestations cliniques existent telles que l'iléite terminale, la lymphadénite mésentérique et le tableau de pseudo-appendicite. D'ici à ce qu'un changement soit apporté au Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, la surveillance doit inclure toutes les manifestations cliniques et pas seulement les gastro-entérites.

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

Cas confirmé

Isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine¹.

Note explicative

1. Selon les critères d'interprétation du *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI), les souches de *S. aureus* sont sensibles à la vancomycine si la concentration minimale inhibitrice (CMI) à l'égard de cet antibiotique est ≤ 2 mg/L, ont une sensibilité intermédiaire si la CMI se situe entre 4 et 8 mg/L et sont résistantes si la CMI est ≥ 16 mg/L. Aux fins de la surveillance, toute souche de *S. aureus* dont la CMI est ≥ 4 mg/L est considérée comme résistante et l'analyse doit être confirmée par un laboratoire de référence.

INFECTION GONOCOCCIQUE (gonorrhée) (Révision à venir)

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un échantillon clinique du tractus urogénital; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae* dans un échantillon clinique du tractus urogénital.

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un prélèvement de site oculaire; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae* d'un prélèvement de site oculaire.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhoeae* d'un échantillon clinique d'un site autre qu'oculaire ou urogénital; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae* d'un échantillon clinique d'un site autre qu'oculaire ou urogénital.

INFECTION INVASIVE À *HÆMOPHILUS INFLUENZÆ*

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) isolement d'*Hæmophilus influenzae*¹ d'un site normalement stérile; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques d'*H. influenzae* dans un site normalement stérile; **ou**
- 3) manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*H. influenzae* dans un échantillon prélevé de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.

Note explicative

1. Aux fins de la surveillance, le typage des souches d'*Hæmophilus influenzae* isolées dans ce contexte est essentiel.

INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE

Cas confirmé

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

- 1) isolement de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *N. meningitidis* dans un site normalement stérile.

Cas probable

En l'absence d'une autre cause apparente, présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles, incluant obligatoirement un *purpura fulminans*²; **ou**
- 2) manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un échantillon de LCR.

Notes explicatives

1. La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité 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 la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas aux fins de la surveillance.
2. Le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés majeurs pour être inscrit comme cas probable. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura d'Henoch-Schönlein, se caractérisent, entre autres, par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant présentant de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas probable.

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUE DU GROUPE A

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement du streptocoque β -hémolytique du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site normalement stérile; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *S. pyogenes* d'un site normalement stérile.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) au moins une des manifestations cliniques suivantes : choc toxique¹, nécrose des tissus mous (fasciite ou myosite nécrosante, ou gangrène), pneumonie ou méningite; **et**
- 2) isolement d'un site non stérile² ou détection d'antigènes de *S. pyogenes* d'un site non stérile²; **et**
- 3) aucune autre cause apparente.

Notes explicatives

1. Le choc toxique est défini comme la présence d'hypotension accompagnée d'au moins deux des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie (thrombocytopénie ou coagulation intravasculaire disséminée), atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire aiguë, éruption érythémateuse généralisée ou nécrose des tissus mous.
2. Dans le cas d'une pneumonie, les échantillons cliniques obtenus d'un lavage broncho-alvéolaire ou d'une aspiration trachéale peuvent servir à valider un cas probable, mais pas les cultures d'expectorations ou de gorge.

INFECTION INVASIVE À *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* (pneumocoque)

(Révision à venir)

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement du pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) d'un site normalement stérile; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du pneumocoque (*S. pneumoniae*) dans un site normalement stérile.

Cas probable

En l'absence d'une autre cause apparente, manifestations cliniques compatibles et détection de l'antigène du pneumocoque dans un site normalement stérile.

Infection par le virus Chikungunya (vCHIK) (Version préliminaire et révision à venir)

Cas confirmé

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

- 1) détection d'acides nucléiques ou isolement du vCHIK à partir d'un échantillon clinique approprié²; **ou**
- 2) augmentation significative du titre d'anticorps neutralisants³ contre le vCHIK entre le sérum prélevé en phase aiguë de la maladie et celui prélevé en phase convalescente; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM⁴ et d'anticorps neutralisants contre le vCHIK dans le même sérum et séjour dans un pays endémique pendant la période d'exposition; **ou**
- 4) séroconversion⁵ des anticorps (IgG) contre le vCHIK ET détection d'anticorps neutralisants contre le vCHIK.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles¹ et détection d'anticorps IgM contre le vCHIK dans un sérum unique prélevé en phase aiguë de la maladie sans autre test chez une personne ayant séjourné dans un pays endémique pendant la période d'exposition.

Notes explicatives

1. Fièvre, polyarthralgies sévères, enflure des articulations, céphalées, myalgies et parfois éruption cutanée maculopapulaire.
2. Sérum ou liquide céphalorachidien (LCR).
3. Épreuve de séroneutralisation des plages de lyse (PRNT).
4. Épreuve immunologique (EIA).
5. Consultez les Notes pour interpréter les définitions nosologiques.

INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)¹

Cas confirmé

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement du VIH; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du VIH; **ou**
- 3) détection de l'antigène p24 (Ag p24) confirmée par un test de neutralisation; **ou**
- 4) détection d'anticorps par une épreuve immunologique (EIA) réactive, de manière répétée, chez une personne âgée de 18 mois ou plus, confirmée par un test supplémentaire tel qu'un *Western blot*, un RIPA ou une autre épreuve de confirmation.

Note explicative

1. L'infection par le VIH doit être déclarée par le médecin traitant seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.

INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) (*Révision à venir*)

SYNDROME NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) fièvre;

ET

- 2) une des manifestations cliniques suivantes :

- ◇ encéphalite (signes aigus d'une défaillance du système nerveux central ou périphérique); **ou**
- ◇ méningite virale (pléiocytose et manifestations d'infection [céphalées ou raideur de la nuque, par exemple]); **ou**
- ◇ paralysie flasque aiguë (syndrome de type poliomyélitique ou syndrome de type Guillain-Barré, par exemple); **ou**
- ◇ mouvements anormaux (tremblements ou myoclonie, par exemple); **ou**
- ◇ parkinsonisme ou syndrome de type parkinsonien (rigidité en roue dentée, bradykinésie ou instabilité posturale, par exemple); **ou**
- ◇ autres syndromes neurologiques;

ET

- 3) au moins un des sept résultats de laboratoire suivants :

- ◇ isolement du VNO ou mise en évidence de ses séquences génomiques dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps neutralisants dirigés contre le VNO entre le sérum ou le LCR prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test de séroneutralisation par réduction des plages (PRN¹) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
- ◇ détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
- ◇ détection d'anticorps IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA), confirmée par un test PRN¹; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps anti-flavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test d'inhibition d'hémagglutination (IH), et détection d'anticorps anti-VNO spécifiques, à l'aide d'un test PRN¹, dans un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence; **ou**
- ◇ mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par une épreuve immunologique (EIA) et une détection d'anticorps neutralisants anti-VNO par un test PRN¹, dans un échantillon prélevé en phase de convalescence; **ou**
- ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du VNO par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par Héma-Québec.

Note explicative

1. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire si le cas a une histoire d'exposition au Québec et qu'au moins un cas acquis au Québec a déjà été confirmé au cours de la même saison.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) fièvre;

ET

- 2) une des manifestations cliniques suivantes :

- ◇ encéphalite (signes aigus d'une défaillance du système nerveux central ou périphérique); **ou**
- ◇ méningite virale (pléiocytose et manifestations d'infection ([céphalées ou raideur de la nuque, par exemple]); **ou**
- ◇ paralysie flasque aiguë (syndrome de type poliomyélitique ou syndrome de type Guillain-Barré, par exemple); **ou**
- ◇ mouvements anormaux (tremblements ou myoclonie, par exemple); **ou**
- ◇ parkinsonisme ou syndrome de type parkinsonien (rigidité en roue dentée, bradykinésie ou instabilité posturale, par exemple); **ou**
- ◇ autres syndromes neurologiques;

ET

- 3) au moins un des cinq résultats de laboratoire suivants :

- ◇ détection d'IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antinflavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence dans une épreuve IH sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
- ◇ mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- ◇ détection d'IgG anti-VNO dans un seul échantillon de sérum à l'aide d'une épreuve IH ou d'une épreuve immunologique (EIA), confirmée par un test PRN¹; **ou**
- ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par les fournisseurs du système du sang au Canada.

Note explicative

1. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire si le cas a une histoire d'exposition au Québec et qu'au moins un cas acquis au Québec a déjà été confirmé au cours de la même saison.

SYNDROME NON NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

1) au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- ◇ fièvre; **ou**
- ◇ myalgies; **ou**
- ◇ arthralgies; **ou**
- ◇ céphalées; **ou**
- ◇ fatigue; **ou**
- ◇ lymphadénopathie; **ou**
- ◇ éruption maculopapulaire;

ET

2) au moins un des sept résultats de laboratoire suivants :

- ◇ isolement du VNO ou mise en évidence de ses séquences génomiques dans un spécimen clinique approprié; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps neutralisants dirigés contre le VNO entre le sérum ou le LCR prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test de séroneutralisation par réduction des plages (PRN¹) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
- ◇ détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
- ◇ détection d'IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA), confirmée par un test PRN¹; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antilavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test d'inhibition d'hémagglutination (IH), et détection d'anticorps anti-VNO spécifiques, à l'aide d'un test PRN, dans un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence; **ou**
- ◇ mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par une épreuve immunologique (EIA) et détection d'anticorps neutralisant anti-VNO, par un test PRN¹, dans un échantillon prélevé en phase de convalescence **ou**;
- ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du VNO par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par Héma-Québec.

Note explicative

1. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire si le cas a une histoire d'exposition au Québec et qu'au moins un cas acquis au Québec a déjà été confirmé au cours de la même saison.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

1) au moins deux des manifestations cliniques suivantes :

- ◇ fièvre; **ou**
- ◇ myalgies; **ou**
- ◇ arthralgies; **ou**
- ◇ céphalées; **ou**
- ◇ fatigue; **ou**
- ◇ lymphadénopathie; **ou**
- ◇ éruption maculopapulaire;

ET

2) au moins un des cinq résultats de laboratoire suivants :

- ◇ détection d'IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps anti-flavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence dans une épreuve IH sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
- ◇ mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- ◇ détection d'IgG anti-VNO dans un seul échantillon de sérum à l'aide d'une épreuve IH ou d'une épreuve immunologique (EIA), confirmé par un test PRN¹; **ou**
- ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par les fournisseurs du système du sang au Canada.

Note explicative

1. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire si le cas a une histoire d'exposition au Québec et qu'au moins un cas acquis au Québec a déjà été confirmé au cours de la même saison.

INFECTION ASYMPTOMATIQUE LIÉE AU VNO

Cas confirmé

En l'absence de manifestations cliniques, présence d'au moins un des sept résultats de laboratoire suivants :

- 1) isolement du VNO ou mise en évidence de ses séquences génomiques dans un spécimen clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du titre des anticorps neutralisants dirigés contre le VNO entre le sérum ou le LCR prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test de séroneutralisation par réduction des plaques (PRN) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
- 3) détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
- 4) détection d'anticorps IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA), confirmée par un test PRN¹; **ou**
- 5) détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antilavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence par un test d'inhibition d'hémagglutination (IH), et détection d'anticorps anti-VNO spécifiques à l'aide d'un test PRN dans un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence; **ou**
- 6) mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par une épreuve immunologique (EIA) et détection d'anticorps neutralisants anti-VNO par un test PRN¹, dans un échantillon prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 7) mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du VNO par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par Héma-Québec.

Cas probable

En l'absence de manifestations cliniques, présence d'au moins un des cinq résultats de laboratoire suivants :

- 1) détection d'IgM anti-VNO dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antilavivirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence dans une épreuve IH sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
- 3) mise en évidence d'une séroconversion des anticorps IgG anti-VNO par une épreuve immunologique (EIA) sans test de confirmation de type PRN; **ou**
- 4) détection d'IgG anti-VNO dans un seul échantillon de sérum à l'aide d'une épreuve IH ou d'une épreuve immunologique (EIA), confirmée par un test PRN¹; **ou**
- 5) mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur un échantillon de don de sang par les fournisseurs du système du sang au Canada.

Note explicative

1. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire si le cas a une histoire d'exposition au Québec et qu'au moins un cas acquis au Québec a déjà été confirmé au cours de la même saison.

INFECTION PAR LES VIRUS DU SÉROGROUPE CALIFORNIE¹ (VSC)

Cas confirmé

(Incluant les infections asymptomatiques, les atteintes non neurologiques et celles neurologiques²)

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) détection d'acides nucléiques **ou** isolement d'un VSC à partir d'un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du titre d'anticorps neutralisants³ contre un VSC entre le sérum prélevé en phase aiguë de la maladie et celui prélevé en phase convalescente; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM contre un VSC par une épreuve immunologique (EIA)⁴ sur le LCR et un titre d'anticorps neutralisants ≥ 20 sur un sérum; **ou**
- 4) séroconversion des anticorps IgM (négatif à positif) ET détection d'un titre d'anticorps neutralisants ≥ 20 sur un sérum.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles avec une infection neurologique aiguë⁵ et présence des quatre conditions suivantes :

- 1) détection d'anticorps IgM dirigés contre un VSC sur un sérum; **et**
- 2) détection d'un titre d'anticorps neutralisants ≥ 20 sur un sérum; **et**
- 3) exposition plausible à un ou des moustiques infectés par un VSC⁶; **et**
- 4) absence d'une autre étiologie pouvant expliquer les manifestations cliniques.

Notes explicatives

1. Les principaux VSC présents en Amérique du Nord sont les suivants : virus Jamestown Canyon (VJC), virus de La Crosse et virus Snowshoe hare (VSSH).

Une réactivité sérologique croisée est possible entre les arbovirus du même genre. Par conséquent, il faut démontrer une différence d'au moins quatre fois les titres d'anticorps neutralisants entre les virus suspectés afin de déterminer l'agent étiologique.

L'infection par le virus du Nil occidental (VNO) et l'infection par les VSC sont des MADO; pour les autres arboviroses (ex. encéphalite équine de l'Est, encéphalite équine de l'Ouest, encéphalite japonaise, virus de Powassan) consulter la définition nosologique d'arboviroses neuroinvasives.

2. Les infections par les VSC sont classées comme suit :

- Infection asymptomatique : absence de manifestations cliniques;
- Atteinte non neurologique : présence d'une infection aiguë et manifestations cliniques non neurologiques qui peuvent inclure les suivantes : fièvre, céphalées, atteinte de l'état général, asthénie, myalgies, arthralgies, manifestations gastro-intestinales.
- Atteinte neurologique : présence d'une infection aiguë et manifestations cliniques neurologiques qui peuvent inclure les suivantes : méningite, encéphalite, paralysie flasque aiguë, myélite, névrite ou neuropathie périphérique.

3. Épreuve de séroneutralisation des plaques de lyse (ex. : en anglais, plaque reduction neutralization test [PRNT]).

4. Épreuve immunologique (ex. : en anglais, *enzyme immuno assay* [EIA] ou *enzyme-linked immunosorbent assay* [ELISA]).

5. La définition de cas probable ne s'applique que pour les infections avec atteinte neurologique. Les présentations des autres formes ne sont pas suffisamment spécifiques.

6. Consulter la fiche technique sur les VSC du MSSS – Section « Maladie humaine-exposition » (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003918/>)

Infection par le virus Zika (vZIK) (À venir)

LÉGIONELLOSE¹ (Révision à venir)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles² et présence d'une des six conditions suivantes :

- 1) isolement de *Legionella* à partir de sécrétions respiratoires, de tissus pulmonaires, de liquide pleural ou d'autres liquides biologiques normalement stériles; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Legionella* à partir de sécrétions respiratoires, de tissus pulmonaires ou de liquide pleural; **ou**
- 3) détection à l'aide d'une technique d'immunofluorescence d'antigènes de *Legionella* à partir de sécrétions respiratoires, de tissus pulmonaires ou de liquide pleural; **ou**
- 4) détection d'antigènes de *Legionella* dans les urines, par une technique RIA ou immunologique (EIA) ou par immunochromatographie; **ou**
- 5) détection, par une épreuve d'immunofluorescence, d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Legionella* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 6) détection sérologique d'un seul titre d'anticorps IgG contre *Legionella* ≥ 128 .

Notes explicatives

1. Toutes les espèces de *Legionella*, tout comme les anciens genres (*Tatlockia micdadei*, *Tatlockia maceachernii*, *Fluoribacter bozemanæ*, *Fluoribacter dumoffii* et *Fluoribacter gormanii*), doivent être considérées comme des agents étiologiques de la légionellose, même si elles sont beaucoup moins fréquemment en cause.
2. Les bactéries appartenant au genre *Legionella* sont associées à deux entités cliniquement distinctes, soit la maladie du légionnaire, se manifestant par de la fièvre, des myalgies, de la toux et une pneumonie, et la fièvre de Pontiac, se manifestant par un tableau fébrile moins grave, sans pneumonie.

LÈPRE

Cas confirmé

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

- 1) présence de bacilles acido-alcool-résistants ayant une morphologie typique de *Mycobacterium lepræ*;
ou
- 2) rapport histopathologique d'une biopsie de la peau ou des nerfs compatible avec la lèpre.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

LEPTOSPIROSE

Cas confirmé

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

- 1) détection d'acides nucléiques de *Leptospira* dans un échantillon clinique approprié²; ou
- 2) isolement de *Leptospira* d'un spécimen clinique approprié²; **ou**
- 3) détection de leptospires par immunofluorescence directe ou immunohistochimie dans un tissu **ou**
- 4) augmentation significative du titre d'anticorps agglutinants^{3,4} contre *Leptospira*⁵ entre les sérums prélevés en phase aiguë et ceux en phase de convalescence⁶; ou
- 5) titre d'anticorps agglutinants^{3,4} contre *Leptospira* ≥ 800 dans un sérum.

Cas probable

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

- 1) titre d'anticorps agglutinants^{3,4} contre *Leptospira* ≥ 200 dans un sérum; ou
- 2) détection d'anticorps IgM^{4,7} par épreuve immunologique (EIA) contre *Leptospira* dans un sérum;
- 3) lien épidémiologique avec une source associée à un ou plusieurs cas confirmés de leptospirose.

Notes explicatives

1. Les manifestations cliniques initiales de la leptospirose sont très variables et difficiles à distinguer d'autres maladies fébriles indifférenciées. La maladie peut être biphasique (bactériémique et immune) et est majoritairement caractérisée par une fièvre d'apparition brusque, des frissons, une céphalée, des myalgies, des douleurs abdominales, une éruption cutanée sur le tronc et pré-tibiale, ainsi qu'une suffusion conjonctivale. Près du quart des cas peuvent avoir une méningite aseptique. Entre 5 à 10 % des cas peuvent présenter la forme ictérique (maladie de Weil), qui progresse souvent rapidement vers une atteinte de plusieurs systèmes vitaux (insuffisance rénale aiguë, atteintes hépatique et cardiaque, hémorragie pulmonaire ou détresse respiratoire, ainsi que coagulation intravasculaire disséminée) et un choc pouvant entraîner le décès.
2. Sang, urine, LCR ou autre.
3. Test de micro-agglutination (MAT).
4. Les anticorps peuvent apparaître tardivement (jusqu'à 3 à 4 semaines après l'infection); une antibiothérapie peut réduire ou éliminer la réponse humorale.
5. Neuf sérovars de *Leptospira interrogans* (*Australis*, *Autumnalis*, *Ballum*, *Canicola*, *Grippotyphosa*, *Icterohaemorrhagiae*, *Pomona*, *Sejroe* et *Tarassovi*); des réactions croisées à plusieurs sérovars surviennent fréquemment; le sérovar avec le titre le plus élevé en convalescence est considéré comme celui responsable.
6. Puisque la présence des anticorps IgM peut persister, les résultats positifs ou équivoques doivent être confirmés par un test d'agglutination.

LISTÉRIOSE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles et isolement de *Listeria monocytogenes* d'un site normalement stérile; **ou**
- 2) femme enceinte qui présentait une condition compatible avec une infection invasive à *L. monocytogenes* (septicémie, méningite, méningo-encéphalite) avant l'accouchement **et** dont le nouveau-né présente une infection à *L. monocytogenes* prouvée par isolement de la bactérie d'un site normalement stérile (LCR, sang); **ou**
- 3) dans le cadre d'un avortement spontané, d'une mortinaissance ou d'un accouchement prématuré, isolement de *L. monocytogenes* de tissus fœtaux, de tissus placentaires ou d'un site normalement stérile (LCR, sang).

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) Isolement ou détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié;

ET

- 2) Confirmation de la présence d'un génotype de *C. trachomatis* associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV)¹.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) Un des trois critères suivants :
 - ◇ rectite, **ou**
 - ◇ lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
 - ◇ contact sexuel avec un cas confirmé de LGV;

ET

- 2) Isolement ou détection d'acides nucléiques de *C. trachomatis* dans un échantillon clinique approprié.

Note explicative

1. Après la détection de *C. trachomatis*, une analyse par PCR permet de constater la présence ou l'absence d'un génotype responsable de la LGV sans l'identifier. Cette analyse permet donc de confirmer un épisode de LGV. Après confirmation d'un génotype de *C. trachomatis* associé à la LGV, des analyses subséquentes, telles que le séquençage de l'ADN ou la cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]), précisent le génotype (L1, L2 ou L3) en cause.

MALADIE DE CHAGAS (trypanosomiase américaine)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) détection de *Trypanosoma cruzi* sur un frottis sanguin ou par une autre épreuve de laboratoire appropriée¹; **ou**
- 2) détection d'anticorps dirigés contre *T. cruzi* par IFA ou épreuve immunologique (EIA); **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *T. cruzi*.

Note explicative

1. *Trypanosoma cruzi* peut être détecté dans le sang après hémocentrifugation ou culture, après inoculation à des souris ou par xénodiagnostic.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ) ET SES VARIANTES (vMCJ) (Révision à venir)

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (MCJ) (FORME CLASSIQUE)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) démonstration anatomo-pathologique d'encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral, dans le cortex cérébelleux ou dans la matière grise sous-corticale; **ou**
- 2) immunoréactivité à la protéine prion (PrP); **ou**
- 3) détection de fibrilles associées à la tremblante du mouton (*scrapie*).

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

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

OU

Présence des quatre conditions suivantes :

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

OU

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) syndrome cérébelleux prédominant évolutif; **et**
- 2) antécédents de réception d'hormones hypophysaires humaines prélevées chez un cadavre.

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (VARIANTE [VMCJ])

Cas confirmé

Désordre neuropsychiatrique progressif et confirmation neuropathologique de l'infection¹.

Cas probable

Présence des huit conditions suivantes :

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

OU

Présence des six conditions suivantes :

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

Notes explicatives

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

MALADIE DE LYME (Révision à venir)

Cas confirmé

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

- 1) isolement de *Borrelia burgdorferi sensu lato*² dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *B. burgdorferi sensu lato*²; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM ou d'IgG contre *B. burgdorferi sensu lato*² dans le sérum³ d'une personne ayant eu une exposition significative⁴ dans une zone endémique⁵ ou résidant dans une zone endémique⁵ pour la maladie de Lyme.

Cas probable

Présence d'une des deux situations suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles¹ en l'absence d'exposition significative⁴ ou de résidence dans une zone endémique⁵ pour la maladie de Lyme, et détection d'anticorps IgM ou d'IgG contre *Borrelia burgdorferi sensu lato*² dans le sérum³; **ou**
- 2) érythème migrant observé par un médecin chez une personne ayant eu une exposition significative⁴ dans une zone endémique⁵ pour la maladie de Lyme.

Notes explicatives

1. Bien qu'un vaste éventail de manifestations cliniques soient associés à la maladie de Lyme, **seules les suivantes** sont considérées comme suffisamment spécifiques pour être incluses dans la définition de cas, aux fins de surveillance.

Stade localisé précoce :

Érythème migrant (EM) : L'EM est caractéristique de la maladie de Lyme au stade localisé précoce. Il s'agit d'une lésion cutanée érythémateuse expansive, de forme variable, ronde, ovale ou triangulaire, ayant un diamètre supérieur ou égal à 5 cm, qui s'étend lentement et est située au site de la piqûre. L'EM apparaît de 3 à 30 jours après la piqûre de tique et peut durer jusqu'à 8 semaines. Les lésions ont une apparence très variée. Certaines lésions sont uniformément érythémateuses, tandis que d'autres présentent un éclaircissement central ou une forme annulaire distinctive. Les manifestations suivantes sont possibles, mais peu fréquentes : douleur, prurit, œdème, vésicules, lésions purpuriques ou nécrotiques, desquamation, exsudation, formation de croûtes, érosion ou ulcération. L'EM doit être distingué d'une réaction d'hypersensibilité à une piqûre, laquelle provoque rapidement un érythème de moins de 5 cm qui disparaît en 24-48 heures.

Stade disséminé précoce et tardif :

EM multiple : Lésions d'EM semblables aux lésions d'EM uniques décrites ci-dessus, mais présentes à de nombreux endroits du corps et pouvant être de taille variable, incluant un diamètre de moins de 5 cm.

Manifestations neurologiques : au stade précoce, la maladie de Lyme peut se manifester par une atteinte aiguë du système nerveux périphérique (par exemple, radiculopathie, neuropathie crânienne unique ou multiple, ou mononeuropathie multiple, laquelle est une atteinte multifocale de nerfs anatomiquement non reliés) ou une atteinte du système nerveux central (par exemple, méningite lymphocytaire ou encéphalomyélite, laquelle est une inflammation du parenchyme cérébral ou de la moelle épinière accompagnée d'anomalies focales). Au stade tardif, la maladie de Lyme peut se manifester par une encéphalomyélite, une neuropathie périphérique ou une encéphalopathie. Des maux de tête, de la fatigue, des paresthésies ou une légère raideur de la nuque seuls, ne sont pas des critères d'une atteinte neurologique.

Manifestations musculosquelettiques : l'arthrite de la maladie de Lyme est une forme mono-articulaire ou oligo-articulaire d'arthrite qui touche surtout le genou, mais aussi d'autres grosses articulations ou l'articulation temporo-mandibulaire. Un épanchement important et démesuré par rapport à la douleur est fréquemment observé. Non traitée, l'arthrite de la maladie de Lyme est souvent intermittente et évolue par poussées d'inflammation articulaire pouvant durer de quelques semaines à quelques mois. Des arthralgies, des myalgies ou un syndrome de fibromyalgie seuls, ne sont pas des critères d'une atteinte musculosquelettique.

Manifestations cardiaques : l'atteinte cardiaque associée à la maladie de Lyme comprend un bloc auriculo-ventriculaire intermittent, souvent au nœud auriculo-ventriculaire (quoique le siège du bloc soit variable), et elle est parfois associée à une myopéricardite. Une cardite peut survenir aux premiers stades de la maladie. Des palpitations, une bradycardie, un bloc de branche ou une myocardiopathie seuls, ne sont pas des critères d'une atteinte cardiovasculaire.

2. Le complexe *Borrelia burgdorferi sensu lato* comprend la bactérie *B. burgdorferi sensu stricto*, présente en Amérique du Nord et, notamment, *B. garinii* et *B. afzelii* présentes en Europe ou en Asie.

3. Le sérodiagnostic de la maladie de Lyme comporte deux volets : premièrement, un test immunoenzymatique (EIA) hautement sensible, permettant de détecter simultanément les anticorps IgM et IgG contre *B. burgdorferi*; si ce test est positif ou équivoque, il est suivi d'épreuves supplémentaires de type EIA, visant à identifier séparément les anticorps IgM et IgG. Pour plus d'information sur ces tests et leur interprétation, consulter le site internet suivant : <https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/borrelia-burgdorferi-lyme-detection-anticorps-sur-serum>
4. On considère qu'une exposition est significative si une histoire de piqûre de tique est avérée ou si une activité a été pratiquée dans un habitat propice aux tiques, comme un boisé, un sous-bois, une étendue arbustive ou herbacée et lors de laquelle il y a eu une probabilité élevée de contact avec des végétaux, peu importe la durée de ce contact.
5. Une zone endémique correspond à une municipalité ou à un secteur géographique répondant aux critères en vigueur au Québec, comme définis annuellement par le MSSS. La cartographie du risque d'acquisition de la maladie de Lyme au Québec est disponible sur le site de l'INSPQ (URL: <https://www.inspq.qc.ca/zoonoses/tiques>) à la rubrique : Expertises/Maladies infectieuses/Zoonoses et maladies émergentes/Maladies transmises par les tiques..

MALADIE DU CHARBON (anthrax)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec une des présentations de la maladie du charbon (cutanée, pulmonaire, méningée, oropharyngée ou abdominale) et présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Bacillus anthracis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection antigénique, par immunofluorescence, de *B. anthracis* dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles avec une des présentations de la maladie du charbon (cutanée, pulmonaire, méningée, oropharyngée ou abdominale) et présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection d'acides nucléiques de *B. anthracis* dans un échantillon clinique approprié; **et**
- 2) lien épidémiologique avec un cas animal confirmé ou suspect, ou avec un produit d'origine animale contaminé.

OREILLONS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'une immunisation récente¹ contre les oreillons :

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le virus des oreillons entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 3) détection sérologique d'anticorps IgM contre le virus des oreillons chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou ayant séjourné récemment dans une région où il y a des cas d'oreillons².

OU

Manifestations cliniques compatibles (fièvre, tuméfaction douloureuse d'une ou de plusieurs glandes salivaires, par exemple) et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés aux points 1 et 2.

Notes explicatives

1. En présence d'une vaccination récente, la confirmation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié. Les anticorps IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ 1 mois.
2. Lorsqu'un cas répond au troisième critère de la définition de cas confirmé, il devient par le fait même un cas confirmé par un test de laboratoire.

PARALYSIE FLASQUE AIGÜE (PFA)¹

Cas confirmé

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

Notes explicatives

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

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

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

PESTE

Cas confirmé

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

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

Cas probable

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

- 1) résultat d'un test sérologique qui appuie le diagnostic sans permettre de classer le cas comme étant confirmé (augmentation du titre inférieure à quatre fois) chez une personne n'ayant jamais été vaccinée contre la peste; **ou**
- 2) détection, par immunofluorescence, de l'antigène F1 de *Y. pestis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *Y. pestis*; **ou**
- 4) détection, par inhibition d'hémagglutination passive, d'un seul titre d'anticorps contre *Y. pestis* > 10 en l'absence de vaccination contre la peste ou d'infection antérieure avec *Y. pestis*; **ou**
- 5) détection, par une épreuve immunologique (EIA), d'anticorps dirigés contre *Y. pestis*.

POLIOMYÉLITE

Infection paralytique

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique¹ et présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques d'un poliovirus² d'un échantillon clinique approprié³; **ou**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé par une des analyses de laboratoire mentionnées au point 1, sans autre cause apparente.

Cas probable

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique¹ et lien épidémiologique au sens large⁴, sans autre cause apparente; et
- 2) augmentation significative du titre d'anticorps neutralisants contre le poliovirus entre les sérums en phase aiguë et ceux en phase de convalescence, en l'absence d'immunisation par VPO (vaccin oral [vivant atténué] contre la poliomyélite) ou VPI (vaccin inactivé injectable contre la poliomyélite) au cours des 6 semaines précédant le prélèvement.

Infection non paralytique⁵

Cas confirmé

En l'absence de manifestations cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique¹, présence des deux conditions suivantes :

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques d'un poliovirus² d'un échantillon clinique approprié³; et
- 2) absence d'immunisation par VPO au cours des 6 semaines précédant le prélèvement si le poliovirus vaccinal est identifié.

Notes explicatives

1. Paralytie flasque aiguë (PFA) touchant au moins un membre, diminution ou absence de réflexes ostéotendineux au niveau des membres touchés, fonctions sensorielles et cognitives intactes et présence d'un déficit neurologique, 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade. Il est à noter que lorsque le déficit neurologique est toujours présent 60 jours après l'apparition des symptômes, il sera considéré qu'il demeure permanent. Toutefois, pour les besoins de la surveillance, sa documentation à 60 jours ne sera pas nécessaire pour valider le statut du cas.
2. Les poliovirus sont classés en trois catégories de souches : sauvage, vaccinale ou dérivée du vaccin.
3. Selles, échantillon oropharyngé ou nasopharyngé, LCR ou sérum.
4. Consulter la section 2 du présent document pour connaître la définition de [lien épidémiologique au sens large](#).
5. Manifestations neurologiques (ex. : méningite ou encéphalite) sans PFA, manifestations non neurologiques (ex. : fièvre, céphalées, mal de gorge, vomissements ou douleurs abdominales) ou asymptomatiques.

PSITTACOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydophila psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *C. psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
- 3) détection, par la fixation du complément, d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre l'antigène *Chlamydia* (incluant *Chlamydophila*) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence (avec un titre ≥ 32) et dans un contexte épidémiologique compatible; **ou**
- 4) détection sérologique, par une épreuve de micro-immunofluorescence, d'un seul titre d'anticorps contre *C. psittaci* (≥ 64 , s'il s'agit d'IgM, et ≥ 1024 , s'il s'agit d'IgG) et dans un contexte épidémiologique compatible.

RAGE

Cas confirmé

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

- 1) isolement du virus de la rage; **ou**
- 2) détection d'antigènes du virus de la rage dans les tissus, par immunofluorescence directe; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques du virus de la rage.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et détection dans le sérum ou le LCR d'un titre d'anticorps antirabiques neutralisants ≥ 5 chez une personne sans antécédent de vaccination contre la maladie.

ROUGEOLE

Cas confirmé

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

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques du virus de la rougeole dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) 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; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM contre le virus de la rougeole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou ayant séjourné récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole².

OU

Présence des deux conditions suivantes :

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

Notes explicatives

1. En présence d'une vaccination récente, la confirmation du cas devra s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié. Les anticorps IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ 1 mois.
2. Lorsqu'un cas répond au troisième critère de la définition de cas confirmé, il devient par le fait même un cas confirmé par un test de laboratoire.

RUBÉOLE

Cas confirmé

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

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques du virus de la rubéole dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) 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; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM contre le virus de la rubéole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou ayant séjourné récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rubéole².

OU

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suivantes :
 - ◇ fièvre, **et**
 - ◇ éruption cutanée maculopapulaire généralisée, **et**
 - ◇ arthralgie, ou arthrite, ou lymphadénopathie, ou conjonctivite; **et**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés aux points 1 et 2.

OU

Mère d'un nouveau-né atteint d'un syndrome de rubéole congénitale ou d'une infection rubéoleuse congénitale.

Notes explicatives

1. En présence d'une vaccination récente, la confirmation du cas devra obligatoirement s'appuyer sur la détection du virus sauvage dans un échantillon clinique approprié. Les anticorps IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ 1 mois.
2. Lorsqu'un cas répond au troisième critère de la définition de cas confirmé, il devient par le fait même un cas confirmé par un test de laboratoire.

RUBÉOLE CONGÉNITALE

SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE

Cas confirmé

Toute combinaison d'au moins deux manifestations cliniques compatibles¹ et présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement du virus de la rubéole dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus de la rubéole; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM contre le virus de la rubéole dans le sérum en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux; **ou**
- 4) détection, chez un nourrisson, d'anticorps IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

Cas probable

Toute combinaison d'au moins deux manifestations cliniques compatibles du premier groupe ou d'une manifestation clinique compatible du premier groupe et d'une manifestation clinique compatible du deuxième groupe¹ qui ne peut être expliquée par aucune autre cause et absence de résultats d'épreuves de laboratoire².

INFECTION RUBÉOLEUSE CONGÉNITALE

Cas confirmé

En l'absence de manifestations cliniques¹ et dans un contexte épidémiologique compatible, une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement du virus de la rubéole dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus de la rubéole; **ou**
- 3) détection d'anticorps IgM contre le virus de la rubéole dans le sérum en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux; **ou**
- 4) détection, chez un nourrisson, d'anticorps IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

Notes explicatives

1. Aux fins de la surveillance, les manifestations compatibles avec le syndrome de rubéole congénitale sont classées en deux groupes. Dans le **premier groupe**, on trouve les anomalies suivantes : cataracte ou glaucome congénital, malformation cardiaque, surdité neurosensorielle et rétinite pigmentaire. Dans le **deuxième groupe**, on trouve les 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. Un cas présentant des manifestations cliniques compatibles ne sera pas retenu si les examens de laboratoire démontrent une absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né ou 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 (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Isolement de *Salmonella* (excluant *Salmonella* Typhi ou *S. Paratyphi*) dans un échantillon clinique approprié.

SHIGELLOSE (*Révision à venir*)

Cas confirmé

Isolement de *Shigella* dans un échantillon clinique approprié.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)¹

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH); **et**
- 2) au moins une des maladies révélatrices du sida².

Notes explicatives

1. Le sida doit être déclaré par le médecin seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.

2. Les maladies suivantes sont indicatrices du sida, tant chez les adultes que chez les enfants :

- ◇ le cancer du col de l'utérus,
- ◇ le cancer invasif du col de l'utérus,
- ◇ la candidose œsophagienne*,
- ◇ la candidose des bronches, de la trachée ou des poumons,
- ◇ la coccidioïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire),
- ◇ la cryptococcose extrapulmonaire,
- ◇ la cryptosporidiose intestinale chronique (> 1 mois),
- ◇ l'encéphalopathie liée au VIH (démence),
- ◇ l'infection à *Herpes simplex* : ulcération(s) chronique(s) (> 1 mois) ou bronchite, pneumonite ou œsophagite,
- ◇ l'histoplasmosse (diffuse ou extrapulmonaire),
- ◇ l'infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques),
- ◇ l'isosporiose intestinale chronique (> 1 mois),
- ◇ la leuco-encéphalopathie multifocale progressive,
- ◇ le lymphome primaire du cerveau,
- ◇ le lymphome de Burkitt (ou terme équivalent),
- ◇ le lymphome immunoblastique (ou terme équivalent),
- ◇ la tuberculose pulmonaire*,
- ◇ la tuberculose extrapulmonaire,
- ◇ l'infection par le complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)*,
- ◇ l'infection à *Mycobacterium* appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée*,
- ◇ la pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (auparavant *Pneumocystis carinii*)*,
- ◇ la pneumonie bactérienne (récurrente)*,
- ◇ la rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)*,
- ◇ le sarcome de Kaposi*,
- ◇ la septicémie à *Salmonella* (récurrente),
- ◇ le syndrome cachectique dû au VIH,
- ◇ la toxoplasmose cérébrale.

Les maladies suivantes sont indicatrices du sida chez les personnes âgées de moins de 15 ans :

- ◇ les infections bactériennes multiples ou récurrentes (à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente),
- ◇ la pneumonie lymphoïde interstitielle ou l'hyperplasie lymphoïde pulmonaire*.

* Maladies pouvant faire l'objet d'un diagnostic présomptif; un diagnostic définitif est nécessaire pour les autres.

SYNDROME HÉMOLYTIQUE URÉMIQUE (SHU) ET PURPURA THROMBOCYTOPÉNIQUE THROMBOTIQUE (PTT) ASSOCIÉS À *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTEUR DE SHIGATOXINES (Révision à venir)

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

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

Cas probable

Manifestations compatibles avec un SHU ou un PTT ayant débuté à l'intérieur d'une période de 3 semaines suivant un épisode de diarrhée aiguë ou sanguinolente.

Notes explicatives

1. Les manifestations compatibles avec un SHU ou un PTT doivent inclure :
 - ◇ une anémie hémolytique micro-angiopathique ayant débuté subitement;
 - ◇ une atteinte rénale ayant débuté subitement, caractérisée par une hématurie, une protéinurie et une créatinémie élevées (c.-à-d. $\geq 83 \mu\text{mol/L}$ chez un enfant âgé de 13 ans ou moins ou $\geq 125 \mu\text{mol/L}$ chez une personne âgée de plus de 13 ans;
 - ◇ une thrombopénie (nombre de plaquettes $< 100\,000/\text{mm}^3$).
2. Les *Escherichia coli* producteurs de shigatoxines (ou vérocytotoxine) sont également appelés *E. coli* entérohémorragiques (ECEH) ou *shiga-toxin producing E. coli* (STEC), en anglais. Parmi les ECEH, les principaux sérotypes sont O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8, O103:H2, O104:H4, O104:H21 et O113:H21.

SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques précoces de SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou difficulté à respirer); **et**
- 2) signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire (SDR); **et**
- 3) preuve, par un test de laboratoire, d'une infection au coronavirus associé au SRAS (SRAS-CoV-1)¹.

OU

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

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

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

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

OU

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

- 1) histoire de manifestations cliniques compatibles avec un SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou respiration laborieuse) conduisant au décès; **et**
- 2) résultats d'autopsie compatibles avec le SRAS (évidence de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiée); **et**
- 3) lien épidémiologique avec une personne² ou un endroit³ associé au SRAS.

OU

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

- 1) histoire de manifestations cliniques compatibles avec un SRAS (fièvre > 38 °C **et** toux ou respiration laborieuse) conduisant au décès; **et**
- 2) preuve, par un test de laboratoire, d'une infection au coronavirus associé au SRAS (SRAS-CoV-1).

Notes explicatives

1. Les résultats de laboratoire suivants confirment l'infection par le coronavirus associé au SRAS :
 - ◇ Isolement, par culture cellulaire, d'un coronavirus associé au SRAS, confirmé par la détection d'acides nucléiques; **ou**
 - ◇ détection par IFA, d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
 - ◇ détection par épreuve immunologique (EIA), d'anticorps contre un coronavirus associé au SRAS dans le sérum prélevé en phase de convalescence alors que la recherche d'anticorps dans le sérum prélevé en phase aiguë s'était révélée négative.
2. Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : avoir eu un contact étroit avec un cas confirmé de SRAS ou avec une personne symptomatique pour laquelle des résultats de laboratoire témoignent d'une infection au SRAS-CoV-1 dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes. Un contact étroit signifie s'être occupé, avoir vécu ou avoir été en contact face à face (moins d'un mètre) ou avoir eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires ou des liquides corporels d'une personne atteinte du SRAS.
3. Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : résidence, visite ou voyage récent dans une région de transmission locale récente⁴ au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes ou contact étroit (incluant des prestataires de soins de santé) avec un cas probable qui est allé dans une région de transmission locale récente au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
4. On peut consulter la liste des régions de transmission locale récente, en consultant le site de Santé Canada à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/srascasedef_f.html.

SYPHILIS¹ (Révision à venir)

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

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

OU

Détection d'acides nucléiques de *T. pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre.

OU

Présence d'au moins un chancre compatible avec une syphilis primaire et détection sérologique d'une infection à *T. pallidum* par deux tests reconnus², dont au moins un test tréponémique³ chez une personne sans antécédent de syphilis.

OU

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

Notes explicatives

1. En plus des résultats positifs d'observation de *T. pallidum* dans un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique, les laboratoires doivent déclarer aux directions de santé publique les résultats de laboratoire suivants :

- ◇ tous les résultats positifs de tests non tréponémiques sur un sérum (VDRL, RPR, TRUST ou autres), peu importe le titre, confirmés par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, épreuve immunologique [EIA], INNO-LIA ou autres tests reconnus). La déclaration doit inclure le titre du résultat (1, 2, 4, 8, etc.);
- ◇ même en présence d'un test non tréponémique négatif, tous les résultats positifs de tests tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) lorsque les informations cliniques et épidémiologiques suggèrent une acquisition récente de la syphilis;
- ◇ tous les résultats positifs d'un VDRL utilisant une procédure spécifique validée pour le diagnostic de la neurosyphilis, réactif sur un spécimen de LCR (cette épreuve spécifique doit habituellement être effectuée par un laboratoire de référence).

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

2. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.
3. Si le seul test tréponémique positif obtenu est un EIA, le résultat du test non tréponémique doit être positif avec un titre ≥ 8 . En l'absence d'un second test tréponémique positif, un EIA positif accompagné d'un test non tréponémique négatif ou faiblement positif peut représenter un résultat faussement positif.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

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

OU

Détection d'acides nucléiques de *T. pallidum* dans un prélèvement des lésions cutanéomuqueuses ou des condylomes plats.

OU

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) lésions cutanéomuqueuses typiques (éruption cutanée, alopecie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils), uvéite, adénopathies généralisées, fièvre, malaises ou splénomégalie; **et**
- 2) détection sérologique d'une infection à *T. pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique², ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique par rapport au précédent test non tréponémique.

Notes explicatives

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.
2. Si le seul test tréponémique positif obtenu est un EIA, le résultat du test non tréponémique doit être positif avec un titre ≥ 8 . En l'absence d'un second test tréponémique positif, un EIA positif accompagné d'un test non tréponémique négatif ou faiblement positif peut représenter un résultat faussement positif.

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 deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique; **et**
- 3) une des quatre situations suivantes :
 - ◇ résultat négatif ou titre quatre fois inférieur pour un test non tréponémique effectué au cours des 12 derniers mois, **ou**
 - ◇ manifestations cliniques compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire, apparues au cours des 12 derniers mois et non traitées, **ou**
 - ◇ personne ayant eu un contact sexuel avec un patient atteint d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au cours des 12 derniers mois et non traitée, **ou**
 - ◇ épisode antérieur de syphilis traité adéquatement pour lequel la seule cause qui explique la persistance des titres élevés² est une nouvelle infection.

Notes explicatives

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.
2. Selon le guide *Traitement pharmacologique : ITSS – Syphilis*, publié par l'INESSS en janvier 2012, les réponses sérologiques attendues après le traitement d'un épisode de syphilis sont les suivantes :
 - ◇ après un épisode de syphilis primaire, diminution du titre de 4 fois après 6 mois (par exemple, passage du titre de 32 à 8) et diminution de 8 fois après 12 mois;
 - ◇ après un épisode de syphilis secondaire, diminution du titre de 8 fois après 6 mois et de 16 fois après 12 mois;
 - ◇ après un épisode de syphilis latente précoce, diminution du titre de 4 fois après 12 mois.

SYPHILIS LATENTE TARDIVE

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique; **et**
- 2) absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
- 3) aucun traitement antérieur pour la syphilis; **et**
- 4) absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *T. pallidum* au cours des 12 derniers mois (mentionnées au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).

Note explicative

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique chez une personne qui présente une des trois conditions suivantes :

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

Note explicative

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique chez une personne qui présente une des deux conditions suivantes :

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

Note explicative

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé

Chez un nourrisson ou chez un enfant mort-né :

- 1) détection d'acides nucléiques de *Treponema pallidum* ou observation par un examen microscopique avec coloration appropriée ou à l'aide d'anticorps fluorescents (DFA-TP) de *T. pallidum* dans un échantillon clinique (prélèvements du placenta, du cordon ombilical, d'exsudat nasal ou de lésions cutanées) ou dans du matériel d'autopsie.

OU

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, présence des trois conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *T. pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical); **et**
- 2) manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles au niveau du système cardiovasculaire, osseux ou cutané en l'absence d'autres causes; **et**
- 3) absence de traitement adéquat chez la mère.

Cas probable

Chez un nouveau-né ou un nourrisson, en l'absence de manifestations cliniques, biochimiques ou radiologiques de syphilis congénitale compatibles, présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *T. pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical); **et**
- 2) absence de traitement adéquat chez la mère.

Note explicative

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

SYPHILIS SANS PRÉCISION

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par deux tests reconnus¹, dont au moins un test tréponémique; **et**
- 2) renseignements cliniques disponibles ne permettant pas de classer le stade clinique du cas comme défini précédemment.

Note explicative

1. Les tests reconnus sont les tests tréponémiques TP-PA, MHA-TP, épreuve immunologique (EIA), INNO-LIA ou autres et non tréponémiques VDRL, RPR, TRUST ou autres.

TÉTANOS

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et aucune autre cause apparente.

Note explicative

1. Le tétanos se caractérise par l'apparition soudaine d'une hypertonie ou de contractions musculaires douloureuses de la mâchoire et du cou ainsi que de spasmes musculaires généralisés.

TOXIINFECTION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE (*Révision à venir*)

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

TRICHINOSE (trichinellose)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

- 1) identification de *Trichinella* dans une biopsie de tissu musculaire; **ou**
- 2) détection d'une séroconversion à l'aide d'une épreuve immunologique (EIA) d'anticorps contre *Trichinella*; **ou**
- 3) détection d'anticorps contre *Trichinella* chez une personne ayant consommé une viande dans laquelle des larves enkystées de *Trichinella* ont été détectées.

Cas probable

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

TUBERCULOSE

Cas confirmé¹

Isolement ou détection d'acides nucléiques d'une mycobactérie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis* (y compris *M. tuberculosis* subsp. *canettii*), *M. bovis* (excluant la souche BCG), *M. africanum*, *M. caprae*, *M. microti* ou *M. pinnipedii*.

Cas probable

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

- 1) présence de manifestations cliniques compatibles avec une tuberculose évolutive; **ou**
- 2) radiographie(s) pulmonaire(s) suggérant une tuberculose évolutive; **ou**
- 3) examen pathologique, de tissus provenant d'une biopsie ou d'une autopsie, suggestif de tuberculose.

ET

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

Note explicative

1. On considère un épisode comme un nouveau cas si la personne n'a pas d'histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Si l'histoire est confuse ou imprécise, un nouveau cas est un cas qui n'a jamais été saisi dans le système d'information et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux. On considère un épisode comme une récurrence s'il s'agit d'un cas de tuberculose active avec une histoire vérifiable de tuberculose antérieure :
 - ◇ qui a été déclarée guérie ou dont le traitement est considéré comme terminé selon les normes actuelles et pour laquelle un laps de temps d'au moins 6 mois s'est écoulé depuis le dernier jour du traitement précédent; **ou**
 - ◇ qui ne peut être déclarée guérie ou dont le traitement ne peut être considéré comme terminé selon les normes actuelles et qui présente une absence d'évidence d'activité depuis 6 mois ou plus après le dernier jour du traitement précédent.

TULARÉMIE

Cas confirmé

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

- 1) isolement de *Francisella tularensis*; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre *F. tularensis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

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

- 1) détection d'antigènes de *F. tularensis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *F. tularensis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 3) détection par une épreuve d'agglutination standard ou de micro-agglutination d'un seul titre d'anticorps contre *F. tularensis* ≥ 160 ou ≥ 128 respectivement.

TYPHUS

TYPHUS ÉPIDÉMIQUE

Cas confirmé

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

TYPHUS MURIN

Cas confirmé

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

TYPHUS DES BROUSSAILLES

Cas confirmé

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

VARIOLE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié.

Cas probable

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques et lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire; **ou**
- 2) identification, par microscopie électronique, du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié.

MALADIES D'INTÉRÊT QUI NE SONT PAS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

ÉCLOSION¹

Au moins deux cas de la même maladie, ou au moins deux personnes présentant des manifestations cliniques similaires, avec une des deux conditions suivantes :

- 1) un lien épidémiologique, c'est-à-dire des caractéristiques de temps, de lieu ou de personne en commun; **ou**
- 2) une ou plusieurs expositions en commun.

Note explicative

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

EHRLICHIOSE¹

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles² et présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) détection d'acides nucléiques d'*Ehrlichia chaffeensis* ou d'*E. ewingii* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) augmentation significative du titre d'anticorps IgG contre *E. chaffeensis* par IFA entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence³; **ou**
- 3) isolement par culture d'*E. chaffeensis* d'un échantillon clinique approprié; **ou**
- 4) détection par immunohistochimie d'antigènes d'*E. chaffeensis* dans le matériel de biopsie ou d'autopsie.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles² et présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) identification d'agrégats bactériens intracytoplasmiques (morulas) dans les leucocytes⁵; **ou**
- 2) détection d'anticorps IgG contre *E. chaffeensis* à un titre ≥ 64 par IFA sur un sérum unique⁴.

Notes explicatives

1. L'ehrlichiose est transmise principalement par la tique *Amblyomma americanum* et est causée par :
 - ◊ *Ehrlichia chaffeensis* (ehrlichiose monocyttaire humaine);
 - ◊ *Ehrlichia ewingii* ou une espèce non spécifiée (ehrlichiose granulocytaire humaine); les cas causés par *E. ewingii* ne peuvent être confirmés que par détection d'acides nucléiques; les cas dont l'agent causal ne peut être identifié par les épreuves de laboratoire disponibles ne peuvent pas être confirmés.
2. Les manifestations cliniques de l'ehrlichiose sont similaires à celles de l'anaplasmose.
3. Un intervalle de 2 à 4 semaines au moins entre les deux prélèvements est conseillé.
4. Suggère une infection acquise à un moment indéterminé.
5. Aux fins de la surveillance, en présence de ce critère, saisir le cas comme un cas d'anaplasmose, à moins que les informations épidémiologiques permettent d'éliminer une anaplasmose et suggèrent plutôt une ehrlichiose.

BIBLIOGRAPHIE (*Révision à venir*)

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Définitions nosologiques des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) 2009;35(S2): 1-133.; URL: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09pdf/35s2-fra.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1997;46(RR10):1-55.; URL: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00047449.htm

CDC. Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians, and Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians. MMWR 1990;39(RR9):1-28.; URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00025629.htm>

Heymann DL. Control of communicable diseases manual. American Public Health Association (APHA) Press. 21^e éd., 2002:1-769.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique : ITSS – Syphilis, janvier 2012.; URL: www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/syphilis_GUIDE_ITSS_17jan.pdf

Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada (RHMC) 1991;17(S3):1-35.

Bennett J, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. Elsevier 9^e éd. 2022:1-3839.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Définitions nosologiques, Québec. 1991:1-39.

Carroll KC, Pfaller MA. Manual of clinical microbiology. American Society for Microbiology (ASM) Press. 13^e éd. 2023:1-3465.

Organisation mondiale de la Santé (OMS; World Health Organization [WHO]). Recommended surveillance standards, juin 2000.; URL: www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_99_2_EN/en/

American Academy of Pediatrics (AAP). Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases 2021.

Loi sur la santé publique. chapitre S-2.2, à jour au 25 septembre 2023. LégisQuébec.; URL: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.2>

Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique. chapitre S-2.2, r.2.1, à jour au 1^{er} juillet 2023. LégisQuébec.; URL: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-2.2,%20r.%202.1>

ANNEXES

ANNEXE I LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE AU QUÉBEC OU FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE NATIONALE AU CANADA

Maladies	Surveillance au Québec et au Canada	Surveillance au Québec seulement	Surveillance au Canada seulement
Amibiase		X	
Anaplasmosse	X		
Arboviroses neuroinvasives		X	
Babésiose	X		
Botulisme	X		
Brucellose	X		
Chancres mou		X	
Choléra	X		
Coqueluche	X		
Cryptosporidiose	X		
Cyclospore	X		
Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> (DACD)			X
Diphtérie	X		
Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)		X	
Éclosion à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)		X	
Fièvre dengue		X	
Fièvres hémorragiques virales (de Crimée-Congo, Ébola, de Lassa, de Marburg et de la vallée du Rift)	X		
Fièvre jaune	X		
Fièvre paratyphoïde ¹	X		
Fièvre Q		X	
Fièvre typhoïde	X		
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée		X	
Giardiase	X		
Granulome inguinal		X	
Hépatite A	X		
Hépatite B	X		
Hépatite C	X		
Hépatite delta		X	
Hépatite E		X	
Hépatite virale sans précision		X	
Infection à <i>Campylobacter</i> (campylobactériose)	X		
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	X		
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de shigatoxines	X		
Infection à hantavirus	X		
Infection à HTLV de type I ou II		X	
Infection à norovirus			X
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria ou paludisme)	X		
Infection à <i>S. aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)		X	
Infection par le virus Chikungunya (vCHIK)		X	
Infection par les virus du séro groupe Californie (vSC)		X	
Infection par le virus Zika (vZIK)		X	
Infection à <i>Yersinia enterocolitica</i>		X	
Infection gonococcique (gonorrhée)	X		

1. Au palier fédéral, la fièvre paratyphoïde est incluse dans la salmonellose.

Maladies	Surveillance au Québec et au Canada	Surveillance au Québec seulement	Surveillance au Canada seulement
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	X		
Infection invasive à méningocoque	X		
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)	X		
Infection invasive à streptocoque du groupe A	X		
Infection invasive à streptocoque du groupe B chez le nouveau-né			X
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ²	X		
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	X		
Influenza confirmé en laboratoire			X
Intoxication à la phycotoxine paralysante			X
Légionellose	X		
Lèpre	X		
Leptospirose		X	
Listériose	X		
Lymphogranulomatose vénérienne		X	
Maladie de Chagas		X	
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique et ses variantes (vMCJ)	X		
Maladie de Lyme	X		
Maladie du charbon	X		
Maladie de virus à Powassan ³	X		
Oreillons	X		
Paralysie flasque aiguë (PFA)	X		
Peste	X		
Poliomyélite	X		
Psittacose		X	
Rage	X		
Rougeole	X		
Rubéole	X		
Rubéole congénitale	X		
Salmonellose	X		
Shigellose	X		
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ²	X		
SHU ou PTT associé à <i>E. coli</i> producteur de shigatoxines		X	
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	X		
Syphilis	X		
Tétanos	X		
Toxi-infection alimentaire et hydrique		X	
Trichinose (trichinellose)		X	
Tuberculose	X		
Tularémie	X		
Typhus		X	
Varicelle			X
Variole	X		

2. Au Québec, les cas d'infection par le VIH et les cas de sida ne doivent être déclarés que si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.

3. Au Québec, la définition nosologique portant sur les arboviroses neuroinvasives inclut la maladie de virus à Powassan.

ANNEXE II MODIFICATIONS APPORTÉES AUX ÉDITIONS ANTÉRIEURES

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2019 À LA 12^e ÉDITION

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

DATE	MALADIES	MODIFICATIONS
Nov-2019	COQUELUCHE Note explicative	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la note 1 ; ne pas considérer un résultat équivoque pour classer un cas confirmé.
Juil-2019	NOTES POUR INTERPRÉTER LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Note 6 : précision sur la séroconversion et autres ajustements mineurs Note 7 : précision sur la conversion et autres ajustements mineurs Note 9 : ajout de la note qui explique l'uniformisation des taux d'anticorps sous forme de titre au lieu de dilution, tel que
Juil-2019	BRUCELLOSE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la détection d'acides nucléiques.
Juil-2019	ENCÉPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR ARTHROPODES Cas confirmé et cas probable	<ul style="list-style-type: none"> Ajout « infection aigue » pour spécifier que les conditions neurologiques chroniques ne soient pas considérées comme manifestations cliniques compatibles. Condition 2 : retrait de la détection d'antigène, ce test n'est plus utilisé pour le diagnostic des arboviroses. Ajout de l'épreuve IH pour détecter les anticorps des virus Powassan, de l'EEE et de l'encéphalite Japonaise. La détection d'IgM spécifique par EIA avec PRNT ou par IH avec PRNT sur un seul sérum, ne permet pas de valider une infection récente (cas confirmé). Ces conditions permettent cependant de valider un cas probable. La séroconversion ou l'augmentation significative des titres entre un sérum prélevé en phase aigüe et un autre prélevé en phase convalescence est requise pour valider un cas confirmé. La définition de cas confirmé et de cas probable ont été modifiée en conséquence. Condition 5 : Retrait de la condition « Détection sérologique d'un seul titre d'anticorps totaux contre un arbovirus ». Ce test n'est plus utilisé pour le diagnostic des arboviroses. Ajout de la détection d'anticorps spécifiques dans le LCR. La détection d'anticorps ou d'acide nucléique dans le LCR soutient le diagnostic d'une atteinte neurologique aigue. Ajout d'une note explicative pour le classement des cas lorsque plus d'un virus est détecté.
Juil-2019	HÉPATITE A Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la détection d'acides nucléiques et ajout de la note 3. Précision apportée à la note 2 ; élévation des enzymes.
Juil-2019	HÉPATITE B Cas confirmé et cas probable	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la note 1 ; élévation des enzymes.

Juil-2019	HÉPATITE C INFECTION AIGÜE OU RÉCENTE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la confirmation par test complémentaire. • Ajustement des deux conditions de la deuxième clause (sous le deuxième OU), récurrence. • Ajout de la note 1 ; élévation des enzymes. • Modification de la 2^e note ; précision sur une récurrence détectée par séquençage de l'ARN. • La note explicative concernant le rapport signal sur seuil inférieur à la valeur prédictive d'un résultat positif a été retirée, <u>puisque les laboratoires émettent des résultats conformes aux</u>
Juil-2019	HÉPATITE C INFECTION SANS PRÉCISION Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la confirmation par test complémentaire. • La note explicative concernant le rapport signal sur seuil inférieur à la valeur prédictive d'un résultat positif a été retirée, puisque les laboratoires émettent des résultats conformes aux algorithmes de confirmation sérologique recommandés.
Juil-2019	HÉPATITE E Cas confirmé et cas probable	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la note 1 ; élévation des enzymes.
Juil-2019	HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION Cas confirmé et cas probable	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la note 1 ; élévation des enzymes.
Juil-2019	LÉGIONELLOSE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Modification de la condition 1, « liquides normalement stériles » remplacé par « liquides biologiques ». • Reformulation de la note 1.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2018 À LA 11^e ÉDITION

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

DATE DE LA MODIFICATION	MALADIES	MODIFICATIONS
Mai 2018 (en vigueur depuis juil.2017)	MALADIE DE LYME	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions apportées quant aux manifestations cliniques compatibles. • Précisions quant à l'inclusion des bactéries du complexe <i>Borrelia burgdorferi</i> sensu lato à la définition. • Précision de l'algorithme d'analyse sérologique pour confirmation et ajout du Line blot.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2016 À L'ÉDITION 2012

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

DATE DE LA MODIFICATION	MALADIES	MODIFICATIONS
oct-16	COQUELUCHE Cas confirmé et cas probable	<ul style="list-style-type: none"> • Précisions apportées pour les symptômes. • Ajout d'une note expliquant l'incidence des résultats de laboratoire sur le classement du cas probable.
oct-16	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une condition : analyse permettant de confirmer la présence d'un génotype de la LGV sans le préciser. • Ajout d'une note expliquant la séquence des analyses permettant de confirmer un cas puis de préciser le génotype en cause.
oct-16	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE Cas probable	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait des analyses sérologiques.
oct-16	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement de la 1^{ère} note où est maintenant précisé le délai minimal avant test de contrôle. • Précision apportée à la 3^e note pour le classement des cas probables de lymphogranulomatose vénérienne.
juin-15	ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle définition pour préciser les caractéristiques des cas associés à l'éclosion.
juin-15	HÉPATITE C (infection aiguë ou récente) Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait du nom des tests complémentaires 1^{er} segment, 2^e condition et 2^e segment, 1^{re} condition. • Ajout d'une note énumérant les tests reconnus.
juin-15	HÉPATITE C non précisée Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait du nom des tests complémentaires de la 1^{re} condition. • Ajout d'une note énumérant les tests reconnus.
juin-15	INFECTION À PLASMODIUM Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une 2^e condition, la détection d'acides nucléiques.
juin-15	SYPHILIS PRIMAIRE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une note en accord avec l'algorithme de diagnostic de la syphilis.
juin-15	SYPHILIS SECONDAIRE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la détection d'acides nucléiques. • Ajout d'une note en accord avec l'algorithme de diagnostic de la syphilis.
juin-14	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de la 2^e note pour rappeler de classer les cas probables de lymphogranulomatose vénérienne sous LGV et non sous « infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ».
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) INFECTION ASYMPTOMATIQUE LIÉE AU VNO Cas confirmé Cas probable	<ul style="list-style-type: none"> • Note 1 modifiée pour tenir compte de l'épidémiologie du Québec.
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) INFECTION ASYMPTOMATIQUE LIÉE AU VNO Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulation des 4^e, 6^e et 7^e puces.

DATE DE LA MODIFICATION	MALADIES	MODIFICATIONS
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) INFECTION ASYMPTOMATIQUE LIÉE AU VNO Cas probable	<ul style="list-style-type: none"> Reformulation des 1^{re}, 3^e et 4^e puces.
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) SYNDROME NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Retrait de la 1^{re} condition, le VNO est endémique au Québec. Reformulation de la 3^e condition : 4^e, 6^e et 7^e puce. Note 1 modifiée pour tenir compte de l'épidémiologie du Québec.
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) SYNDROME NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO Cas probable	<ul style="list-style-type: none"> Retrait de la 1^{re} condition, le VNO est endémique au Québec. Reformulation de la 3^e condition : 1^{re}, 3^e, 4^e et 5^e puce. Note 1 modifiée pour tenir compte de l'épidémiologie du Québec.
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) SYNDROME NON NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Retrait de la 1^{re} condition, le VNO est endémique au Québec. Reformulation de la 2^e condition : 4^e, 6^e et 7^e puce. Note 1 modifiée pour tenir compte de l'épidémiologie du Québec.
juin-14	INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO) SYNDROME NON NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO Cas probable	<ul style="list-style-type: none"> Reformulation de la 2^e condition : 1^{re}, 3^e et 4^e puce. Note 1 modifiée pour tenir compte de l'épidémiologie du Québec.
juin-14	LÉGIONELLOSE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la détection d'acides nucléiques, 2^e puce. Retrait des genres <i>Tatlockia</i> et <i>Fluoribacter</i> des conditions.
juin-14	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Retrait des manifestations cliniques.
juin-14	SYPHILIS LATENTE TARDIVE Cas confirmé NEUROSYPHILIS Cas confirmé SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS Cas confirmé SYPHILIS CONGÉNITALE Cas confirmé Cas probable SYPHILIS SANS PRÉCISION Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> Modification de la 1^{re} condition en accord avec l'algorithme du diagnostic de la syphilis.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2012 À L'ÉDITION 2011**Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :**

Chancre mou	Modification de la 2 ^e condition dans la définition de cas probable.
Fièvres hémorragiques virales	Ajout dans la note explicative de fièvres hémorragiques virales incluses dans cette catégorie.
Hépatite C (infection aiguë ou récente)	Modification de la définition nosologique et de la 1 ^{re} note explicative.
Hépatite C non précisée	Modification de la définition nosologique et de la note explicative.
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	Ajout de la détection d'acides nucléiques dans la 1 ^{re} condition relative à la définition de cas confirmé et modification de la 2 ^e note explicative.
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	Modification de la 2 ^e note explicative.
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)	Retrait des manifestations cliniques compatibles pour la définition de cas confirmé.
Lymphogranulomatose vénérienne	Retrait de la 2 ^e note explicative.
Syphilis primaire	Modification de la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé ainsi que modification et ajout d'une note explicative.
Syphilis secondaire	Modification de la 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé et ajout d'une note explicative.
Syphilis latente précoce	Modification de la 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé ainsi que modification et ajout d'une note explicative.
Tuberculose	Modification de la définition de récurrence dans la note explicative.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2011 À L'ÉDITION 2008

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO (effectives le 24 avril 2011) :

Botulisme	
Botulisme alimentaire	Ajout d'un site de prélèvement dans les 1 ^{re} et 2 ^e conditions relatives à la définition de cas confirmé et modification de la définition de cas probable.
Botulisme infantile	Ajout d'un site de prélèvement dans la condition relative à la définition de cas confirmé.
Botulisme par colonisation	Ajout de la définition de cas confirmé d'une nouvelle entité : le botulisme par colonisation.
Brucellose	Suppression de la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Choléra	Ajout d'une spécification dans la condition relative à la définition de cas confirmé.
Coqueluche	Suppression de la notion de durée dans la 3 ^e condition relative à la définition de cas confirmé.
Cryptosporidiose	Modification du site de prélèvement dans la 1 ^{re} condition et ajout de la détection d'acides nucléiques du parasite comme 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Cyclospore	Modification de la 1 ^{re} condition dans la définition de cas confirmé.
Diphthérie	Modification du préambule et ajout de deux espèces dans la 1 ^{re} condition relative à la définition de cas confirmé.
Fièvres hémorragiques virales	La fièvre de Crimée-Congo, la fièvre Ébola, la fièvre de Lassa et la fièvre de Marburg ont été regroupées en une seule entité : les fièvres hémorragiques virales. Ajout de la fièvre de la vallée du Rift.
Fièvre jaune	Modification de la 2 ^e condition pour créer une nouvelle condition; la 3 ^e condition modifiée devient la 4 ^e condition; ajout de la détection d'IgM comme 5 ^e condition dans la définition de cas confirmé; suppression de la 2 ^e condition dans la définition de cas probable.
Hépatite A	Ajout de deux conditions dans la définition de cas confirmé.
Hépatite B	
Cas aigu	Ajout d'une condition à la première catégorie et suppression de la deuxième catégorie de cas confirmé; division et modification de la 2 ^e condition de cas probable.
Porteur chronique	Ajout de la détection d'acides nucléiques dans la 1 ^{re} condition et d'une 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé; suppression de la définition de cas probable.
Hépatite B non précisée	Ajout de la détection d'acides nucléiques du virus dans la définition de cas.

Hépatite C	
Cas aigu	Regroupement des 1 ^{re} et 2 ^e conditions de la première catégorie de cas confirmé et suppression de la mention « de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale » auparavant incluse dans la 2 ^e condition.
Hépatite E	Ajout de la détection d'IgG anti-VHE à la détection d'IgM anti-VHE comme 2 ^e condition nécessaire à la déclaration de cas confirmé; ajout d'une 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Suppression de la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé; les 4 ^e et 5 ^e conditions deviennent respectivement les 3 ^e et 4 ^e conditions; ajout des prélèvements d'origine pharyngée, urinaire et rectale dans les 2 ^e et 3 ^e conditions; ajout de la notion d'âge maximal dans la 4 ^e condition.
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	Ajout de la détection d'antigènes comme 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	Division de la 1 ^{re} condition en deux conditions distinctes.
Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria ou paludisme)	Ajout d'une définition de cas probable et modification de la note explicative.
Infection gonococcique	
Infection gonococcique génito-urinaire	Suppression de la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Infection gonococcique de l'œil	Ajout de la détection d'acides nucléiques comme 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Infection gonococcique autre la définition de cas confirmé.	Ajout de la détection d'acides nucléiques comme 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Infection invasive à méningocoque	La condition relative à la définition de cas confirmé est scindée en deux et ajout de la mention « En l'absence d'une autre cause apparente » dans le préambule de la définition de cas probable.
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ajout de la mention « Manifestations cliniques compatibles » dans la condition relative à la définition de cas confirmé; ajout de la mention « En l'absence d'une autre cause apparente » et remplacement du « LCR » par « tout liquide stérile » dans la condition relative à la définition de cas probable.
Infection par le VIH	Modification des quatre conditions dans la définition de cas confirmé.
Infection par le virus du Nil occidental (VNO)	Division de la maladie en trois entités.
Syndrome neurologique lié au VNO	Ajout d'une définition de cas confirmé et d'une définition de cas probable qui inclut de nouvelles conditions telles que des antécédents d'exposition, des manifestations cliniques et de nouveaux résultats de laboratoire.
Syndrome non neurologique lié au VNO	Ajout d'une définition de cas confirmé et d'une définition de cas probable qui inclut de nouvelles conditions telles que des antécédents d'exposition, des manifestations cliniques et de nouveaux résultats de laboratoire.
Infection asymptomatique liée au VNO	Modification de certaines conditions dans la définition de cas confirmé; ajout de conditions dans la définition de cas probable.

Légionellose	Ajout des genres <i>Fluoribacter</i> ou <i>Tatlockia</i> dans les quatre premières conditions, modification du site de prélèvement dans la 2 ^e condition et ajout de la détection d'anticorps comme 5 ^e condition dans la définition de cas confirmé; modification des notes explicatives.
Lèpre	Modification de la définition de cas confirmé et ajout d'une définition de cas probable.
Listériose	Ajout d'une condition dans la définition de cas confirmé; la 2 ^e condition modifiée devient la 3 ^e condition.
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (forme classique)	Ajout d'une troisième catégorie de conditions dans la définition de cas probable.
Maladie de Lyme	Ajout de la détection d'acides nucléiques comme nouvelle condition et la 2 ^e condition devient la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé; ajout d'une définition de cas probable et modification des notes explicatives.
Maladie du charbon (anthrax)	Suppression de la 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé et ajout d'une définition de cas probable.
Oreillons	Regroupement des 1 ^{re} et 2 ^e conditions de la première catégorie de conditions dans la définition de cas confirmé; la 4 ^e condition devient la 2 ^e condition et la 2 ^e condition devient la 3 ^e condition; ajout de la notion de lien épidémiologique ou de voyage dans la 3 ^e condition; ajout de deux notes explicatives.
Peste	Ajout de la détection d'acides nucléiques, de la détection par inhibition d'hémagglutination passive et de la détection par une technique EIA d'anticorps comme trois nouvelles conditions dans la définition de cas probable.
Rage	Remplacement de la 3 ^e condition relative à la définition de cas confirmé par la détection d'acides nucléiques et ajout d'une définition de cas probable.
Rougeole	Suppression de la détection antigénique rapide et ajout de la détection d'acides nucléiques dans la 1 ^{re} condition de la première catégorie de conditions relatives à la définition de cas confirmé; la 3 ^e condition devient la 2 ^e condition et la 2 ^e condition devient la 3 ^e condition; ajout de la notion de lien épidémiologique ou de voyage dans la 3 ^e condition; ajout d'une 2 ^e note explicative.
Rubéole	Regroupement des 1 ^{re} et 2 ^e conditions dans la première catégorie de conditions relatives à la définition de cas confirmé; la 4 ^e condition devient la 2 ^e condition et la 2 ^e condition devient la 3 ^e condition; ajout de la notion de lien épidémiologique ou de voyage dans la 3 ^e condition; ajout de deux notes explicatives.
Rubéole congénitale	Division de la rubéole congénitale en deux entités : syndrome de rubéole congénitale et infection rubéoleuse congénitale. Ajout de la mention « Toute combinaison d'au moins deux manifestations cliniques compatibles » dans le préambule de la définition de cas confirmé. Ajout de la mention « En l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux » dans la 3 ^e condition relative à la définition de cas confirmé. Modification de la condition relative à la définition de cas probable. Ajout d'une définition de cas confirmé d'infection rubéoleuse congénitale. Modification de la 1 ^{re} note explicative pour diviser les manifestations cliniques en deux groupes.

Sida	Suppression des, 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e notes explicatives; modification de la 2 ^e note explicative.
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	Ajout d'une troisième catégorie de conditions dans la définition de cas probable.
Syphilis latente précoce	Ajout d'un élément dans la 3 ^e condition relative à la définition de cas confirmé; ajout d'une 2 ^e note explicative.
Tétanos	Suppression de la 1 ^{re} condition dans la définition de cas confirmé et de la mention « hypertonie aiguë ou des contractions musculaires douloureuses et des spasmes musculaires généralisés » dans la condition restante.
Trichinose	Reformulation de la 2 ^e condition et ajout d'une 3 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Tularémie	Suppression de la 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé et ajout de la détection d'antigènes et de la détection d'acides nucléiques comme deux nouvelles conditions dans la définition de cas probable.

Suppression de maladies qui présentent un intérêt pour la santé publique et qui ne sont pas des MADO :

- Influenza
- Varicelle

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2008 À L'ÉDITION 2006

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

Fièvre Q	Modification du titre pour respecter la 1 ^{re} condition du cas probable.
Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>	Modification de la 2 ^e condition, ajout des 3 ^e et 4 ^e conditions pour confirmer un cas et ajout d'une note explicative.
Hépatite C non précisée	Ajout de deux conditions et d'une note explicative.
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ajout du prélèvement d'origine conjonctivale dans la 4 ^e condition.
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)	Ajout de la détection d'acides nucléiques dans la 1 ^{re} condition du cas confirmé.
Infection invasive à streptocoque β -hémolytique du groupe A	Modification de la 1 ^{re} condition du cas probable, ajout d'une 3 ^e condition et ajout d'une note explicative.
Légionellose	Ajout d'une note explicative.
Oreillons	Ajout de la détection d'acides nucléiques du virus comme 2 ^e condition pour confirmer un cas.
Rubéole	Ajout de la détection d'acides nucléiques du virus comme 2 ^e condition pour confirmer un cas.
Rubéole congénitale	Ajout de la détection d'acides nucléiques du virus comme 2 ^e condition pour confirmer un cas.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2006 À L'ÉDITION 2005

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

Infection invasive à <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)	Modification des critères d'interprétation de la CMI d'une souche de <i>Staphylococcus aureus</i> dans la note explicative.
Légionellose	Ajout de l'immunochromatographie comme test de détection d'antigènes de <i>Legionella pneumophila</i> dans la 3 ^e condition d'un cas confirmé.
Syphilis congénitale	Ajout d'une définition de cas probable.
Syphilis secondaire	Remplacement du terme « iritis » par « uvéite » dans la 1 ^{re} condition.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2005 À L'ÉDITION 2004

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies qui ont été inscrites dans la liste des MADO :

- Hépatite E
- Hépatite delta

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

- Fièvre dengue

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

Hépatite B porteur chronique	Ajout d'une 3 ^e condition pour les cas probables.
Hépatite virale sans précision	Ajout des hépatites E et delta dans la liste des hépatites virales de la 2 ^e condition.
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>	Modification des résultats de laboratoire de référence pour les groupes d'âge de < 13 ans ou ≥ 13 ans dans le point 2 de la note explicative.
Lymphogranulomatose vénérienne	Nouvelle définition pour les cas confirmés et les cas probables, et ajout de notes explicatives.
Tuberculose	Ajout de trois types de mycobactéries dans le complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> et inclusion d'une sous-espèce dans <i>M. tuberculosis</i> ;
	modification dans la note explicative (2 ^e paragraphe, 2 ^e critère relatif à un nouvel épisode de récurrence) : la méthode de confirmation est le génotypage au lieu de RFLP.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À L'ÉDITION 2001

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies qui ont été inscrites dans la liste des MADO :

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

Suppression de certaines maladies dans la liste des MADO :

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

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

- Ehrlichiose

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

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

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À L'ÉDITION 1997

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

- Cryptosporidiose
- Infection à *Cyclospora*
- Influenza
- Listériose
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob
- Syndrome pulmonaire à hantavirus
- Varicelle

Modifications dans la nomenclature ou 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.
Coqueluche	Ajout du test de détection d'acides nucléiques.
Diphtérie	Ajout du diagnostic histopathologique.
Encéphalites à arbovirus	Énumération plus exhaustive des sites d'isolement, des épreuves diagnostiques et des types des virus.
Entérite à <i>Escherichia coli</i>	Ajout des sérotypes producteurs de vérocytotoxines.
Gastro-entérite à <i>Yersinia</i>	Ajout de la détection d'antigènes et d'anticorps.
Hépatite A	Ajout d'une note concernant l'immunisation récente et suppression du critère qui indiquait plus de 2,5 fois la limite supérieure normale concernant les enzymes hépatiques.
Hépatite B	Suppression du critère qui indiquait plus de 2,5 fois la limite supérieure normale concernant les enzymes hépatiques.
Hépatite C	Nouvelle définition de l'hépatite C aiguë.
Hépatite C chronique	Suppression de la catégorie clinique et ajout du test de détection d'acides nucléiques.
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i>	Ajout du test de détection d'acides nucléiques.
Infection à streptocoque β -hémolytique du groupe A	Suppression de la nécessité d'observer des manifestations cliniques pour la confirmation d'un cas.
Infection à streptocoque β -hémolytique du groupe B	Restriction de la surveillance aux nouveau-nés âgés 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 relatifs à la confirmation d'un cas.
Paludisme	Ajout d'une note sur les récives.
Rage	Modification du titre d'anticorps nécessaire à la confirmation d'un cas.
Rougeole	Ajout de la notion d'immunisation récente; précisions sur la détection d'IgM.
Rubéole congénitale	Ajout de précisions sur les anomalies nécessaires à la confirmation d'un cas.
Syphilis	Ajout du test TP-PA; suppression de la catégorie clinique dans toutes les formes de syphilis; suppression des formes syphilis nerveuse asymptomatique et syphilis cardiovasculaire; ajout des formes neurosyphilis et syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis.
Trichinose	Reformulation de la définition de cas clinique.
Tuberculose	Précisions sur la notion de récive.

MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À L'ÉDITION 1991

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies suivantes :

- Hépatite C
- Infection invasive sévère à streptocoque

Modifications dans la nomenclature ou la définition de certaines MADO :

Brucellose	Ajout d'une catégorie clinique.
Entérite à <i>Escherichia coli</i>	Restriction de la surveillance aux souches O157.
Hépatite B	Ajout d'une nouvelle catégorie de conditions dans la définition de cas confirmé et ajout de précisions.
Infection à <i>Hæmophilus influenzae</i>	Suppression de la catégorie clinique.
Légionellose	Suppression de la catégorie clinique.
Oreillons	Suppression de la catégorie clinique.
Rougeole	Suppression de la catégorie clinique.
Rubéole	Suppression de la catégorie clinique.
Tuberculose	Ajout de précisions dans la définition de cas clinique et ajout du test de détection d'acides nucléiques comme condition nécessaire à la confirmation d'un cas.

