

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec

Définitions nosologiques

Maladies d'origine infectieuse

8^e édition

Québec 

Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec

Définitions nosologiques

Maladies d'origine infectieuse

8^e édition

Avril 2011

Santé
et Services sociaux

Québec 

Membres du comité des définitions nosologiques

Dr Paul Rivest (responsable du comité)
Médecin-conseil
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Dr Éric Levac
Médecin-conseil
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Dre Nathalie Turgeon
Microbiologiste-infectiologue
Centre hospitalier universitaire de Québec
Hôtel-Dieu de Québec

Mme Marie-Andrée Leblanc
Infirmière bachelière
Bureau de surveillance et de vigie
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

A participé temporairement aux travaux du comité, en remplacement de Marie-Andrée Leblanc :

Mme Hélène Venables
Agente de planification sociosanitaire
Bureau de surveillance et de vigie
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Secrétariat

Mme France Villeneuve
Bureau de surveillance et de vigie
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Relecture

Mme France Bernard
Bureau de surveillance et de vigie
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les professionnels sont invités à faire part de leurs commentaires ou suggestions à Mme Marie-Andrée Leblanc au numéro de téléphone suivant : 418 266-6723.

REMERCIEMENTS

Les membres du comité provincial des définitions nosologiques tiennent à remercier tous les professionnels des directions de santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Laboratoire de santé publique du Québec 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.

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61712-9 (version 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.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	1
1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....	3
1.1 PRINCIPES À LA BASE DES RÉVISIONS.....	4
1.1.1 LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE AU QUÉBEC OU FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE NATIONALE AU CANADA.....	5
1.1.2 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2011 À LA VERSION 2008	7
1.1.3 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2008 À LA VERSION 2006	11
1.1.4 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2006 À LA VERSION 2005	12
1.1.5 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2005 À LA VERSION 2004	12
1.1.6 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À LA VERSION 2001	13
1.1.7 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION 1997	14
1.1.8 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION 1991	16
1.2 NOTES GÉNÉRALES	17
2 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	19
AMIBIASE	19
ANTHRAX (voir maladie du charbon)	20
BABÉSIOSE	21
BOTULISME	22
Botulisme alimentaire	22
Botulisme d'inoculation	22
Botulisme infantile.....	22
Botulisme par colonisation	23
BRUCELLOSE	24
CAMPYLOBACTER (voir infection à <i>Campylobacter</i>)	25
CHANCRE MOU	26
CHLAMYDIA (voir infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>).....	27
CHOLÉRA.....	28
COQUELUCHE.....	29
CRYPTOSPORIDIOSE.....	30
CYCLOSPOROSE.....	31
DIPHTÉRIE.....	32
ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)	33
ÉCLOSION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)	34
ENCÉPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR ARTHROPODES	35
FIÈVRE DE CRIMÉE-CONGO (voir fièvres hémorragiques virales)	36
FIÈVRE ÉBOLA (voir fièvres hémorragiques virales).....	37
FIÈVRE DE LASSA (voir fièvres hémorragiques virales)	38
FIÈVRE DE MARBURG (voir fièvres hémorragiques virales)	39
FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT (voir fièvres hémorragiques virales)	40
FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES	41
FIÈVRE JAUNE	42

FIÈVRE PARATYPHOÏDE	43
FIÈVRE Q	44
FIÈVRE TYPHOÏDE	45
GASTRO-ENTÉRITE À <i>YERSINIA ENTEROCOLITICA</i>	46
GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE	47
GIARDIASE	48
GONORRHÉE (voir infection gonococcique)	49
GRANULOME INGUINAL	50
HÆMOPHILUS INFLUENZÆ (voir infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>)	51
HÉPATITE A	52
HÉPATITE B	53
Hépatite B aiguë	53
Hépatite B porteur chronique	53
Hépatite B non précisée	53
HÉPATITE C	54
Hépatite C aiguë	54
Hépatite C non précisée	55
HÉPATITE DELTA	56
HÉPATITE E	57
HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION	58
INFECTION À <i>CAMPYLOBACTER</i>	59
INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	60
INFECTION À <i>ESCHERICHIA COLI</i> PRODUCTEUR DE VÉROCYTOTOXINE	61
INFECTION À HANTAVIRUS	62
INFECTION À HTLV TYPE I OU II	63
INFECTION À <i>PLASMODIUM</i> (MALARIA)	64
INFECTION AU <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (SARV)	65
INFECTION GONOCOCCIQUE	66
Infection gonococcique génito-urinaire	66
Infection gonococcique de l'œil	66
Infection gonococcique autre	66
INFECTION INVASIVE À <i>ESCHERICHIA COLI</i>	67
INFECTION INVASIVE À <i>HÆMOPHILUS INFLUENZÆ</i>	68
INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUES	69
INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A	70
INFECTION INVASIVE À <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIÆ</i> (PNEUMOCOQUE)	71
INFECTION PAR LE VIH	72
INFECTION PAR LE VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)	73
Syndrome neurologique lié au VNO	73
Syndrome non neurologique lié au VNO	75
Infection asymptomatique liée au VNO	77
LÉGIONELLOSE	78
LÈPRE	79

LEPTOSPIROSE	80
LISTÉRIOSE	81
LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE	82
MALADIE DE CHAGAS	84
MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB ET SES VARIANTES	85
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (forme classique)	85
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (nouvelle variante)	86
MALADIE DE LYME	87
MALADIE DU CHARBON (Anthrax)	88
MALARIA (voir infection à <i>Plasmodium</i>)	89
MÉNINGOCOQUE (voir infection invasive à méningocoques)	90
OREILLONS	91
PALUDISME (voir infection à <i>Plasmodium</i>)	92
PARALYSIE FLASQUE AIGUË	93
PARATYPHOÏDE (voir fièvre paratyphoïde)	94
PESTE	95
POLIOMYÉLITE	96
PSITTACOSE	97
RAGE	98
ROUGEOLE	99
RUBÉOLE	100
RUBÉOLE CONGÉNITALE	101
Syndrome de rubéole congénitale	101
Infection rubéoleuse congénitale	101
SALMONELLOSE	102
SHIGELLOSE	103
SIDA	104
STREPTOCOQUE (voir infection invasive à streptocoques du groupe A ou à <i>Streptococcus pneumoniae</i>)	105
SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)	106
SYPHILIS	108
Syphilis primaire	108
Syphilis secondaire	109
Syphilis latente précoce	109
Syphilis latente tardive	110
Neurosyphilis	110
Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis	110
Syphilis congénitale	111
Syphilis sans précision	111
TÉTANOS	112
TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE	113
TRICHINOSE	114
TUBERCULOSE	115
TULARÉMIE	116

TYPHOÏDE (voir fièvre typhoïde).....	117
TYPHUS	118
Typhus épidémique	118
Typhus murin	118
Typhus des broussailles	118
VARIOLE	119
YERSINIA ENTEROCOLITICA (voir gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i>).....	120
3 MALADIES D'INTÉRÊT QUI NE SONT PAS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	121
ÉCLOSION	121
EHRlichiose (ou ANAPlasmoSe)	122
FIÈVRE DENGUE.....	123
BIBLIOGRAPHIE	125
ANNEXES.....	127
Formulaire de déclaration AS-770 (à l'usage du médecin).....	129
Formulaire de déclaration AS-772 (à l'usage du laboratoire)	131

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	Concentration minimale inhibitrice
DFA	<i>Direct fluorescent assay</i> (immunofluorescence directe)
DFA-TP	<i>Direct fluorescent assay – Treponema pallidum</i>
EEG	Électro-encéphalogramme
EIA	<i>Enzyme immunoassay</i> (technique immuno-enzymatique)
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine
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 type G
IgM	Immunoglobulines de type M
IH	Inhibition d'hémagglutination
LCR	Liquide céphalo-rachidien
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>
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARV	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine
SDR	Syndrome de détresse respiratoire
SHU	Syndrome hémolytique urémique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TP-PA	<i>Treponema pallidum – particle agglutination</i>
TRUST	<i>Toluidine red unheated serum test</i>
VDRL	<i>Venereal disease research laboratory</i>
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) 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) sur le territoire (*Laboratoire de lutte contre la maladie du Canada*, 1991, *Centers for Disease Control and Prevention*, 1990 et *Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, 1991). Elle a été mise à jour en 1997, puis plusieurs fois par la suite (voir la section 1.1.2 et les suivantes). La version actuelle prend en compte la dernière version du document fédéral intitulé *Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale*, parue en 2009 et disponible sur le site Web de l'Agence (*Agence de la santé publique du Canada*, 2009).

Le présent document, construit à partir de la liste officielle des MADO, s'adresse aux professionnels du réseau de la santé publique qui s'occupent de la surveillance de ces maladies. Il vise à fournir aux intervenants de santé publique des critères uniformes pour valider et standardiser les déclarations de MADO saisies au système d'information.

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 ne réponde à la définition de cas utilisée aux fins de la surveillance. Les définitions nosologiques ne doivent pas non plus représenter pour le clinicien 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 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 au système d'information. Cependant, il ne peut répondre à toutes les 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 un manuel regroupant les guides d'intervention élaborés pour les différentes MADO et avec un guide portant sur la saisie des données de surveillance au système d'information.

1.1 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. Les formulaires servant à déclarer les MADO ainsi que la liste de ces dernières sont présentés en annexe.

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*, 2000) et américaines (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1997) 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), 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 après association à un test de laboratoire très spécifique, peu importe les symptômes présents. Il arrive toutefois qu'un cas puisse être confirmé en l'absence d'examen de laboratoire quand il présente un ensemble de signes et de symptômes 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 signes et des symptômes 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 tests de biologie moléculaire deviennent maintenant 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 ou ceux des centres hospitaliers. Des notes explicatives sont ajoutées, au besoin, dans le recueil 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 au système d'information, lequel constitue la base de la surveillance des MADO, des actions de santé publique et de la planification sanitaire.

1.1.1 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	
Babésiose		X	
Botulisme	X		
Brucellose	X		
Chancre mou		X	
Choléra	X		
Coqueluche	X		
Cryptosporidiose	X		
Cyclospore	X		
Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i>			X
Diphtérie	X		
Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)		X	
Éclosion au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)		X	
Encéphalite virale transmise par arthropodes		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 à <i>Yersinia enterocolitica</i>		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>	X		
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	X		
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	X		
Infection à hantavirus	X		
Infection à HTLV type I ou II		X	
Infection à norovirus			X
Infection à <i>Plasmodium</i>	X		
Infection au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)		X	

1. Au palier fédéral, la fièvre paratyphoïde est déclarée avec les salmonelloses.

Maladies	Surveillance au Québec et au Canada	Surveillance au Québec seulement	Surveillance au Canada seulement
Infection gonococcique	X		
Infection invasive à <i>Escherichia coli</i>		X	
Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i>	X		
Infection invasive à méningocoques	X		
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)	X		
Infection invasive à streptocoques du groupe A	X		
Infection invasive à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né			X
Infection par le VIH ¹	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 classique et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob	X		
Maladie de Lyme	X		
Maladie du charbon	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		
Sida ¹	X		
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	X		
Syphilis	X		
Tétanos	X		
Toxi-infection alimentaire et hydrique		X	
Trichinose		X	
Tuberculose	X		
Tularémie	X		
Typhus		X	
Varicelle			X
Variole	X		

1. 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.

1.1.2 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2011 À LA VERSION 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.
Diphtérie	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.
Infection à <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	Ajout de la détection d'acides nucléiques comme 2 ^e condition dans la définition de cas confirmé.
Infection invasive à méningocoques	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) Syndrome neurologique lié au VNO	Division de la maladie en trois entités. 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 deuxième 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 première 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 deuxième 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

1.1.3 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2008 À LA VERSION 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 streptocoques 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.

1.1.4 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2006 À LA VERSION 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

1.1.5 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2005 À LA VERSION 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.

1.1.6 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2004 À LA VERSION 2001

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

- Babésiose
- Cryptosporidiose
- Cyclospore
- 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 streptocoques 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 streptocoques	Remplacée par infection invasive à streptocoques du groupe A et infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> .
Sida	Ajout d'une note explicative sur les modalités de déclaration du sida; modification de la 2 ^e note explicative sur la définition d'un test positif à l'égard du VIH.
Syphilis	Ajout du test de détection d'acides nucléiques; ajout de la catégorie syphilis sans précision.
Tétanos	Ajout d'une composante de laboratoire dans la définition de cas.

1.1.7 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 2001 À LA VERSION 1997

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

- Cryptosporidiose
- Infection à *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 streptocoques β -hémolytique du groupe A	Suppression de la nécessité d'observer des manifestations cliniques pour la confirmation d'un cas.
Infection à streptocoques 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 pneumocoques	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 récurrences.
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 récurrence.

1.1.8 MODIFICATIONS APPORTÉES EN 1997 À LA VERSION 1991

Ajout d'une définition nosologique pour les maladies suivantes :

- Hépatite C
- Infection invasive sévère à streptocoques

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.

1.2 NOTES GÉNÉRALES

1. Lorsque l'expression *manifestations cliniques compatibles* n'est pas mentionnée dans une définition de cas, c'est que la présence de ces manifestations n'est pas nécessaire à la confirmation du cas.
2. Le sang, les liquides céphalo-rachidien, pleural, péritonéal, péricardique et articulaire ainsi que les tissus obtenus par biopsie ou par prélèvement peropératoire (incluant la moelle osseuse) sont considérés comme des spécimens provenant de sites stériles. Par contre, les produits d'aspiration de l'oreille moyenne ou d'une plaie superficielle et le liquide obtenu par lavage broncho-alvéolaire 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 peut être confirmé par une augmentation du taux d'anticorps dirigés contre le micro-organisme, l'augmentation du titre, pour être significative, doit être d'au moins quatre fois entre les deux sérums prélevés à au moins deux semaines d'intervalle et analysés simultanément au même laboratoire.

La recherche d'anticorps peut se faire par une méthode immuno-enzymatique. Le résultat obtenu est alors exprimé non pas sous forme de titre ou de dilution, mais souvent en densité optique, en valeur index ou en proportion. 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. On pourra considérer l'augmentation du taux d'anticorps de type G (IgG) ou totaux comme significative lorsque le résultat de la détection d'anticorps dans le sérum en phase aiguë et dans celui en phase de convalescence passe de négative à positive.

7. Le domaine du diagnostic moléculaire évolue très rapidement et de nouveaux types d'analyses font régulièrement leur apparition. Pour certaines maladies, on utilise à la fois une réaction de polymérisation en chaîne (*polymerase chain reaction* ou PCR) avec amplification des acides nucléiques et des sondes détectrices d'acides nucléiques. Ces sondes n'amplifient pas l'ADN et ne sont donc pas des tests d'amplification d'acides nucléiques (TAAN). Pour d'autres maladies, il existe des tests de recherche d'acides nucléiques par amplification de la cible et par amplification de signal, lesquels ne sont pas non plus des TAAN. L'expression *détection d'acides nucléiques* est utilisée dans le présent document sans précision sur la nature exacte des tests utilisés.
8. Il arrive souvent que des tests de laboratoire ne soient pas homologués pour être faits à partir de certains sites de prélèvement. Par exemple, certains tests de recherche d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* ne sont pas homologués pour être faits sur un prélèvement d'origine rectale ou vaginale. Par contre, si le test est fait malgré tout, un résultat positif permettra de l'inscrire dans le fichier de surveillance (système d'information), peu importent les questions d'homologation.

2 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

AMIBIASE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

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

Note explicative

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

ANTHRAX (voir maladie du charbon)

BABÉSIOSE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) détection d'une espèce de *Babesia*¹ sur un frottis sanguin; **ou**
- 2) 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 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 un malade 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 de 1 an et d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou tout spécimen prélevé au cours de 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 un patient âgé de 1 an ou plus qui présente 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 tout spécimen prélevé au cours de 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 deux conditions suivantes :

- 1) isolement d'une espèce de *Brucella* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection par une épreuve d'agglutination d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Brucella* entre 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;
- 2) détection d'un seul titre d'anticorps contre *Brucella* ≥ 160 dans un sérum prélevé après le début des symptômes.

Note explicative

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

CAMPYLOBACTER (voir infection à *Campylobacter*)

CHANCRE MOU

Cas confirmé

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

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et présence des trois conditions suivantes :

- 1) un ou plusieurs ulcères génitaux douloureux; **et**
- 2) aucune évidence d'infection à *Treponema pallidum* à l'examen sur fond noir de l'exsudat de l'ulcère ou à l'épreuve sérologique pour la syphilis effectuée au moins 7 jours après l'apparition des ulcères; **et**
- 3) aucune évidence d'infection à *Herpes simplex* d'après la présentation clinique des ulcères ou la culture négative.

CHLAMYDIA (voir infection à *Chlamydia trachomatis*)

CHOLÉRA

Cas confirmé

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

COQUELUCHE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) isolement de *Bordetella pertussis*; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Bordetella pertussis*; **ou**
- 3) un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire et au moins une des manifestations suivantes : toux paroxystique, sifflement inspiratoire, ou toux se terminant par des vomissements ou de l'apnée pour lesquelles il n'y a aucune autre cause apparente.

Cas probable

Présence d'une toux qui dure depuis au moins 2 semaines et présence d'au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

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

CRYPTOSPORIDIOSE

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) présence de *Cryptosporidium* dans un échantillon clinique approprié (selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle); **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Cryptosporidium* dans un échantillon clinique approprié (selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle); **ou**
- 3) détection d'antigènes de *Cryptosporidium* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou d'immunofluorescence directe (DFA).

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

CYCLOSPOROSE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) présence de *Cyclospora* dans un échantillon clinique approprié (selles, liquide d'aspiration duodénale ou jéjunale, ou biopsie de l'intestin grêle); **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Cyclospora* dans un échantillon clinique approprié (selles, liquide d'aspiration du duodénum ou du jéjunum, ou biopsie de l'intestin grêle).

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

DIPHTÉRIE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite, amygdalite ou laryngite) 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*, *ulcerans* ou *pseudotuberculosis*;
ou
- 2) diagnostic histopathologique de diphtérie; **ou**
- 3) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un test de laboratoire.

ÉCLOSION À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

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

Note explicative

1. Une souche d'*Enterococcus faecium* ou d'*Enterococcus faecalis* est résistante à la vancomycine :
 - ◇ si 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 d'une infection graves 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 de 1 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 patients doit être basée principalement sur l'enquête épidémiologique. La caractérisation des souches par une méthode de typage est complémentaire à l'enquête épidémiologique.

ENCÉPHALITE VIRALE TRANSMISE PAR ARTHROPODES¹

Cas confirmé

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

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

Cas probable

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

Note explicative

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

FIÈVRE DE CRIMÉE-CONGO (voir fièvres hémorragiques virales)

FIÈVRE ÉBOLA (voir fièvres hémorragiques virales)

FIÈVRE DE LASSA (voir fièvres hémorragiques virales)

FIÈVRE DE MARBURG (voir fièvres hémorragiques virales)

FIÈVRE DE LA VALLÉE DU RIFT (voir fièvres hémorragiques virales)

FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES¹

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 immuno-enzymatique (EIA); **ou**
- 3) l'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 d'immunofluorescence, **ou**
 - ◊ détection d'anticorps IgM spécifiques par EIA, par immunofluorescence ou par immunotransfert (Western blot), **ou**
 - ◊ détection d'une augmentation significative des anticorps IgG sériques par EIA, par immunofluorescence ou par immunotransfert (Western blot), **ou**
 - ◊ 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 de Crimée-Congo, la fièvre Ebola, la fièvre de Lassa, la fièvre de Marburg et la fièvre de la vallée du Rift.

FIÈVRE JAUNE

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

Cas probable

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

FIÈVRE PARATYPHOÏDE

Cas confirmé

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

FIÈVRE Q

Cas confirmé

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

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et 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 *Coxiella burnetii*.

FIÈVRE TYPHOÏDE

Cas confirmé

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

Note explicative

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

GASTRO-ENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*¹

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.

GASTRO-ENTÉRITE ÉPIDÉMIQUE D'ORIGINE INDÉTERMINÉE

Symptômes gastro-intestinaux 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

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) présence de kystes ou de trophozoïtes de *Giardia lamblia* dans un échantillon clinique approprié (selles, liquide duodénal ou biopsie du petit intestin); **ou**
- 2) détection d'antigènes de *Giardia lamblia* dans les selles à l'aide d'une technique EIA ou DFA.

GONORRHÉE (voir infection gonococcique)

GRANULOME INGUINAL

Cas confirmé

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

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

HÉPATITE A

Cas confirmé

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

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

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

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

Note explicative

1. En présence de vaccination récente contre l'hépatite A, la détection d'IgM anti-VHA chez un individu devra être appuyée par des manifestations cliniques **ET** un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Les IgM induits par la vaccination peuvent être détectés pendant environ 1 mois.

HÉPATITE B

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 hépatiques AST ou ALT; **et**
- 2) détection sérologique d'IgM anti-HBc et d'AgHBs.

OU

Nourrisson chez qui on a décelé 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 hépatiques AST ou ALT; **et**
- 2) détection sérologique d'AgHBs; **et**
- 3) recherche négative d'IgM anti-VHA et anti-VHC; **et**
- 4) aucune autre cause apparente.

HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) détection à deux reprises d'AgHBs ou d'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'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

HÉPATITE C AIGÜE

Cas confirmé

Chez un sujet âgé de 1 an et plus, présence des six conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie) ou une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT **et**;
- 2) détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA) ou détection de l'ARN du VHC par une technique d'amplification génique; **et**
- 3) recherche des IgM anti-VHA négative; **et**
- 4) recherche des IgM anti-HBc négative ou en son absence, recherche de l'AgHBs négative; **et**
- 5) exposition depuis moins de 6 mois à un mode de transmission reconnu¹ en l'absence de toute exposition antérieure; **et**
- 6) aucune autre cause apparente.

OU

Séroconversion à l'égard des anti-VHC à l'intérieur d'une période de 6 mois à la suite d'une exposition documentée.

OU

Chez un nourrisson âgé de moins de 1 an, détection de l'ARN du VHC par RT-PCR² quel que soit le résultat de l'anti-VHC.

Notes explicatives

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

HÉPATITE C NON PRÉCISÉE

Cas confirmé

Chez un sujet âgé de 1 an et plus, pour lequel l'information disponible ne permet pas le classement comme cas aigu, présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) détection sérologique de l'anti-VHC par deux EIA de deux trousse de laboratoire différentes; **ou**
- 2) détection sérologique de l'anti-VHC par des tests complémentaires (RIBA, INNO-LIA, ou autres); **ou**
- 3) détection sérologique de l'anti-VHC avec un rapport signal sur seuil de positivité $\geq$ au seuil pour lequel un test complémentaire n'est pas nécessaire¹; **ou**
- 4) détection de l'ARN du VHC par RT-PCR.

Note explicative

1. La valeur du rapport au-delà de laquelle un test de confirmation n'est plus nécessaire varie habituellement d'un test à l'autre et peut être suggérée par le fabricant du test ou déterminée par le laboratoire hospitalier où est effectué le test.

HÉPATITE DELTA

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles chez une personne qui répond 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 sérologique d'anti-VHD total ou d'IgM anti-VHD; **ou**
- 2) détection de l'ARN du virus de l'hépatite delta par une technique d'amplification génique dans un échantillon clinique approprié.

HÉPATITE E

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) détection de l'ARN du virus de l'hépatite E par une technique d'amplification génique dans un échantillon approprié; **ou**
- 2) détection sérologique d'IgM et d'IgG anti-VHE; **ou**
- 3) détection sérologique d'IgM anti-VHE chez une personne qui présente des manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT.

Cas probable

Présence des quatre conditions suivantes :

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

HÉPATITE VIRALE SANS PRÉCISION

Présence des trois conditions suivantes :

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

INFECTION À *CAMPYLOBACTER*

Cas confirmé

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

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Cas confirmé¹

Présence d'une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire; **ou**
- 2) détection d'antigènes de *Chlamydia trachomatis* à l'aide d'une technique EIA ou DFA dans un prélèvement d'origine conjonctivale, pharyngée², urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis* dans un prélèvement d'origine conjonctivale pharyngée², urinaire, urétrale, endocervicale, vaginale ou rectale; **ou**
- 4) détection sérologique d'IgM spécifiques chez un nourrisson âgé de moins de 3 mois et présentant une pneumonie.

Notes explicatives

1. Un nouvel épisode d'infection à *Chlamydia trachomatis* ne devrait pas être inscrit au système d'information à l'intérieur d'une période de 2 mois suivant un épisode antérieur, sauf si des renseignements permettent de considérer deux déclarations comme deux épisodes distincts.
2. En plus des prélèvements pharyngés, 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.

INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTEUR DE VÉROCYTOTOXINE¹

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement 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 *Escherichia coli* qui s'accompagnent d'un SHU ou d'un PTT seront inscrites au système d'information sous « infection invasive à *Escherichia coli* ».
2. Parmi les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxine, appelés également *Escherichia coli* entéro-hémorragique, on trouve, entre autres, les sérotypes O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8 et O104:H21.

INFECTION À HANTAVIRUS

Cas confirmé

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

- 1) détection sérologique d'IgM contre le hantavirus; **ou**
- 2) détection d'une augmentation significative du taux d'anticorps contre le hantavirus entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence; **ou**
- 3) détection de la séquence d'ARN spécifique du hantavirus dans un spécimen clinique approprié; **ou**
- 4) détection d'un antigène du hantavirus par épreuve immunohistochimique.

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. Le 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 TYPE I OU II

Cas confirmé

Détection, par un test EIA sensible¹, d'anticorps dirigés contre le virus T-lymphotrope humain de type I ou II (HTLV I/II) confirmée par un test supplémentaire tel qu'une épreuve d'immunotransfert (Western blot), de radio-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 une approche à deux épreuves utilisant un dosage EIA 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*

Cas confirmé

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

Cas probable

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

Note explicative

1. Toute personne qui présente un premier accès de paludisme au Canada sera déclarée comme un 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 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, 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 *Staphylococcus 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

INFECTION GONOCOCCIQUE GÉNITO-URINAIRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

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

INFECTION GONOCOCCIQUE DE L'ŒIL

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhœæ* d'un prélèvement oculaire; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhœæ* dans un prélèvement oculaire.

INFECTION GONOCOCCIQUE AUTRE

Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

- 1) isolement de *Neisseria gonorrhœæ* d'un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Neisseria gonorrhœæ* dans un spécimen clinique autre qu'oculaire ou urogénital.

INFECTION INVASIVE À *ESCHERICHIA COLI*

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations compatibles avec un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou un purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT)¹; **et**
- 2) isolement d'*Escherichia coli* O157:H7 ou O157 ou de tout 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 (i.e. $\geq 83 \mu\text{mol/L}$ 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. Parmi les *Escherichia coli* producteurs de vérocytotoxine, appelés également *Escherichia coli* entéro-hémorragique, on trouve, entre autres, les sérotypes O157:H7, O157:non mobile, O26:H11, O111:H8 et O104:H21.

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'*Hæmophilus influenzae* dans un site normalement stérile; **ou**
- 3) manifestations cliniques compatibles avec une épiglottite et isolement d'*Hæmophilus influenzae* dans un prélèvement de la gorge, du nasopharynx ou de l'épiglotte.

Note explicative

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

INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUES

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 *Neisseria 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 prélèvement du LCR.

Notes explicatives

1. La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une entité très rare et la confirmation par un test de 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 dans le système d'information.

INFECTION INVASIVE À STREPTOCOQUES DU GROUPE A

Cas confirmé

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

Cas probable

Présence des 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* (streptocoque β -hémolytique du groupe A); **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, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse ou nécrose des tissus mous.
2. Dans le cas d'une pneumonie, les spécimens 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)

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et 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 (*Streptococcus 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 VIH¹

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 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 un autre test 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)

SYNDROME NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) antécédents d'exposition dans une région où le VNO est actif¹ ou antécédents d'exposition à un autre mode de transmission; **et**
- 2) fièvre; **et**
- 3) 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 syndromes de type parkinsonien (rigidité en roue dentée, bradykinésie ou instabilité posturale, par exemple); **ou**
 - ◇ autres syndromes neurologiques;

ET

- 4) au moins un des six 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 (PRN) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
 - ◇ détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
 - ◇ détection d'anticorps dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO, confirmée par un test PRN²; **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'héماغglutination (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 à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO et détection d'anticorps anti-VNO spécifiques, à l'aide d'un test PRN², dans un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence.

Notes explicatives

1. Pour toute information concernant les régions où le VNO est actif, consulter l'Institut national de santé publique du Québec.
2. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année.

Cas probable

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) antécédents d'exposition dans une région où le VNO est actif¹ ou antécédents d'exposition à un autre mode de transmission; **et**
- 2) fièvre; **et**
- 3) 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 syndromes de type parkinsonien (rigidité en roue dentée, bradykinésie ou instabilité posturale, par exemple); **ou**
 - ◇ autres symptômes neurologiques;

ET

- 4) au moins un des cinq résultats de laboratoire suivants :
 - ◇ détection d'anticorps antinflavivirus dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **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 à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
 - ◇ détection d'un seul titre d'anticorps anti-VNO > 1:320 dans une épreuve IH ou détection d'IgG anti-VNO à l'aide d'un dosage EIA et confirmation par PRN²; **ou**
 - ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur le sang des donneurs par les fournisseurs du système du sang au Canada.

Notes explicatives

1. Pour toute information concernant les régions où le VNO est actif, consulter l'Institut national de santé publique du Québec.
2. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année.

SYNDROME NON NEUROLOGIQUE LIÉ AU VNO

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) antécédents d'exposition dans une région où le VNO est actif¹ ou antécédents d'exposition à un autre mode de transmission; **et**
- 2) au moins deux des manifestations cliniques suivantes :
 - ◇ fièvre; **ou**
 - ◇ myalgies; **ou**
 - ◇ arthralgies; **ou**
 - ◇ céphalées; **ou**
 - ◇ fatigue; **ou**
 - ◇ lymphadénopathie; **ou**
 - ◇ éruption maculopapulaire.

ET

- 3) Au moins un des six 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 (PRN) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
 - ◇ détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
 - ◇ détection d'anticorps dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO, confirmée par un test PRN²; **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'héماغglutination (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 à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO et détection d'anticorps anti-VNO spécifiques, à l'aide d'un test PRN², dans un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence.

Notes explicatives

1. Pour toute information concernant les régions où le VNO est actif, consulter l'Institut national de santé publique du Québec.
2. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année.

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) antécédents d'exposition dans une région où le VNO est actif¹ ou antécédents d'exposition à un autre mode de transmission; **et**
- 2) au moins deux des manifestations cliniques suivantes :
 - ◇ fièvre; **ou**
 - ◇ myalgies; **ou**
 - ◇ arthralgies; **ou**
 - ◇ céphalées; **ou**
 - ◇ fatigue; **ou**
 - ◇ lymphadénopathie; **ou**
 - ◇ éruption maculopapulaire.

ET

- 3) au moins un des cinq résultats de laboratoire suivants :
 - ◇ détection d'anticorps antinflavirus dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
 - ◇ détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antinflavirus 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 à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
 - ◇ détection d'un seul titre d'anticorps anti-VNO > 1:320 dans une épreuve IH ou détection d'IgG anti-VNO à l'aide d'un dosage EIA et confirmation par PRN²; **ou**
 - ◇ mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise par une technique d'amplification génique appropriée effectuée sur le sang des donneurs par les fournisseurs du système du sang au Canada.

Notes explicatives

1. Pour toute information concernant les régions où le VNO est actif, consulter l'Institut national de santé publique du Québec.
2. Un test PRN de confirmation ou une autre épreuve de neutralisation n'est pas nécessaire dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année.

INFECTION ASYMPTOMATIQUE LIÉE AU VNO

Cas confirmé

En l'absence de manifestations cliniques, présence d'au moins un des six 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 plages (PRN) ou par un autre test de neutralisation; **ou**
- 3) détection d'antigènes du VNO dans les tissus; **ou**
- 4) détection d'anticorps dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO, confirmée par un test PRN¹; **ou**
- 5) détection d'une augmentation significative du titre des anticorps antinflavivirus 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 à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO 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.

Cas probable

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

- 1) détection d'anticorps antinflavivirus dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
- 2) 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**
- 3) mise en évidence d'une séroconversion à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti-VNO sans test de confirmation (PRN, par exemple); **ou**
- 4) détection d'un seul titre d'anticorps anti-VNO > 1:320 dans une épreuve IH ou détection d'IgG anti-VNO à l'aide d'un dosage EIA et confirmation par 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 le sang des donneurs 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 dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année.

LÉGIONELLOSE¹

Cas confirmé

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

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

Notes explicatives

1. Toutes les espèces de *Legionella*, tout comme les anciens membres du genre *Legionella* qui appartiennent maintenant – du point de vue taxonomique – à d'autres 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*, *Fluoribacter* ou *Tatlockia* sont associées à deux entités cliniquement distinctes : la maladie du légionnaire, qui se manifeste par de la fièvre, des myalgies, de la toux et une pneumonie, et la fièvre de Pontiac, qui se manifeste par un tableau fébrile moins grave, sans pneumonie.

LÈPRE

Cas confirmé

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

- 1) isolement de *Leptospira* d'un spécimen clinique; **ou**
- 2) détection de *Leptospira* dans un spécimen clinique par une technique d'immunofluorescence; **ou**
- 3) détection par une épreuve d'agglutination d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Leptospira* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

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

LISTÉRIOSE

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 *Listeria monocytogenes* (septicémie, méningite, méningo-encéphalite) avant l'accouchement **et** dont le nouveau-né présente une infection à *Listeria* prouvée par isolement de la bactérie à partir d'un site normalement stérile (liquide céphalo-rachidien, sang); **ou**
- 3) dans le cadre d'un avortement spontané, d'une mortinaissance ou d'un accouchement prématuré, isolement de *Listeria monocytogenes* de tissus fœtaux, de tissus placentaires ou d'un site normalement stérile (liquide céphalo-rachidien, sang).

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

1) un des trois critères suivants :

- ◇ rectite, **ou**
- ◇ lymphadénopathie inguinale ou fémorale, **ou**
- ◇ contact sexuel avec un cas confirmé de lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) résultat positif à au moins un des deux tests de détection suivants¹ :

- ◇ isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- ◇ détection de *Chlamydia trachomatis* par une technique d'amplification génique appropriée²;

ET

3) à partir d'un résultat positif obtenu par culture ou par détection d'acides nucléiques, confirmation par séquençage de l'ADN ou par cartographie différentielle de restriction (*restriction fragment length polymorphism* [RFLP]) d'un des sérotypes responsables de lymphogranulomatose vénérienne (L1, L2 ou L3).

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 lymphogranulomatose vénérienne;

ET

2) résultat positif à au moins un des cinq tests de détection suivants¹ :

- ◇ isolement de *Chlamydia trachomatis* dans un échantillon clinique approprié, **ou**
- ◇ détection d'acides nucléiques de *Chlamydia trachomatis*, **ou**
- ◇ détection par une épreuve de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence, **ou**
- ◇ détection sérologique d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 64 , par une épreuve de fixation du complément, **ou**
- ◇ détection sérologique d'un seul titre d'anticorps spécifiques contre *Chlamydia trachomatis* ≥ 256 , par une épreuve de micro-immunofluorescence.

Notes explicatives

1. La culture, la détection d'acides nucléiques et les tests sérologiques ne permettent pas de faire la distinction entre les sérotypes de *Chlamydia trachomatis* responsables de la lymphogranulomatose vénérienne et ceux qui sont associés aux autres infections. Tout résultat positif à l'un de ces tests de détection doit être confirmé par l'un des tests spécifiques mentionnés au point 3 de la définition de cas confirmé.
2. Les techniques d'amplification génique comprennent la réaction de polymérase en chaîne (PCR), l'amplification médiée par la transcription et l'amplification par déplacement de brin. Les techniques d'amplification génique n'ont été validées que pour des prélèvements urinaires ainsi que pour des écouvillonnages endocervicaux et urétraux. Elles n'ont pas été validées pour des écouvillonnages rectaux, vaginaux et oropharyngés, ni pour des biopsies de ganglions lymphatiques ou des aspirations de bubons. Dans ces circonstances, un résultat négatif n'exclut pas la présence de lymphogranulomatose vénérienne et tout test positif devrait être confirmé par une autre méthode (culture ou technique d'amplification génique suivie d'un séquençage de l'ADN ou RFLP), par un laboratoire de référence).

MALADIE DE CHAGAS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

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

Note explicative

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

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB ET SES VARIANTES

MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (FORME CLASSIQUE)

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes :

- 1) démonstration anatomo-pathologique d'encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral, 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,
 - ◇ perturbations visuelles ou cérébelleuses (ataxie),
 - ◇ symptômes pyramidaux ou extra-pyramidaux,
 - ◇ 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 (NOUVELLE VARIANTE)

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,
 - ◇ douleurs ou dysesthésies persistantes,
 - ◇ ataxie,
 - ◇ myoclonies, chorée ou dystonie,
 - ◇ 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 périce llulaires 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

Cas confirmé

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

- 1) isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Borrelia burgdorferi*; **ou**
- 3) détection d'IgM ou d'IgG dirigés contre *Borrelia burgdorferi* dans le sérum² d'une personne ayant séjourné dans une zone où la maladie est endémique³.

Cas probable

Présence d'une des deux situations suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles en l'absence de résidence ou de voyage dans une zone où la maladie est endémique et détection d'IgM ou d'IgG dirigés contre *Borrelia burgdorferi*; **ou**
- 2) érythème migrant observé par un médecin chez une personne ayant séjourné dans une zone où la maladie est endémique.

Notes explicatives

1. Les signes et les symptômes suivants constituent les principales manifestations cliniques de la maladie de Lyme :
Manifestations dermatologiques : érythème migrant, c'est-à-dire une lésion cutanée érythémateuse expansive apparaissant généralement au site de la piqûre et qui doit avoir un diamètre supérieur à 5 cm. Des lésions secondaires peuvent aussi survenir. L'érythème migrant doit être distingué des réactions d'hypersensibilité à la piqûre de tique, qui ont généralement un diamètre inférieur à 5 cm et commencent habituellement à s'estomper au bout de 24 à 48 heures. D'autres manifestations dermatologiques sont possibles aux stades disséminés précoce et tardif de l'infection.
Manifestations neurologiques : au stade précoce, la maladie de Lyme peut se manifester par une atteinte aiguë du système nerveux périphérique (radiculopathie, neuropathie crânienne ou mononeuropathie multiple, laquelle est une atteinte multifocale de nerfs anatomiquement non reliés, par exemple) et une atteinte du système nerveux central (méningite lymphocytaire ou encéphalomyélite, laquelle est une inflammation du parenchyme cérébral et/ou de la moelle épinière accompagnée d'anomalies focales, par exemple). 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 qui peut aussi toucher d'autres grosses articulations ou l'articulation temporomandibulaire. Un épanchement important et démesuré par rapport à la douleur est caractéristique. 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. Une inflammation persistante de la même articulation pendant 12 mois et plus constitue un tableau clinique inhabituel. 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 niveau du 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 myocardite seuls ne sont pas des critères d'une atteinte cardiovasculaire.
2. On recommande une approche à deux épreuves utilisant une technique EIA sensible confirmée par un Western blot.
3. Par zone où la maladie est endémique, on entend un secteur géographique où la présence d'une population reproductrice de tiques vectrices (*Ixodes scapularis*, *Ixodes pacificus* et *Ixodes ricinus*, par exemple) a été confirmée alors que des méthodes d'analyse moléculaire ont prouvé que ces tiques étaient infectées par *Borrelia burgdorferi*. Pour plus d'information, consulter l'Institut national de santé publique du Québec.

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 *Bacillus 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 *Bacillus 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.

MALARIA (voir infection à *Plasmodium*)

MÉNINGOCOQUE (voir infection invasive à méningocoques)

OREILLONS

Cas confirmé

Présence d'une des trois conditions suivantes en l'absence d'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'IgM contre le virus des oreillons chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou qui a 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 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.

PALUDISME (voir infection à *Plasmodium*)

PARALYSIE FLASQUE AIGÜE¹

Cas confirmé

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

Notes explicatives

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

Au début des symptômes, la poliomyélite se différencie difficilement des autres formes de PFA comme le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse ou la névrite traumatique. La surveillance de la PFA est inhabituelle puisqu'elle ne vise pas une maladie, mais un symptôme. L'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.

PARATYPHOÏDE (voir fièvre paratyphoïde)

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 spécifiques contre l'antigène F1 de *Yersinia pestis* entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques compatibles et 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 qui n'a jamais été vaccinée contre la peste; **ou**
- 2) détection, par immunofluorescence, de l'antigène F1 de *Yersinia pestis* dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 3) détection d'acides nucléiques de *Yersinia pestis*; **ou**
- 4) détection, par inhibition d'hémagglutination passive, d'un seul titre d'anticorps contre *Yersinia pestis* > 10 en l'absence de vaccination ou d'infection antérieure; **ou**
- 5) détection, par une technique EIA, d'anticorps dirigés contre *Yersinia pestis*.

POLIOMYÉLITE

Cas confirmé

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

- 1) isolement ou détection d'acides nucléiques du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage, dans un échantillon clinique approprié; **ou**
- 2) lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests de laboratoire mentionnés au point 1.

Notes explicatives

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

PSITTACOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des quatre conditions suivantes :

- 1) isolement de *Chlamydophila psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Chlamydophila psittaci* dans les sécrétions respiratoires; **ou**
- 3) détection, par la fixation du complément, d'une augmentation significative du taux d'anticorps spécifiques contre l'antigène *Chlamydia* (incluant *Chlamydophila*) entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence (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 *Chlamydophila psittaci* (≥ 64 s'il s'agit d'IgM et ≥ 1024 s'il s'agit d'IgG) et 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 sérologique d'IgM contre le virus de la rougeole chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou qui a 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 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 sérologique d'IgM contre le virus de la rubéole chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un des tests mentionnés aux points 1 et 2, ou qui a 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 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 sérologique d'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 sérologique, chez un nourrisson, d'IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

Cas probable

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 sérologique d'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 sérologique, chez un nourrisson, d'IgG contre le virus de la rubéole, persistant dans le temps à un taux supérieur à celui du transfert passif d'anticorps maternels.

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-encéphalie, 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 montrant 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

Cas confirmé

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

SHIGELLOSE

Cas confirmé

Isolement de *Shigella* dans un échantillon clinique approprié.

SIDA¹

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) infection par le 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'histoplasmose (diffuse ou extrapulmonaire),
 - ◇ l'infection à cytomégalo virus (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),
 - ◇ toute tuberculose pulmonaire*,
 - ◇ toute forme de tuberculose extrapulmonaire,
 - ◇ l'infection par le complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)*,
 - ◇ toute 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 cytomégalo virus (avec cécité)*,
 - ◇ le sarcome de Kaposi*,
 - ◇ la septicémie à *Salmonella* (récurrente),
 - ◇ le syndrome cachectique dû au VIH,
 - ◇ la toxoplasmose du cerveau.

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.

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

SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE (SRAS)

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

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

OU

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

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

Cas probable

Présence des trois conditions suivantes :

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

OU

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

- 1) histoire compatible avec un SRAS (fièvre > 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 compatible 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 (CoV-SRAS).

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 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 CoV-SRAS dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes. Un contact étroit signifie s'être occupé, avoir vécu ou avoir été en contact face-à-face (moins d'un mètre) ou avoir eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires ou des liquides corporels d'une personne atteinte du SRAS.
3. Les expositions suivantes sont considérées comme significatives : résidence, visite ou voyage récent dans une région de transmission locale récente⁴ au cours des 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-dgsp/sars-sras/srascasedef_f.html.

SYPHILIS¹

SYPHILIS PRIMAIRE

Cas confirmé

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

OU

Détection d'acides nucléiques de *Treponema 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 *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) chez une personne sans antécédent de syphilis.

OU

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

Note explicative

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

Les cas ayant déjà été déclarés et qui 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.

SYPHILIS SECONDAIRE

Cas confirmé

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

OU

Présence des deux conditions suivantes :

- 1) lésions cutané-muqueuses 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 *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) ou augmentation d'au moins quatre fois du titre du dernier test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) par rapport au précédent test non tréponémique.

SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE

Cas confirmé

Présence des trois conditions suivantes :

- 1) absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
- 2) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus); **et**
- 3) une des quatre situations suivantes :
 - ◊ un résultat négatif ou un titre quatre fois inférieur pour un test non tréponémique effectué au cours des 12 derniers mois, **ou**
 - ◊ symptômes compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire, apparus au cours des 12 derniers mois et non traités, **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 élevés¹ est une nouvelle infection.

Note explicative

1. Selon les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, 2008, section V, tableau 7, p. 15 (accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/510syphilis-fra.pdf>), les réponses sérologiques attendues après le traitement d'un épisode de syphilis sont les suivantes :
 - ◊ après un épisode de syphilis primaire, baisse de 2 dilutions après 6 mois, baisse de 3 dilutions après 12 mois et baisse de 4 dilutions après 24 mois;
 - ◊ après un épisode de syphilis secondaire, baisse de 3 dilutions après 6 mois et baisse de 4 dilutions après 12 mois;
 - ◊ après un épisode de syphilis latente précoce, baisse de 2 dilutions après 12 mois.

SYPHILIS LATENTE TARDIVE

Cas confirmé

Présence des quatre conditions suivantes :

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat du test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres); **et**
- 2) absence de manifestations cliniques de syphilis; **et**
- 3) aucun traitement antérieur pour la syphilis; **et**
- 4) absence de situations suggérant l'acquisition de l'infection par *Treponema pallidum* au cours des 12 derniers mois (mentionnées au point 3 de la définition de cas de la syphilis latente précoce).

NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

Détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par un test tréponémique (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) indépendamment du résultat au test non tréponémique (VDRL, RPR, TRUST ou autres) 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.

SYPHILIS TERTIAIRE AUTRE QUE LA NEUROSYPHILIS

Cas confirmé

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

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

SYPHILIS CONGÉNITALE

Cas confirmé

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

OU

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

- 1) détection sérologique d'une infection à *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) 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 *Treponema pallidum* par des tests non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST ou autres) et tréponémiques (TP-PA, FTA-ABS-DS, MHA-TP, EIA, INNO-LIA ou autres tests reconnus) dans du sang veineux (et non du sang de cordon ombilical); **et**
- 2) absence de traitement adéquat chez la mère.

SYPHILIS SANS PRÉCISION

Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

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

TÉTANOS

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et aucune autre cause médicale 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.

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE

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

TRICHINOSE

Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles et une des trois conditions suivantes :

- 1) identification de *Trichinella* dans une biopsie de tissu musculaire; **ou**
- 2) détection d'une séroconversion à l'aide d'une technique EIA d'anticorps spécifiques contre *Trichinella*; **ou**
- 3) détection d'anticorps spécifiques contre *Trichinella* chez une personne qui a consommé une viande dans laquelle on a détecté des larves enkystées de *Trichinella*.

Cas probable

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

TUBERCULOSE

Cas confirmé¹

Isolement ou détection, par une technique d'amplification génique, d'une mycobactérie faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis*, c'est-à-dire *Mycobacterium tuberculosis* (y compris « *Mycobacterium tuberculosis* subsp. *canettii* »), *Mycobacterium bovis* (excluant la souche BCG), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium microti* ou *Mycobacterium pinnipedii*.

Cas probable

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

- 1) présence de symptômes et de signes compatibles avec une tuberculose évolutive; **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 au système d'information et qui n'a jamais reçu de traitement antituberculeux.

On considère un épisode comme une récurrence si une personne a une histoire précise de tuberculose évolutive antérieure. Pour inscrire un nouvel épisode en tant que récurrence dans le système d'information, la personne devrait avoir suivi un traitement antituberculeux et :

- ◇ avoir été asymptomatique pendant 6 mois après la fin du traitement, ou
- ◇ ne pas avoir eu de suivi médical pendant une période de 12 mois et plus. Un nouvel épisode ne devrait pas être saisi au système d'information à l'intérieur d'une période de 12 mois suivant un épisode antérieur (sauf si la présence de deux souches différentes a été confirmée par génotypage).

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 spécifiques contre *Francisella 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 *Francisella tularensis* dans un échantillon clinique approprié ; **ou**
- 2) détection d'acides nucléiques de *Francisella 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 spécifiques contre *Francisella tularensis* ≥ 160 ou ≥ 128 respectivement.

TYPHOÏDE (voir fièvre typhoïde)

TYPHUS

TYPHUS ÉPIDÉMIQUE

Cas confirmé

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

TYPHUS MURIN

Cas confirmé

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

TYPHUS DES BROUSSAILLES

Cas confirmé

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

VARIOLE

Cas confirmé

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.

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

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

ÉCLOSION¹

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

- 1) un lien épidémiologique, 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 de déclarer ou non 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.

EHRlichIOSE (ou ANAPlasMOSE)¹

Cas confirmé

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

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

Cas probable

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

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

Note explicative

1. Trois maladies sont présentement reconnues :
 - ◇ l'anaplasmose granulocytaire humaine (anciennement appelée ehrlichiose granulocytotrope humaine) causée par *Anaplasma phagocytophilum*, transmise par la tique *Ixodes scapularis*;
 - ◇ l'ehrlichiose monocyttaire humaine causée par *Ehrlichia chaffeensis*, transmise par la tique *Amblyomma americanum*;
 - ◇ l'ehrlichiose granulocytaire humaine causée par une nouvelle espèce d'*Ehrlichia* comme *Ehrlichia ewingii* et les cas causés par une espèce non spécifiée (ce qui inclut les cas dont l'agent causal ne peut être identifié par les techniques de laboratoire disponibles), transmise par la tique *Amblyomma americanum*.

FIÈVRE DENGUE

Cas confirmé

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

- 1) isolement du virus de la fièvre dengue dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou tout autre liquide biologique ou tissu; **ou**
- 2) détection d'antigènes ou d'acides nucléiques du virus de la fièvre dengue dans le sang, le LCR, le tissu cérébral ou tout autre liquide biologique ou tissu; **ou**
- 3) détection sérologique d'une augmentation significative du taux d'IgG ou d'IgM contre le virus de la fièvre dengue entre le sérum prélevé en phase aiguë et celui prélevé en phase de convalescence.

Cas probable

Manifestations cliniques et un résultat de test sérologique qui appuie le diagnostic sans permettre de classer le cas comme étant un cas confirmé.

Note explicative

1. Les manifestations cliniques peuvent comprendre la fièvre, des céphalées, des douleurs rétro-orbitales, des myalgies, des arthralgies, une éruption, des manifestations hémorragiques ou une leucopénie. La fièvre dengue peut parfois évoluer vers un tableau de fièvre hémorragique (*dengue hemorrhagic fever*) ou de choc (*dengue shock syndrome*).

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Définitions nosologiques des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 35, supplément 2, 2009, p. 1-133.
[En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/09pdf/35s2-fra.pdf].
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, section V : *Prise en charge et traitement d'infections spécifiques – syphilis*, révisée en janvier 2010, Ottawa, Agence de santé publique du Canada, 2008, 30 p.
[En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pdf/510syphilis-fra.pdf].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Case definitions for infectious conditions under public health surveillance", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 46, n° RR10, 2 mai 1997, 55 p.
[En ligne]. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00047449.htm].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians, and Mandatory reporting of occupational diseases by clinicians", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 39, no RR9, 1990, 28 p.
[En ligne]. [<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00025629.htm>]
- HEYMANN, D. L. *Control of Communicable Diseases Manual*, 19th ed., Washington (D. C.) American Public Health Association, 2008, 746 p.
- LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. « Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie », *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, vol. 17, supplément 3, 1991, 35 p.
- MANDELL, G. L., R. DOUGLAS et J. E. BENNETT. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 7th ed., Churchill Livingstone, Philadelphia, 2010, 4028 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Définitions nosologiques*, Québec, 1991, 39 p.
- MURRAY, P. R., et al. *Manual of Clinical Microbiology*, 9th ed., Washington (D. C.) American Society for Microbiology, 2007, 2256 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *WHO Recommended Surveillance Standards*, juin 2000,
[En ligne]. [www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_99_2_EN/en/].
- PICKERING, L. K. et al. *Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 28th ed., Elk Grove Village, (Illinois) American Academy of Pediatrics, 2009, 984 p.
- QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} mars 2011*, Éditeur officiel du Québec,
[En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
- QUÉBEC. *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} février 2011*, Éditeur officiel du Québec,
[En ligne]. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R1.htm]

ANNEXES

À L'USAGE DU MÉDECIN

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

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe M ☐ F ☐

Occupation du patient

Identification de la MADO			
Nom de la MADO		Date du début de la MADO Année Mois Jour	
Prélèvement soumis au laboratoire : ☐ Non ☐ Oui Si oui :			
Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire	
Date Année Mois Jour		Nom du laboratoire	

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso			
Ce patient a-t-il donné du sang?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?	☐ Oui	☐ Non	☐ ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :			
☐ Primaire	☐ Latente (moins de 1 an)	☐ Tertiaire	☐ Autres formes (préciser)
☐ Secondaire	☐ Latente (plus de 1 an)	☐ Congénitale	

Nom du médecin (en lettres moulées)	N° de permis	Numéros de téléphone	Ind. rég.	Ind. rég.
Date Année Mois Jour		Signature du déclarant M.D.		

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

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

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

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

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

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

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

À L'USAGE DU LABORATOIRE

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

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe M ☐ F ☐

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

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

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

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

Année	Mois	Jour
Date		

Signature du déclarant

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

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

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

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

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

