ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date de publication: mars 1991 Vol. 17S3

Supplément

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie

---

préparé par le

Comité consultatif de l'épidémiologie

et le

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2

PRÉFACE

Le Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles est le résultat d'une collaboration étroite entre le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Direction générale de la protection de la santé (DGPS), Santé et Bien-être social Canada, et les épidémiologistes chargés du contrôle des maladies transmissibles dans chaque province et chaque territoire. Cette collaboration s'opère par l'intermédiaire du Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE), l'organe qui permet à ces représentants provinciaux et territoriaux de conseiller la DGPS sur l'étude et le contrôle des maladies. En 1987, les membres du CCE ont décidé de se pencher sur la surveillance des maladies transmissibles au Canada et de recommander des améliorations. Le présent document, qui a été approuvé par la DGPS, est le fruit de cet effort.

Comme les exigences opérationnelles des provinces et des territoires différent de celles du programme national de surveillance, les définitions de cas appliquées par les autorités sanitaires provinciales et territoriales peuvent être différentes de celles qui figurent dans notre document. (Toute personne désirant connaître la définition en vigueur dans son secteur doit s'adresser au ministère de la Santé compétent). Si ces écarts risquent d'avoir un effet important sur la déclaration des cas, le LLCM doit en être avisé par les autorités provinciales et territoriales et, pour qu'il ne puisse y avoir de doute quant à la définition appliquée, les utilisateurs des données de la surveillance nationale doivent être alertés par les publications du programme.

TABLE DES MATIÈRES

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES . . . 1

DÉFINITIONS DE CAS ET MÉTHODES DE SURVEILLANCE PARTICULIÈRES À CHAQUE MALADIES . . . 5

Amibiase . . . 5
Botulisme . . . 5
Brucellose . . . 6
Campylobactériose . . . 6
Chancre Mou . . . 7
Chlamydiose . . . 7
Choléra . . . 7
Coqueluche . . . 8
Diphtérie . . . 8
Entéropathie À *Escherichia coli* vérotoxinogènes . . . 9
Fièvre jaune . . . 9
Giardiase . . . 9
Grippe . . . 10
Haemophilus influenzae: formes envahissantes . . . 11
Hépatite (virale) . . . 11
Herpès (génital) . . . 12
Herpès (congénital/néonatal) . . . 12
Infection à parvovirus . . . 13
Infection à rotavirus . . . 13
Infections à VIH ne correspondant pas à la définition de cas du sida . . . 13
Infections gonococciques . . . 14
Infections méningococciques . . . 14
Légionellose . . . 14
Lèpre . . . 15
Listériose . . . 15
Maladie de Lyme . . . 15
Méningite/Encéphalite . . . 18
Oreillons . . . 18
Paludisme . . . 19
Paratyphoïde (voir Typhoïde) . . . 19
Peste . . . 20

Poliomyélite (paralytique) 20
Rage 22
Rougeole 22
Rubéole 23
Rubéole congénitale 23
Salmonellose 24
Shigellose 24
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) 25
Syphilis 32
Tétanos 33
Trichinose 33
Tuberculose 34
Typhoïde et Paratyphoïde 34
Varicelle 35
Virus syncytial respiratoire (VSR) 35

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Buts

1. Faciliter la lutte contre chacune des maladies sous surveillance par la reconnaissance
   a. de ses taux de survenue, de sa gravité et de son génie évolutif, afin de fixer des objectifs réalisables pour sa prévention et la lutte qu'il faut lui opposer, et pour juger de l'efficacité de celle-ci;

   b. de ses caractéristiques et facteurs de risque épidémiologiques, afin d'élaborer une stratégie d'intervention;

   c. des épidémies, afin d'assurer une enquête et la mise en place de moyens de lutte en temps opportun.

2. Informer les gouvernements (pour ce qui est particulièrement des programmes de réglementation), les professionnels de la santé, les organismes bénévoles et le public sur ces questions.

Qualité

Si la surveillance est jugée nécessaire pour une maladie donnée, elle doit être d'une qualité irréprochable sur le plan épidémiolo-gique, ce qui comporte:

a. l'uniformité dans tout le Canada de la définition de cas et, le cas échéant, de celle de cas évitable;

b. la collecte de données épidémiologiques suffisantes et pertinentes sur chaque cas, afin d'atteindre le but n° 1 ci-dessus et de reconnaître les cas évitables;

c. la communication en temps utile de ces données du niveau local aux niveaux provincial et national, à des fins d'analyse. Les renseignements d'identification personnelle doivent être supprimés avant la communication au niveau fédéral;

d. l'utilisation de ces données pour améliorer les programmes de lutte et définir des objectifs réalistes afin de réduire le nombre des cas évitables;

e. l' évaluation périodique de l'efficacité et de la rentabilité du programme de surveillance, ainsi que des progrès accomplis pour juguler la maladie.

Il est évident que la mise en oeuvre intégrale se fera par étapes et que les choses n'avanceront pas au même rythme dans toutes les régions.

Méthode générale de surveillance (déclaration nationale)

Pour éviter les répétitions inutiles, voici la description d'une méthode générale de surveillance. Lorsque la méthode retenue pour une maladie donnée diffère, elle est expliquée dans la partie qui lui est réservée.

Le médecin qui pose le diagnostic clinique d'une maladie à déclaration obligatoire signale le cas, avec ou sans confirmation de laboratoire, à l'autorité sanitaire locale. Avant de déclarer officiellement le cas, cette dernière doit déterminer s'il correspond à la définition de cas formulée aux fins de la surveillance. Si des données manquantes ou des résultats non concluants suscitent un doute, le cas peut être déclaré comme cas possible. Par la suite, il faudra soit le confirmer, soit en annuler la déclaration. L'autorité sanitaire locale qui déclare le cas recueille toutes les données épidémiologiques nécessaires.

Les données biologiques positives provenant de prélèvements pertinents doivent être signalées à l'autorité sanitaire locale qui, à son tour, communiquera avec le médecin pour déterminer si l'échantillon provient d'un sujet qui répond à la définition de cas. Dans l'affirmative, cette autorité déclare le cas et recueille les données épidémiologiques nécessaires.

La déclaration d'un cas doit être faite **en temps utile**, et ne pas être repoussée jusqu'à ce que toutes les données épidémiologiques soient disponibles; celles-ci seront communiquées plus tard et ajoutées à la déclaration initiale. Certes, l'autorité sanitaire locale est invitée à recueillir tous les renseignements exigés par le système de déclaration; cependant, la non-disponibilité de certains éléments d'information ne devrait pas empêcher ou retarder la déclaration d'un cas. Il suffit alors de préciser que ces éléments sont inconnus. La seule exception à cette règle est l'absence de données permettant de déterminer si le cas est conforme à la définition: le cas en question ne devrait pas être déclaré (sauf s'il s'agit de polio paralytique, qui devrait être déclarée dès qu'on la soupçonne, puis

confirmée le cas échéant comme répondant à la définition de cas, ce qui demande 60 jours).

Protocole pour la déclaration des maladies entre provinces et territoires

1. Normalement, c'est la province ou le territoire où le diagnostic est posé qui déclare le cas ou qui doit veiller à ce que le cas soit déclaré par une province ou un territoire.

2. Si une mesure de santé publique s'impose (p.ex., prise en charge des contacts, source d'information), la province ou le territoire de diagnostic avise la province ou le territoire de domicile ou d'exposition.

3. Lorsque les provinces ou les territoires de domicile et de diagnostic ne sont pas les mêmes (p.ex. dans le cas de villes frontalières), ce qui aurait des incidences importantes sur le taux de survenue de la maladie dans la province ou le territoire de diagnostic, les deux secteurs de compétence peuvent conclure une entente stipulant que la province ou le territoire où le diagnostic est posé ne recense pas le cas, mais avise la province ou le territoire de domicile qui le fera.

4. Les malades qui changent de province ou de territoire pendant qu'ils font l'objet d'un suivi pour une maladie à déclaration obligatoire ne sont pas recensées une deuxième fois dans le nouveau secteur de compétence.

Analyse nationale et rapports

Le LLCM analysera les données épidémiologiques recueillies sur chacune des maladies dont la déclaration est obligatoire à l'échelle nationale et publiera des rapports annuels de surveillance. Pour toutes les zoonoses, le LLCM recueillera et analysera toutes les données pertinentes sur les animaux en cause et présentera des rapports à ce sujet.

Tableau 1
Maladies où s'applique la méthode générale de surveillance
(Maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale)

MALADIES

Sous surveillance en 1988

- Amibiase
- Botulisme
- Brucellose
- Campylobactériose
- Choléra
- Coqueluche
- Diphthérie
- Fièvre jaune
- Giardiase
- Gonococcie
- *Haemophilus influenzae*: maladie invasive
- Hépatite A
- Hépatite B
- Légionellose
- Lèpre (maladie de Hansen)
- Méningite/encéphalite (à pneumocoques et autres)
- Méningococcie
- Oreillons
- Paludisme
- Paratyphoïde
- Peste
- Poliomyélite (formes paralytiques)
- Rage
- Rougeole
- Rubéole et SRC[1]
- Salmonellose
- Shigellose
- Sida[2]
- Syphilis
- Tétanos
- Trichinose
- Tuberculose
- Typhoïde

Ajouts recommandés pour 1989-1991

- Chancre mou
- Chlamydiose
- *Escherichia coli* vérotoxinogène
- Hépatite non A - non B
- Herpès (congénitale/néonatal)
- Listériose

---

[1] Syndrome de la rubéole congénitale
[2] Syndrome d'immunodéficience acquise

Tableau 2
Maladies surveillées à l'aide d'une méthode autre que la méthode génerale de surveillance

MALADIES

Sous surveillance en 1988

Varicelle

Ajouts recommandés pour 1989-1991

Grippe
Hépatite C
Herpès (génital)
Infection à parvovirus
Infections à rotavirus
Infection à VRS[1]
Infection par le VIH[2] (sans les symptômes du sida)[3]
Herpès (génital)
Infection à parvovirus

---

[1] Virus respiratoire syncytial
[2] Virus de l'immunodéficience humaine
[3] Synddrome d'immunodéficience acquise

DÉFINITIONS DE CAS ET MÉTHODES DE SURVEILLANCE PARTICULIÈRES À CHAQUE MALADIES

Préambule

On s'est efforcé d'utiliser une formulation assez générale pour que la validité des définitions résiste à l'évolution rapide du domaine, particulièrement dans le secteur du diagnostic biologique. On recommande que le Sous-comité des maladies transmissibles du CCE revoie les définitions chaque année et propose au CCE toutes les modifications jugées nécessaires.

Il importe de souligner que les définitions s'appliquent **uniquement à la surveillance** et ne conviennent pas nécessairement aux fins cliniques. **Il peut en outre être nécessaire de les modifier si une épidémie survient.**

AMIBIASE

Définition de cas

Une des conditions suivantes:

1. Présence de kystes ou de trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* dans les échantillons de laboratoire indiqués.
2. Symptômes compatibles avec ce diagnostic et sérologie *E. histolytica* positif.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. L'amibiase pourrait faire partie des maladies visées par le système de surveillance par cliniques sentinelles, décrit sous la rubrique Campylobactériose.

BOTULISME

Botulisme d'origine alimentaire

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic, antécédents d'exposition à une source alimentaire probable et l'une des conditions suivantes:

1. Détection de la toxine de *Clostridium botulinum* dans le sang, les fèces ou un aliment.
2. Isolement de *C. botulinum* dans les fèces.
3. Lien épidémiologique avec d'autres cas confirmés de botulisme d'origine alimentaire.

Cas clinique
Arguments cliniques et épidémiologiques militant fortement pour le botulisme, sans confirmation en laboratoire.

Botulisme d'inoculation

Définition de cas

Symptomatologie clinique compatible avec ce diagnostic, en l'absence d'exposition à un aliment suspect, chez un malade présentant des antécédents de contamination d'une blessure dans les deux semaines ayant précédé l'apparition des symptômes, avec isolement de *C. botulinum* par culture d'un prélèvement de la plaie ou détection de la toxine dans le sang.

Botulisme infantile

Définition de cas

Symptômes compatibles avec ce diagnostic chez un bébé de moins d'un an et détection de la toxine botulique ou de *C. botulinum* dans les selles.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

BRUCELLOSE

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles et l'une des conditions suivantes:

1. Mise en culture d'une espèce de *Brucella.*
2. Détection de l'antigène de *Brucella.*
3. Multiplication par au moins 4 du titre sérologique (au delà de 1/80) à l'épreuve d'agglutination habituelle pour dilution en éprouvette ou une technique équivalente, entre des sérums de phase aiguë et de convalescence prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle et examinés au même laboratoire.
4. Présence d'un seul titre significativement élevé (>1/160) contre *Brucella.*

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Reconnaissance de la brucellose animale par Agriculture Canada.

CAMPYLOBACTÉRIOSE

Définition de cas

Isolement de *Campylobacter* d'un endroit quelconque du corps, peu importe la symptomatologie.

Objectif complémentaire de la surveillance

Dépistage des cas chez les manipulateurs d'aliments.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Surveillance rigoureuse effectuée pendant un an dans un service de santé sentinelle enregistrant au moins 50 cas par année, par l'interrogatoire détaillé d'un malade par semaine afin de faire ressortir les facteurs possibles de risque de contamination.
3. En cas d'épidémie, on invite tous les laboratoires à expédier les isolats au LLCM d'isolats pour lysotypie et biotypie.

CHANCRE MOU

Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et mise en évidence d'*Haemophilus ducreyi* dans un échantillon prélevé à un site quelconque du corps.	Définition de cas
Méthode générale de surveillance.	Mode de surveillance

CHLAMYDIOSE

Infection génitale Mise en évidence de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire ou méthode de détection directe de l'antigène dans un échantillon de sécrétions des voies génitales. **Infection rectale** Mise en évidence de *C. trachomatis* par culture cellulaire dans un prélèvement sur la muqueuse rectale. **Pneumonie** Mise en évidence de *C. trachomatis* par culture cellulaire ou méthode de détection directe de l'antigène dans un échantillon prélevé par aspiration dans le rhinopharynx ou la trachée d'un nourrisson qui manifeste une pneumonie avant l'âge de six mois. **Conjonctivite** Mise en évidence de *C. trachomatis* par culture cellulaire ou méthode de détection directe des antigènes dans un échantillon d'exsudat conjonctival ou de pseudo-membrane prélevé chez un nouveau-né qui manifeste une conjonctivite.	Définitions de cas
Méthode générale de surveillance.	Mode de surveillance

CHOLÉRA

Isolement du *Vibrio cholerae* toxinogène de sérotype 01 dans un échantillon de n'importe quelle nature prélevé chez un sujet présentant des symptômes gastro-intestinaux.	Définition de cas
Signaler le cas à l'OMS, aux pays limitrophes et au pays où la maladie a probablement été contractée.	Objectif complémentaire de la surveillance
Méthode générale de surveillance.	Mode de surveillance

COQUELUCHE

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et isolement de *Bordetella pertussis.*

Cas clinique
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Quintes de toux caractéristiques; série de quintes se terminant par une apnée ou des vomissements; ou chant du coq inspiratoire sans autre cause.

2. Toux persistant au moins deux semaines et présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire.

Cas évitable
Cas chez un habitant du Canada non ou mal immunisé bien qu'admissible à la vaccination.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

Il fut favoriser des travaux spéciaux, entre autres au niveau de cliniques sentinelles, sur la morbidité, la mortalité, les modes de transmission et les épidémies.

DIPHTÉRIE

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite ou laryngite), avec ou sans fausses membranes ou symptômes de nature toxique (cardiaques ou nerveux) chez une personne à partir de qui on a isolé un Corynebacterium diphtheriae toxinogène.

Cas évitable
Cas observé chez un habitant du Canada non ou mal immunisé, mais admissible à la vaccination.

Définition de porteur

Toute personne qui héberge et peut disséminer la forme toxinogène de *C. diphtheriae*, sans présenter de symptômes ni locaux (au niveau des voies respiratoires supérieures: pharyngite ou laryngite), ni généraux. Compte parmi les porteurs toute personne souffrant d'otite moyenne, d'infection nasale ou cutanée, ou d'infection pharyngée asymptomatique attribuable au *C. diphtheriae* toxinogène.

Les sujets présentant ou non des symptômes dont l'organisme héberge *C. diphtheriae* non toxinogène ne sont considérés ni comme des porteurs, ni comme des cas.

Mode de surveillance

Seuls les cas doivent être déclarés conformément aux directives données dans la méthode générale de surveillance.

ENTÉROPATHIE À *ESCHERICHIA COLI* VÉROTOXINOGÈNES

Définition de cas

Mise en évidence d'un *E. coli* producteur de vérotoxine (notamment de l'*E. coli* 0157:H7) dans un échantillon indiqué.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

FIÈVRE JAUNE

Définitions de cas

Cas confirmé
Présence de symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et d'une des conditions suivantes:

1. Isolement du virus amaril.
2. Mise en évidence de l'antigène de ce virus dans le sang ou les tissus.
3. Titre quadruplé d'anticorps sérique contre ce virus, ou un seul titre élevé des IgM spécifiques en l'absence de vaccination contre la fièvre jaune au cours des deux mois précédents.

Cas clinique
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Symptômes cliniques et antécédents de déplacement compatibles avec ce diagnostic, avec un seul titre élevé d'anticorps fixant le complément ou inhibant l'hémagglutination qui ne peut s'expliquer par une vaccination antérieure.
2. Résultats caractéristiques de l'étude histopathologique du foie pratiquée à l'autopsie d'un sujet présentant des symptômes cliniquement compatibles avec une atteinte aiguë de fièvre jaune au moment de son décès.

Objectifs complémentaires de la surveillance

Signaler le cas à l'OMS, aux pays limitrophes et au pays où l'infection a probablement été contractée.

Protéger le personnel de laboratoire.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

GIARDIASE

Définition de cas

Mise en évidence de trophozoïtes ou de kystes de *Giardia* dans les selles ou une biopsie de l'intestin grêle.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

GRIPPE

Définition de cas

Pour les réseaux de médecins-sentinelles

Maladie respiratoire fébrile (température ≥ 38 °C) généralement caractérisée par un état de prostration et une toux qui, de l'avis du médecin, pourraient être attribuables à un virus grippal.

Objectifs complémentaires de la surveillance

1. Déterminer la sensibilité de la population canadienne et des sous-groupes à risque élevé à l'égard des nouvelles souches;
2. Surveiller la fréquence de survenue du syndrome grippal et du dépistage en laboratoire de la grippe;
3. Reconnaître les nouvelles souches;
4. Surveiller l'utilisation des vaccins antigrippaux;
5. Étudier l'immunogénicité, l'efficacité et les réactions secondaires des vaccins antigrippaux.

Mode de surveillance

1. Programmes nationaux ou provinciaux/territoriaux faisant appel à des médecins-sentinelles pour la surveillance du syndrome grippal et prévoyant la communication périodique de données à l'échelle nationale;
2. Déclaration des épidémies aux services de santé publique par certains hospices et autres établissements de soins de longue durée, selon des modalités normalisées, puis transmission des rapports à la province ou au territoire et au LLCM;
3. Déclaration hebdomadaire au LLCM de l'étendue du syndrome grippal par les provinces ou les territoires, d'après des cotes uniformes (p. ex. 0 = nul cas signalé; 1 = cas sporadiques, nulle épidémie; 2 = épidémies localisées; 3 = épidémies plus étendues). Les cotes 1, 2 et 3 sont fixées selon l'avis de l'épidémiologiste provincial);
4. Déclaration hebdomadaire au LLCM des mises en évidence de virus grippaux et des séroconversions par les laboratoires participants, à l'aide du réseau informatique ou par téléphone, pendant la saison grippale;
5. Typage ou sous-typage plus poussé et détermination des souches des isolats viraux par le laboratoire de virologie du LLCM (selon les demandes);
6. Analyse annuelle de sérums prélevés dans le grand public et parmi des groupes présentant des risques élevés de complications grippales, afin de déterminer le taux d'anticorps contre des souches ou des sous-types nouveaux;
7. Collecte hebdomadaire des données sur la mortalité par pneumonie et par grippe (comme cause sous-jacente ou antérieure) par le LLCM dans les bureaux de statistique de l'état civil de 19 secteurs de compétence comptant quelque 11,5 millions d'habitants;
8. Communication périodique par les provinces et territoires sur des taux de mortalité normalisés, des années de vie perdues et des diagnostics hospitaliers de sortie pour ce qui concerne la pneumonie et la grippe;

9. Examen périodique (a) des doses de vaccin distribuées dans chaque province ou territoire par les gouvernements ou le secteur privé; (b) des groupes admissibles aux programmes de vaccination financés par les gouvernements; (c) de l'usage de l'amantadine comme prophylaxie antigrippale;

10. Enquête nationale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population en ce qui touche la vaccination antigrippale;

11. Communication hebdomadaire aux intéressés, par le réseau informatique et le RHMC, des données de surveillance recueillies à l'échelle nationale;

12. Préparation par le LLCM de rapports récapitulatifs de fin de saison comparant les données susmentionnées à celles des années antérieures;

13. Études spéciales sur l'épidémiologie de la grippe et l'efficacité des mesures de lutte.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE: FORMES ENVAHISSANTES

Définitions de cas

Cas confirmé
Isolement en laboratoire d'*Haemophilus influenzae b* à partir d'un site normalement stérile ou de l'épiglotte*, et symptômes cliniques compatibles avec une forme grave de la maladie.

Cas clinique
Phlegmon buccal ou épiglottite* chez un enfant de moins de 5 ans, sans isolement d'un autre organisme causal.

Cas évitable
Cas observé chez un habitant du Canada n'ayant reçu ni chimioprophylaxie, ni vaccin, même s'il y était admissible.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

* Le clinicien peut estimer qu'il n'est pas sage de tenter une culture dans un cas suspect d'épiglottite.

HÉPATITE VIRALE

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic chez un sujet dont les épreuves de laboratoire sont révélatrices d'hépatite, c.-à-d. une hyperbilirubinémie ou une concentration d'aminotransférase >2,5 fois la limite supérieure de la normale, sans signe d'origine non infectieuse.

Les cas sont ensuite classés en fonction des épreuves sérologiques suivantes:

Cas confirmé
Hépatite A: positivité de l'IgM anti-VHA.

Hépatite B: positivité de l'HBsAg ou de l'IgM anti-HBc et négativité de l'IgM anti-VHA si on l'a recherchée.

Hépatite C: preuves de séroconversion pour l'hépatite C*.

Hépatite non A-non B: négativité de l'HBsAg et l'IgM anti-VHA; ou négativité de l'IgM anti-HBc et de l'IgM anti-VHA, que l'HBsAg soit présent ou non, sans positivité de la recherche d'un autre agent causal spécifique (en particulier, l'EB et le CMV) si on l'a faite.

---

* L'hépatite C aiguë étant difficile à diagnostiquer, elle est souvent classée comme "hépatite non A-non B.

Cas clinique
Hépatite A
Hépatite B
Hépatite C
Hépatite non A-non B

} Lien épidémiologique avec un cas confirmé

Mode de surveillance — Méthode générale de surveillance.

Remarque: Tout cas d'hépatite virale chronique ne doit être recensé qu'une seule fois: la première fois que le sujet devient symptomatique.

HERPÈS (GÉNITAL)

Définition de cas — Tableau clinique compatible et signes biologiques d'infection.

Mode de surveillance

1. Surveillance effectuée par l'intermédiaire des hôpitaux et des laboratoires.
2. Études spéciales conçues pour déterminer le fardeau et les tendances de la maladie, ainsi que pour définir les groupes à risque.

HERPÈS (CONGÉNITAL/NÉONATAL)

Définition de cas — Isolement du virus herpétique de n'importe quel site, chez un nourrisson de moins d'un mois présentant un des états suivants:

1. Infection généralisée touchant le foie et d'autres organes et qui est compatible avec le diagnostic d'infection par le virus de l'herpès simple;
2. Atteinte limitée au système nerveux central;
3. Infection localisée à la peau, aux yeux, à la bouche.

Mode de surveillance — Méthode générale de surveillance.

INFECTION À PARVOVIRUS

Tableau clinique compatible et signes biologiques d'infection. — Définition de cas

1. Surveillance effectuée par l'intermédiaire des hôpitaux et des laboratoires. — Mode de surveillance
2. Études spéciales conçues pour déterminer le fardeau et les tendances de la maladie, ainsi que pour définir les groupes à risque.

INFECTION À ROTAVIRUS

Tableau clinique compatible et signes biologiques d'infection. — Définition de cas

1. Surveillance effectuée par l'intermédiaire des hôpitaux et des laboratoires. — Mode de surveillance
2. Études spéciales conçues pour déterminer le fardeau et les tendances de la maladie, ainsi que pour définir les groupes à risque.

INFECTIONS À VIH NE CORRESPONDANT PAS À LA DÉFINITION DE CAS DU SIDA

Signe sérologique ou autre d'infection à VIH qui ne correspond pas à la définition du cas de sida susmentionnée. — Définition de cas

1. Études sérologiques anonymes et non reliées menées chez des populations données. — Mode de surveillance
2. Présentation de rapports par les provinces en ce qui concerne:
   a. Des résultats de séropositivité réunis par âge, sexe et facteur de risque (à l'exclusion des épreuves positives en double);
   b. Et des dénominateurs (c.-à-d., le nombre d'échantillons présentés) par âge, sexe et facteur de risque.
3. Publication régulière de rapports sur les points susmentionnés, par le Centre fédéral sur le sida.

INFECTIONS GONOCOCCIQUES

Définitions de cas

Infections génito-urinaires:
Mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* à partir d'un prélèvement d'un site quelconque, **soit** par un résultat probant de culture ou de détection directe des antigènes, **soit** par un frottis coloré de sécrétions urétrales masculines démontrant la présence de diplocoques intracellulaires caractéristiques à Gram négatif.

Infection oculaire, articulaire, pharyngée, anale, rectale ou autre:
Mise en évidence de *N. gonorrhoeae* à partir de n'importe quel site précis, par une culture probante.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

INFECTIONS MÉNINGOCOCCIQUES

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et détection de *Neisseria meningitidis* (méningocoque) ou de son antigène dans n'importe quel site habituellement stérile ou dans des lésions cutanées.

Cas clinique
Symptômes cliniques compatibles avec une méningococcémie fulminante, même si on ne démontre pas le germe dans le sang ou le LCR ni par isolement, ni par détection des antigènes.

Cas évitable
Survenant chez un habitant du Canada qui est admissible à la chimioprophylaxie ou au vaccin, mais qui n'en a pas bénéficié.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. La détermination du sérogroupe des isolats est essentielle.

LÉGIONELLOSE

Définitions de cas

Cas confirmé
Éléments cliniques compatibles avec ce diagnostic (fièvre, toux) et pneumonie et une des conditions suivantes:

1. Isolement de *Legionella*; mise en évidence de l'antigène à partir d'un site normalement stérile, de pus ou de liquide de lavage bronchique;
2. Titre d'anticorps contre *L. pneumophila* au moins quadruplé et atteignant 1:128.

Cas clinique
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et titre d'anticorps stable ou unique à 1:256.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Des études spéciales devraient en outre être entreprise (p. ex. surveillance en milieu hospitalier et enquête sur les épidémies).

LÈPRE

Définitions de cas

Cas confirmé
Mise en évidence de bacilles acidorésistants dans la peau ou les nerfs dermiques d'un malade qui présente des symptômes cliniques compatibles avec le diagnostic de lèpre, et qui consulte pour la première fois au Canada à leur sujet.

Cas clinique
Signes histopathologiques de lèpre décelés par biopsie cutanée chez un malade ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic de lèpre qui est examiné pour la première fois au Canada à cet égard.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Le Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé et Bien-être social Canada) continuera de tenir son registre actuel de cas canadiens de lèpre, avec renseignements d'identification, pour éviter le double recensement des cas de cette maladie chronique.

LISTÉRIOSE

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles et isolement de *Listeria monocytogenes* d'un site normalement stérile, y compris le contenu du tube digestif du foetus.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Pour l'instant, chaque cas reconnu est assujetti à un protocole particulier sur lequel les provinces se sont entendues. Dès que cette surveillance spéciale sera terminée, on reviendra à la méthode générale de surveillance.
3. Les laboratoires doivent expédier les isolats humains au LLCM pour sérotypie et caractérisation des isoenzymes, et avertir sans tarder les autorités sanitaires locales ou le ministère provincial de la Santé.

MALADIE DE LYME

Définitions de cas

Les définitions qui suivent ont été élaborées aux fins du programme de surveillance et ne conviennent pas nécessairement comme ligne de conduite en clinique. Le fait qu'un cas ne répond pas à cette définition ne signifie pas qu'un traitement est inutile. Le clinicien doit user de son jugement. Puisque l'épidémiologie de la maladie de Lyme est mal connue et que la méthodologie de laboratoire évolue, les définitions de cas devraient être adaptées à mesure que s'accumuleront les données pertinentes.

Cas confirmé
Un des critères suivants :

1. Isolement de *Borrelia burgdorferi* des tissus ou des liquides organiques par un laboratoire compétent.
2. Antécédents d'exposition dans une région d'endémie[1] et **l'un ou l'autre** des critères suivants :
   a. Érythème migrant[2] observé par un médecin;

b. Au moins une manifestation tardive cliniquement compatible[3] et détection en laboratoire de l'infection à *B. burgdorferi*[4].

3. Aucun antécédent d'exposition dans une région d'endémie[1] et **les deux** critères suivants :

   a. Érythème migrant[2] observé par un médecin;

   b. Détection en laboratoire de l'infection à *B. burgdorferi*[4].

Cas probable
Un des critères suivants :

1. Antécédents d'exposition dans une région d'endémie[1] et reconnaissance de l'érythème migrant[2] par un médecin, d'après la description faite par le malade.

2. Aucun antécédent d'exposition dans une région d'endémie[1] et **les deux** critères suivants :

   a. Au moins une manifestation tardive cliniquement compatible[3];

   b. Détection en laboratoire de l'infection à *B. burgdorferi*[4].

Renvois

1. **Exposition dans une région d'endémie**

   Avoir habité ou visité une région d'endémie[a]. L'exposition devrait avoir eu lieu au maximum 30 jours avant l'apparition des premiers symptômes d'érythème migrant ou au plus un an avant l'apparition des manifestations tardives. Des antécédents de morsure de tique ne sont **PAS** nécessaires.

   a. **Région d'endémie**

      Région où l'on a confirmé le risque de transmission de la maladie de Lyme à l'homme par **l'une ou l'autre** des observations suivantes :

      i. présence d'une population vectrice reconnue, infectée par *B. burgdorferi*;

      ii. survenue d'au moins trois cas confirmés, avec des commératifs adéquats, chez des personnes sans antécédents d'exposition dans une région d'endémie connue (définition provisoire d'une région d'endémie en l'absence d'études pertinentes sur les tiques).

Pour que la région soit qualifiée de région d'endémie, on n'a fixé aucune période de temps limite à l'intérieur de laquelle les cas doivent survenir ou les vecteurs être reconnus. Les limites géographiques de la région d'endémie seront déterminées par les autorités sanitaires provinciales ou territoriales.

2. **Érythème migrant (EM)**
   Lésion érythémateuse expansive mesurant au moins 5 cm de diamètre, avec décoloration du centre, qui se manifeste dans les 30 jours suivant l'exposition. L'apparition de lésions érythémateuses annulaires dans les 48 heures suivant une morsure de tique pourrait être le résultat d'une réaction d'hypersensibilité et ne peut être considérée comme un EM.

3. **Manifestations tardives**
Comprennent les aspects suivants, **une fois que toutes les autres causes connues ont été écartées:**
   a. **Système ostéomusculaire**
   Crises fugaces récurrentes (durant des semaines ou des mois) d'oedème important observé par un médecin au niveau d'au moins une articulation ou arthrite progressive chronique précédée de crises fugaces. L'arthrite progressive chronique **NON** précédée de crises fugaces, la polyarthrite symétrique chronique, les arthralgies, les myalgies et les syndromes algiques fibromusculaires ne sont **PAS** considérés comme des critères diagnostiques d'atteinte ostéomusculaire.

   b. **Système nerveux**
   Méningite lymphocytaire, névrite crânienne, paralysie faciale, radiculoneuropathie ou, rarement, encéphalomyélite. Les céphalées, la fatigue, les paresthésies ou une raideur de la nuque ne sont **PAS** acceptées comme critères diagnostiques d'atteinte neurologique.

   c. **Système cardiovasculaire**
   Installation aiguë de troubles de conduction auriculoventriculaire qui disparaissent en quelques jours ou quelques semaines. Ne sont **PAS** acceptés comme critères diagnostiques d'atteinte cardiovasculaire les palpitations, la bradycardie, le bloc de branche ou la myocardite.

4. **Détection en laboratoire de l'infection à *Borrelia burgdorferi***
Une des observations suivantes, faite dans un laboratoire compétent, constitue une preuve de la détection de *B. burgdorferi* :
   a. Coloration immunospécifique du spirochète dans les tissus ou les liquides organiques;

   b. Changement marqué du titre confirmé d'anticorps contre *B. burgdorferi* dans des échantillons sériques séquentiels;

   c. Séropositivité démontrée par ELISA conformément aux valeurs seuil établies et par Western blot.

Mode de surveillance

1. La maladie ne devrait pas être à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; pour le moment, toutefois, le LLCM se propose de maintenir une surveillance non officielle.

2. On encourage les provinces et les territoires, ainsi que d'autres organismes de financement, à financer des études pertinentes en épizootiologie.

3. On encourage les provinces et les territoires à déterminer si la maladie devrait être à déclaration obligatoire auprès des autorités sanitaires locales.

MÉNINGITE/ENCÉPHALITE

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles avec un de ces diagnostics et détection en laboratoire d'une infection du SNC soit par isolement d'un micro-organisme, soit mise en évidence de son antigène dans un site normalement stérile, ou confirmation sérologique d'une infection attribuable à un micro-organisme qui est une cause connue de méningite ou d'encéphalite.

Remarque : On recensera sous *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* (méningocoque) ou *Listeria monocytogenes* les cas de méningite attribuables à ces germes.

Les cas attribuables à d'autres microorganismes seront recensés sous méningite, selon les catégories suivantes:

A. Méningite bactérienne :

1. Pneumococcique : détection en laboratoire de *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque).

2. Autre : détection en laboratoire d'une bactérie autre que *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *Haemophilus influenzae* et *Listeria monocytogenes*.

B. Méningite virale : détection en laboratoire d'une infection virale.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. On doit favoriser les travaux portant particulièrement sur la surveillance dans les hôpitaux et les laboratoires.

OREILLONS

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic confirmés par les épreuves sérologiques indiquées, l'isolement du virus ou un lien épidémiologique avec un autre cas confirmé.

Cas clinique
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic, c.-à-d. fièvre et oedème douloureux à la palpation et spontanément résolutif au niveau des glandes salivaires, durant au moins deux jours sans autre cause apparente.

Cas évitable
Cas observé chez un habitant du Canada:

1. Âgé d'au moins 13 mois;

2. Né après 1956;

3. N'ayant aucun document attestant que le vaccin vivant antiourlien lui a été administré à partir de son premier anniversaire;

4. Pour qui le vaccin n'est pas contre-indiqué pour une raison médicale;

5. Et pour qui aucune exemption valide pour des convictions philosophiques ou religieuses ne s'applique.

Méthode générale de surveillance.

Mode de surveillance

PALUDISME

Définition de cas

Frottis de sang révélant la présence d'hématozoaires. Le cas ne sera compté que s'il s'agit de la première attaque du sujet au Canada, que ce dernier ait déjà eu ou non des attaques à l'étranger.

Une attaque ultérieure observée chez le même sujet et attribuable à une autre espèce de *Plasmodium* sera considérée comme un nouveau cas additionnel.

Une rechute enregistrée au Canada chez le même sujet et attribuable à la même espèce ne sera considérée comme un nouveau cas que si ce sujet a séjourné dans une région d'endémie depuis l'attaque antérieure.

Les cas sont classés comme suit:

a. ***Importé:*** paludisme contracté hors du Canada.

b. ***Indigène:*** paludisme contracté au Canada par piqûre de moustique.

c. ***Induit:*** paludisme contracté artificiellement, p. ex. par transfusion de sang ou partage d'aiguilles ou de seringues.

d. ***Étranger:*** antécédent de paludisme contracté et soigné à l'étranger et confirmé au Canada par examen d'un frottis sanguin préparé à l'étranger, ou anamnèse faisant croire au médecin qu'un frottis positif a été obtenu à l'étranger. Sont exclus les malades ayant des antécédents de fièvre ayant répondu aux antipaludéens, mais qui n'ont jamais fait l'objet d'un frottis sanguin.

Cas évitable
Celui d'un habitant du Canada rentrant d'un pays où le paludisme est endémique et n'ayant pas suivi la prophylaxie recommandée.

Méthode générale de surveillance.

Mode de surveillance

PARATYPHOÏDE (voir TYPHOÏDE)

PESTE

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et isolement de *Yersinia pestis* ou titre au moins quadruplé d'anticorps contre *Y. pestis*.

Cas clinique
Symptômes cliniques compatibles et l'une des conditions suivantes:

1. Présence d'un seul titre élevé d'anticorps contre *Y. pestis*, sans antécédents d'immunisation.

2. Mise en évidence de l'antigène de *Y. pestis* dans un échantillon clinique approprié.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

Objectif complémentaire de la surveillance

Signaler le cas à l'OMS, aux pays limitrophes et au pays où l'infection a probablement été contractée.

POLIOMYÉLITE (paralytique)

Définitions de cas

Cas confirmé
Signes et symptômes cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique, notamment toutes les manifestations suivantes :

1. Paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre.

2. Diminution ou absence de réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés.

3. Fonction sensorielle ou cognitive intacte.

4. Absence d'autre cause apparente (les examens de laboratoire pertinents étant pratiqués pour écarter toute autre cause de syndrome analogue).

5. Présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des symptômes initiaux, sauf en cas de décès du malade.

Association à l'isolement du virus du vaccin antipolio ou d'un poliovirus sauvage dans un échantillon clinique.

Les cas de poliomyélite non paralytique seront déclarés sous méningite virale.

Les cas de poliomyélite paralytique sont classés dans les catégories suivantes :

1. **Virus sauvage** : L'examen de laboratoire incrimine le virus de type sauvage. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :

   a. ***Importé :*** voyage ou séjour dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes;

   b. ***Lié à un cas importé :*** lien épidémiologique avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant la manifestation des symptômes;

c. ***Indigène*** : aucun voyage ni contact comme ceux décrits ci-dessus.

2. **Virus associé au vaccin :** L'examen de laboratoire incrimine le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :
   a. ***Receveur*** : la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale;

   b. ***Contact*** : le sujet a eu des contacts avec un vacciné et est tombé malade entre 7 et 60 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale à ce dernier;

   c. ***Contact possible :*** en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination antipolio par voie orale, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant. Au Canada, seraient incluses toutes les provinces où le vaccin antipolio oral est d'utilisation courante;

   d. ***Aucun contact connu :*** dans une région où ne se déroule pas un programme intensif de vaccination, la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec un vacciné ou qui n'a pas été vaccinée récemment. Au Canada, seraient incluses les provinces où le vaccin antipolio oral n'est pas d'utilisation courante;

   e. ***Déficience immunitaire :*** diagnostic d'un état concomitant lié à une déficience immunitaire chez un cas associé au vaccin.

Cas possible
Symptômes cliniques compatibles avec la poliomyélite paralytique (voir plus haut), en l'absence d'isolement du poliovirus dans des échantillons cliniques, mais avec preuves sérologiques d'une infection récente due au poliovirus et sans signe d'infection par d'autres virus neurotropes.

Cas évitable
Tout cas causé par un virus sauvage chez un habitant du Canada non ou mal immunisé, mais admissible à la vaccination.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. L'investigation adéquate de tous les cas cliniquement compatibles avec la poliomyélite est essentielle, c'est-à-dire : prélèvement de plusieurs échantillons de selles et d'autres échantillons cliniques dans les plus brefs délais (au moins dans les 2 semaines suivant l'apparition des symptômes) et expédition rapide de ces échantillons à un laboratoire virologique compétent, avec preuve du maintien de la chaîne du froid; bonne évaluation neurologique comprenant, entre autres, des études de conduction nerveuse; et suivi visant à reconnaître un déficit neurologique d'une durée d'au moins 60 jours.

3. Les cas de poliomyélite paralytique doivent être déclarés dès les premiers soupçons et non pas au bout de 60 jours, délai précisé dans la définition de cas.

4. Un sous-comité du Comité consultatif national de l'immunisation et le Comité consultatif de l'épidémiologie étudient tous les cas suspects de poliomyélite paralytique pour décider de leur classification.

RAGE

Définition de cas

Symptômes neurologiques cliniquement compatibles avec ce diagnostic; le diagnostic est confirmé par détection de l'antigène dans les tissus, par isolement du virus ou par une preuve sérologique appropriée.

Cas évitable
Tout cas observé chez un habitant du Canada qui, ayant été exposé, n'a pas reçu la prophylaxie nécessaire.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. Chaque province enregistrera tous les cas d'exposition et de recours à la prophylaxie post-exposition survenus sur son territoire, et communiquera ces données au LLCM qui se chargera de les compiler et de produire un rapport.

3. Le LLCM compilera les données et préparera des rapports sur la rage chez les animaux.

ROUGEOLE

Définitions de cas

Cas confirmé
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Mise en évidence du virus rougeoleux dans un échantillon adéquat.

2. Titre quadruplé des anticorps sériques ou présence d'IgM rougeoleuses spécifiques.

3. Rougeole clinique chez un sujet qui a été en contact avec un cas confirmé.

Dans une épidémie, le cas de référence doit être confirmé en laboratoire.

Cas clinique
Présence de tous les symptômes suivants:

1. Fièvre d'au moins 38,3 °C (101 °F);

2. Toux, coryza ou conjonctivite;

3. Puis, éruption maculopapuleuse généralisée durant au moins 3 jours.

Cas évitable
Cas observé chez un habitant du Canada:

1. Âgé d'au moins 13 mois;

2. Né après 1956;

3. N'ayant aucun document attestant que le vaccin vivant antirougeoleux lui a été administré à partir de son premier anniversaire ou qu'il a fait l'objet d'un diagnostic médical de rougeole;

4. Chez qui le vaccin n'est pas contre-indiqué pour une raison médicale;

5. Et pour qui aucune exemption valide pour des convictions philosophiques ou religieuses ne s'applique.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Application des lignes de conduites du CCE pour la lutte contre la rougeole au Canada (RHMC 1991;17:35-40).

RUBÉOLE

Définitions de cas

Cas confirmé
Même en l'absence de symptômes, une des conditions suivantes:

1. Détection du virus.
2. Titre sérologique quadruplé.
3. Présence d'IgM spécifiques de la rubéole dans le sérum.

Cas clinique
Présence des deux conditions suivantes:

1. Fièvre et éruption s'accompagnant d'au moins un des états suivants: arthrite ou arthralgie, lymphadénopathie, conjonctivite;
2. Cas observé dans une localité où l'activité rubéoleuse est attestée, ou lié épidémiologiquement à un cas confirmé.

Cas évitable
Cas observé chez un habitant du Canada:

1. Âgé d'au moins 13 mois;
2. Né après 1956;
3. N'ayant aucun document attestant que le vaccin antirubéoleux vivant lui a été administré à partir de son premier anniversaire;
4. Pour qui le vaccin n'est pas contre-indiqué pour une raison médicale;
5. Et pour qui aucune exemption valide pour des convictions philosophiques ou religieuses ne s'applique.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

RUBÉOLE CONGÉNITALE

Définitions de cas

Cas confirmé
S'applique aux nouveau-nés vivants et morts-nés.

Anomalies cliniques compatibles avec ce diagnostic et au moins une des conditions suivantes:

1. Isolement du virus de la rubéole.
2. Détection des IgM rubéoleuses spécifiques.

3. Persistance des IgG rubéoleuses spécifiques à une concentration supérieure à celle que permet le transfert passif des anticorps maternels.

Cas clinique
Anomalies cliniques compatibles avec ce diagnostic, sans confirmation en laboratoire.

L'étude biologique **ne** doit démontrer **aucune** des suivantes:

1. Absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né.

2. Absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère.

3. Baisse du titre d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né conforme à celle normalement observée après la naissance pour les anticorps maternels transmis passivement.

Cas évitable
Nouveau-né dont la mère était admissible à la vaccination ou a été reconnue sensible à la rubéole après un dépistage.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. Contrôle des certificats de naissance, des dossiers hospitaliers de sortie et des analyses de laboratoire.

SALMONELLOSE

Définition de cas

Isolement initial d'une salmonelle donnée d'un endroit quelconque de l'organisme, peu importent les symptômes.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. La salmonellose pourrait faire partie d'un programme de surveillance par cliniques sentinelles dont la description est donnée à la rubrique "Campylobactériose".

SHIGELLOSE

Définition de cas

Isolement de shigelles d'un endroit quelconque de l'organisme, peu importent les symptômes.

Données complémentaires nécessaires

Facteurs de risques supplémentaires pour l'infection et la maladie.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. Rapports de laboratoire précissant l'espèce, le sérotype et le sous-type.

3. Tous les laboratoires sont encouragés à expédier au LLCM les isolats non typables.

4. Données complémentaires sont nécessaires concernant les facteurs de risques supplémentaires pour l'infection et la maladie.

5. La shigellose pourrait faire partie d'un programme de surveillance par cliniques sentinelles dont la description est donnée à la rubrique "Campylobactériose".

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Définition de cas

Maladie caractérisée par au moins une des atteintes "révélatrices" suivantes, selon la présence ou l'absence de signes biologiques d'infection à VIH, à savoir :

I. Sida - Sans signes biologiques d'infection à VIH

Si les tests de laboratoire à l'égard du VIH n'ont pas été pratiqués ou se sont révélés peu concluants (voir l'Annexe I), et que la carence immunitaire du malade ne s'explique par aucune autre des causes dont fait été la partie IA, toute atteinte figurant à la partie IB est révélatrice du sida si elle a été diagnotisquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II).

IA. Causes de carence immunitaire excluant une atteinte de la catégorie révélatrice du sida, en l'absence de signes biologiques d'infection à VIH

1. Corticothérapie générale à forte dose ou à long terme, ou tout autre traitement immunosuppresseur ou cytotoxique au cours des 3 mois précédant l'apparition de la maladie révélatrice.

2. L'une ou l'autre des atteintes qui suivents, lorsque le diagnostic est posé dans les 3 mois suivant celui de la maladie révélatrice: maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien (autre que lymphome cérébral primitif), leucémie lymphocytaire, myélome multiple, tout autre cancer du tissu lymphréticulaire ou histiocytaire, ou lymphadénopathie angio-immunoblastique.

3. Syndrome d'immunodéficience congénitale, ou syndrome d'immunodéficience acquise non-typique de l'infection à VIH, par exemple avec hypogammaglobulinémie.

IB. Atteintes révélatrices diagnostiquées de façon formelle (voir l'Annexe II)

1. Candidose de l'oesophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.

2. Cryptococcose extrapulmonaire.

3. Cryptococcose avec diarrhée persistant plus d'un mois.

4. Cytomégaloviruse touchant un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques, chez un sujet de plus d'un mois.

5. Infection à virus herpétique déterminant un ulcère mucocutané persistant pendant plus d'un mois; ou bronchite, pneumonite ou oesophagite de quelque durée que ce soit, chez un sujet de plus d'un mois.

6. Sarcome de Kaposi chez un sujet de moins de 60 ans.

7. Lymphome cérébral primitif chez un sujet de moins de 60 ans.

8. Pneumonie interstitielle lymphoide et/ou hyperplasie pulmonaire lymphoide (complexe PIL/HLP), chez un enfant de moins de 13 ans.

9. Maladie à complexe *Mycobacterium avium* ou à *M. kansasii* déterminant une infection diffuse (site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires; ou additionnel à ces localisations).

10. Pneumonie à *Pneumocystis carinii.*

11. Leuco-encéphalopathie multifocale progressive.

12. Toxoplasmose du cerveau, chez un sujet de plus d'un mois.

II. Sida - Avec signes biologiques positifs à l'égard de l'infection à VIH

Que la carence immunitaire s'explique ou non par d'autres causes (IA), en présence de signes biologiques d'infection à VIH (voir l'Annexe I), l'une ou l'autre des atteintes mentionnées soit au point IB, soit aux points IIA ou IIB, est révélatrice d'un sida.

IIA. Atteintes révélatrices diagnostiquées de façon formelle (voir l'Annexe II)

1. Formes suivantes d'infections bactériennes multiples ou récidivantes (toute combinaison d'au moins deux au cours d'une période de 2 ans), chez un enfant de moins de 13 ans: septicémie, pneumonie, méningite, infection osseuse ou articulaire, ou abcès d'un organe interne ou d'une cavité du corps (à l'exclusion de l'otite moyenne, ou d'abcès) cutanés ou muqueux superficiels), attribuables à *Haemophilus, Streptococcus* (notamment le pneumocoque), ou à une autre bactérie pyogène.

2. Coccidioïdomycose généralisée (site autre que poumons ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations).

3. Encéphalopathie à VIH (appelée également: "démence à VIH", "démence du sida", ou "encéphalite subaiguë à VIH") (voir la description à l'Annexe II).

4. Histoplasmose généralisée (site autre que poumons ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations).

5. Coccidiose, avec diarrhée persistant plus d'un mois.

6. Sarcome de Kaposi, à tout âge.

7. Lymphome cérébral primitif, à tout âge.

8. Autre lymphome non hodgkinien à cellules B ou de phénotype immunologique inconnu, et types histologiques suivants:

   a. Lymphome à petites cellules à noyau non encoché (burkittien ou non),

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

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

9. Toute mycobactériose attribuable à une mycobactérie autre que *M. tuberculosis*, généralisée (site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires, ou additionnel à ces localisations).

10. Atteinte extrapulmonaire par *M. tuberculosis* (portant sur au moins un site autre que les poumons, avec ou sans atteinte pulmonaire concomitante).

11. Septicémie à salmonelles (non typhoïdienne), récidivante.

12. Syndrome d'émaciation dû au VIH (voir la description à l'Annexe II).

IIB. Atteintes révélatrices diagnostiquées par présomption (par une méthode autre que celles figurant à l'Annexe II)

Note: Étant donné la gravité des atteintes révélatrices du sida, il importe généralement de les diagnostiquer de façon formelle, surtout lorsque la thérapie qui serait appliquée peut entraîner de graves effets secondaires ou qu'un diagnostic de certitude est indispensable à l'admissibilité à un traitement antirétroviral. Dans certains cas, l'état du malade empêchera toutefois la pratique de tests formels. Dans d'autres cas, la pratique clinique acceptée peut être le diagnostic de présomption basé sur la présence d'altérations cliniques et biologiques caractéristiques. L'Annexe III propose des directives en matière de diagnostic de présomption.

1. Candidose de l'oesophage.

2. Rétinite à cytomégalovirus, avec perte de vision.

3. Sarcome de Kaposi.

4. Pneumonie interstitielle lymphoïde et/ou hyperplasie pulmonaire lymphoïde (complexe PIL/HLP), chez un enfant de moins de 13 ans.

5. Mycobactériose (bacilles acidorésistants d'èspece non identifiée par culture) généralisée (touchant au moins un site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires; ou additionnel à ces localisations).

6. Pneumonie à *Pneumocystis carinii*.

7. Toxoplasmose du cerveau, chez un sujet de plus d'un mois.

III. Sida - Avec signes biologiques négatifs à l'égard de l'infection VIH

La présence de résultats de laboratoire négatifs à l'égard de l'infection à VIH (voir l'Annexe I) élimine un diagnostic de sida aux fins de la surveillance, **sauf si:**

IIIA. Toutes les autres causes de carence immunitaire susmentionnées (partie IA) sont exluses; ET SI

IIIB. Le sujet a présenté:

1. une pneumonie à *Pneumocystis carinii* diagnostiquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II); ***ou***

2. a. Une des autres atteintes révélatrices du sida mentionnées à la partie IB, diagnostiquée par une méthode formelle (voir l'Annexe II); **ET**

   b. Une numération des lymphocytes T auxiliaires/inducteurs (CD4) inférieure à $400/mm^3$.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance (appliquée par le Centre fédéral du sida).

ANNEXE I
Signes biologiques positifs ou négatifs à l'égard de l'infection à VIH

1. Positifs:

En présence d'une maladie compatible avec le sida:

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

ou

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

ou

c. Un test positif à l'égard de l'antigène du VIH;

ou

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

ou

e. un résultat positif à tout autre test hautement spécifique à l'égard du VIH (par exemple, utilisation d'acide nucléique sur les lymphocytes du sang périphérique).

2. Négatifs:

La non-réactivité d'un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, ELISA), en l'absence d'un résultat réactif ou positif à toute autre épreuve de détection de l'infection à HIV (par exemple, recherche des anticorps, antigènes; culture).

3. Peu concluants (ni positifs, ni négatifs):

a. La réactivité répétée d'un test de dépistage de l'anticorps sérique anti-VIH (par exemple, ELISA), suivie d'un résultat négatif ou peu concluant à un test complémentaire (par exemple, immunotransfert, immunofluorescence) - sans positivité d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test à l'égard de l'antigène sérique;

ou

b. Une réactivité répétée à l'anticorps anti-VIH, démontrée par un test sérologique de dépistage chez un enfant de moins de 15 mois dont la mère aurait contracté l'infection à VIH pendant la période périnatale, même en cas de positivité du prélèvement sérique à une épreuve complémentaire, en l'absence de signes supplémentaires de carence immunitaire décrits au point I.b et de résultat positif d'une culture à l'égard du VIH ou d'un test à l'égard de l'antigène sérique.

ANNEXE II
Méthodes diagnostiques formelles des atteintes révélatrices du sida

Atteintes	Méthodes diagnostiques formelles
Coccidiose Cryptosporidiose Cytomégalovirose Leuco-encéphalopathie multifocale progressive Lymphome Pneumonie ou hyperplasie Pneumonie à *Pneumocystis carinii* Sarcome de Kaposi Toxoplasmose	Microscopie (histologie ou lymphoïde cytologie)
Candidose	Examen macroscopique par endoscopie ou autopsie, ou examen microscopique (histologie ou cytologie) d'un échantillon prélevé directement des tissus affectés (notamment par râclage de la surface muqueuse), non d'une culture.
Coccidioïdomycose Cryptococcose Histoplasmose Infection à virus herpétique Histoplasmose	Microscopie (histologie ou cytologie), culture, ou détection de l'antigène dans un échantillon prélève directement des tissus affectés ou dans un liquide provenant de ces tissus.
Salmonellose Autre infection bactérienne Tuberculose Autre mycobactériose	Culture
Encéphalopathie à VIH* (démence)	Résultats cliniques démontrant un dérèglement invalidant cognitif et/ou moteur gênant les activités professionnelles ou quotidiennes, régression d'un enfant sur le plan du développement comportemental, évoluant sur une période allant de plusieurs semaines à plusieurs mois, en l'absence de toute atteinte ou tout état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer ces manifestations. Les méthodes visant à écarter la possibilité d'atteintes ou d'états concomitants de ce type doivent inclure l'examen du liquide céphalorachidien, ainsi que l'imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou résonnce magnétique) ou l'autopsie.
Syndrome d'émaciation à VIH*	Observation d'une perte pondérale marquée et involontaire résentant plus de 10% du poids corporel initial, accompagnée soit de diarrhée chronique (au moins 2 selles molles par jour pendant 30 jours ou plus), soit de faiblesse chronique et de fièvre objectivée (pendant 30 jours ou plus, de façon intermittente ou constante), sans atteinte ou état concomitant autre que l'infection à VIH qui pourrait expliquer ces manifestations (par exemple, cancer, tuberculose, cryptosporidiose, ou autre entérite spécifique).

* Pour ce qui est de l'encéphalopathie à HIV et du syndrome d'émaciation à VIH, les méthodes diagnostiques susmentionnées ne sont pas vraiment catégoriques, mais sont assez précises aux fins de la surveillance.

ANNEXE III
Directives proposées pour le diagnostic de présomption d'atteintes révélatrices du sida

Atteintes	Critères de diagnostic de présomption
Candidose oesophagienne	a. Apparition récente de douleurs rétrosternales à la déglutition; *et* b. Candidose buccale diagnostiquée par l'observation macroscopique de plaques ou placards blancs sur un fond érythémateux, ou par l'observation microscopique de filaments mycéliens dans un échantillon non cultivé prélevé par râclage de la muqueuse buccale.
Rétinite à cytomégalovirus	Aspect caractéristique noté à l'ophtalmoscopie en série (par exemple, points discrets de décoloration rétinienne bien délimités, s'étendant de façon centrifuge sur le trajet des vaisseaux et évoluant sur plusieurs mois, souvent en association avec une vasculite, une hémorragie et une nécrose de la rétine). La résolution laisse des cicatrices sur la rétine, et une atrophie avec tacheture sur l'épithélium pigmentaire de la rétine.
Mycobactériose	Microscopie d'un échantillon de selles, de liquides organiques, ou de tissus normalement stériles, prélevé d'un site autre que poumons, peau, ou ganglions cervicaux ou hilaires, montrant la présence de bacilles acido-résistants d'une espèce non identifiée par culture.
Sarcome de Kaposi	Apparition caractéristique et macroscopique de lésions érythémateuses ou violacées se présentant comme des placards, sur la peau ou les muqueuses. **Note:** Un diagnostic de présomption de sarcome de Kaposi ne doit pas être posé par un médecin qui n'en a observé que quelques cas.
Pneumonie interstitielle	Radiographie pulmonaire montrant des lymphoide images bilatérales d'infiltrats interstitiels réticulonodulaires pendant 2 mois ou plus, sans identification d'agent pathogène ni réponse à l'antibiothérapie.
Pneumonie à *Pneumocystis carinii*	a. Antécédents de dyspnée l'effort ou de toux improductive d'apparition récente (au cours des 3 derniers mois); *et* b. Radiographie pulmonaire montrant des images diffuses et bilatérales d'infiltrats interstitiels, ou tomographie au gallium révélant une atteinte pulmonaire bilatérale et diffuse; *et* c. Dosage des gaz du sang artériel révélant une $p0_2$ de moins de 70 mm d'Hg ou une faible capacité de diffusion respiratoire (inférieure à 80% des valeurs prévues), ou élévation du gradient artério-alvéolaire de presssion d'oxygène; **et** d. Absence de signe de pneumonie bactérienne.
Toxoplasmose cérébrale	a. Apparition récente d'un trouble neurologique en foyer, compatible avec une atteinte intra-crânienne, ou conscience diminuée; *et* b. Mise en évidence par imagerie cérébrale d'une masse (par scanographie ou résonance magnétique nucléaire), ou d'une lésion dont l'aspect radiographique est amplifié par injection d'un opacifiant; *et* c. Présence d'anticorps sériques contre la toxoplasmose, ou bonne réponse au traitement de la toxoplasmose.

Définitions de cas

Syphilis congénitale
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Mise en évidence de *Treponema pallidum* par examen au microscope sur fond noir ou par immunofluorescence, dans un échantillon d'écoulement nasal ou de lésion cutanée, ou dans un échantillon de placenta, de cordon ombilical ou de tissu d'autopsie prélevé chez un nouveau-né.

2. Sérologie réactive (non tréponémique et tréponémique) chez un nourrisson dont la mère n'a pas été traitée correctement pour la syphilis.

Syphilis primaire
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Mise en évidence de *T. pallidum* par examen au microscope sur fond noir ou par immunofluorescence, dans un échantillon de chancre ou dans un aspirat prélevé dans un ganglion lymphatique régional.

2. Présence d'au moins une lésion caractéristique (chancre), et une des conditions suivantes:

   a. Sérologie réactive (non tréponémique et tréponémique) en l'absence d'antécédent de syphilis,

   b. Sérologie réactive (tréponémique seulement) s'il y a un antécédent de syphilis,

   c. Titre au moins quadruplé (p.ex. de 1:8 à 1:32) depuis le dernier test non tréponémique connu, chez un sujet ayant un antécédent de traitement contre la syphilis.

Syphilis secondaire
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Mise en évidence de *T. pallidum* dans des prélèvements de lésion cutanée ou de condylome plat, et sérologie non tréponémique et tréponémique réactive.

2. Présence de n'importe lequel des états suivants : lésions cutanées ou muqueuses, alopécie, perte des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, lymphadénopathie généralisée, fièvre, malaise splénomégalie,

   et

   soit sérologie réactive de la syphilis (non tréponémique et tréponémique), soit titre au moins quadruplé (p.ex. de 1:8 à 1:32) depuis le dernier test non tréponémique connu.

Note: Un phénomène de prozone devrait être envisagé devant un cas suspect de syphilis secondaire chez un sujet dont le test non tréponémique est non réactif.

Syphilis latente récente
Sujet asymptomatique dont la sérologie (non tréponémique et tréponémique) est réactive et qui, au cours de l'année précédente,

1. A eu un résultat de sérologie non réactif.
2. A présenté des symptômes évocateurs de syphilis primaire ou secondaire.
3. A été en contact sexuel avec un(e) partenaire atteint(e) de syphilis primaire, secondaire ou latente.

Syphilis latente tardive
Sujet asymptomatique dont la sérologie (non tréponémique ou tréponémique) est réactive, qui ne répond pas aux critères de la maladie latente récente et qui n'a jamais été traité contre la syphilis.

Neurosyphilis
Pléocytose (lymphocytose tout particulièrement), augmentation de la concentration de protéines et tests non tréponémiques réactifs dans un échantillon de liquide céphalorachidien non sanglant, et sérologie (non tréponémique ou tréponémique) réactive.

Méthode générale de surveillance.

Mode de surveillance

TÉTANOS

Définition de cas

Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic, sans autre cause médicale apparente, avec ou sans confirmation en laboratoire quant à la présence du micro-organisme ou de sa toxine, et avec ou sans antécédent de blessure.

Cas évitable

1. Cas chez un habitant du Canada non ou mal immunisé.
2. Cas où la blessure n'a pas été traitée conformément aux directives recommandées.
3. Cas néonatal où la mère était non ou mal immunisée, mais admissible à la vaccination.

Méthode générale de surveillance.

Mode de surveillance

TRICHINOSE

Définitions de cas

Cas confirmé
Symptômes cliniques compatibles avec ce diagnostic et détection de *Trichinella* par biopsie du tissu musculaire ou sérologie positive pour la trichinose.

Cas clinique
Symptômes cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une viande qui contient des larves de trichines.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.
2. Le LLCM recueillera auprès d'Agriculture Canada des données sur le dépistage de la maladie chez les animaux.

TUBERCULOSE

Définition de cas

Présence d'une des conditions suivantes:

1. Mise en évidence par culture d'un germe faisant partie du complexe *Mycobacterium tuberculosis* (c.-à-d. *M. tuberculosis*, *M. bovis* (sauf la souche du B.C.G.) ou *M. africanum*).

2. Présence de signes significatifs d'évolutivité et, de préférence, une réaction à la tuberculine (nettement) positive, même en l'absence de preuve bactériologique:

   a. Soit modification du cliché thoracique compatible avec une tuberculose évolutive, y compris pleurésie idiopathique avec épanchement;

   b. Tuberculose extrapulmonaire (méningée, osseuse, rénale, etc.) cliniquement évolutive;

   c. Démonstration biopsique ou nécropsique de tuberculose évolutive.

Nouveau cas évolutif
Absence de preuves ou d'antécédents attestés de tuberculose auparavant évolutive.

Cas de réinfection
Preuves ou antécédents attestés de tuberculose auparavant évolutive devenue non évolutive.

Tuberculose évolutive
Cas certain : Culture positive à l'égard de *M. tuberculosis.*

Cas probable : De l'avis du clinicien, signes cliniques et résultats de laboratoire compatibles avec une tuberculose évolutive (y compris l'anatomopathologie, le cas échéant).

Tuberculose non évolutive
Présence d'une des conditions suivantes:

1. Négativité des cultures à l'égard de *M. tuberculosis* pendant au moins 6 mois.

2. En l'absence de culture, stabilité des clichés thoraciques (ou autres) pendant au moins 6 mois.

Mode de surveillance

1. Méthode générale de surveillance.

2. Surveillance de la tuberculose animale par Agriculture Canada.

TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE

Définition de cas

Isolement de *Salmonella typhi* ou *S. paratyphi* A, B ou C à partir d'un échantillon indiqué, peu importent les symptômes.

Mode de surveillance

Méthode générale de surveillance.

Présence d'une des conditions suivantes:

Définition de cas

1. Éruption dont les éléments maculeux se transforment rapidement en papules, vésicules et croûtes. Les diverses phases coexistent; les lésions sont superficielles et leur répartition est centrifuge.
2. Détection en laboratoire de l'infection et atteinte clinique compatible.

Mode de surveillance

1. Il conviendrait que la déclaration nationale de la varicelle et du zona par les médecins sentinelles soit amorcée avant l'homologation d'un vaccin et qu'elle se poursuive jusqu'à ce que la fréquence de survenue devienne trop faible pour qu'un groupe sentinelle puisse la définir avec certitude. Lorsqu'un réseau sentinelle a donné de bons résultats pendant trois ans et qu'il y a peu de probabilité qu'un vaccin soit homologué avant plusieurs années, il faudrait envisager d'abandonner la déclaration nationale.
2. Étude hospitalière pluricentrique visant à décrire le tableau clinique de cas hospitalisés pour mieux définir la fréquence de survenue des complications.
3. Le programme de surveillance des réactions vaccinales rares mis en place par les pédiatres, devrait comporter la déclaration des complications neurologiques de la varicelle.
4. Poursuivre la déclaration dans certaines provinces et à l'échelle nationale, dans l'attente des résultats d'un programme-pilote national de déclaration réalisé par des médecins sentinelles.

Objectifs complémentaires de la surveillance

1. Produire des données de base sur la fréquence de la varicelle en prévision d'une vaccination éventuelle.
2. Dépister la maladie dans toute collectivité pour être en mesure d'alerter les sujets à risque élevé.

VIRUS SYNCYTIAL RESPIRATOIRE (VSR)

Tableau clinique compatible avec ce diagnostic et signes biologiques d'infection.

Définition de cas

Mode de surveillance

1. Surveillance effectuée par les hôpitaux et les laboratoires.
2. Études spéciales pour déterminer la charge morbide, les tendances et les groupes à risque.