Canada Communicable Disease Report

Date of publication: May 2000
Volume 26S3

Supplement

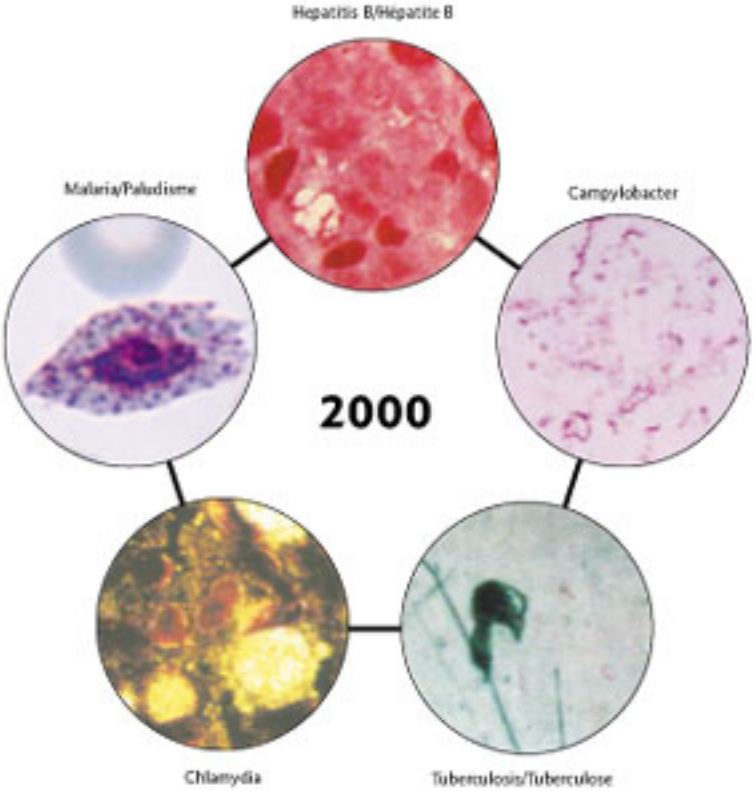
Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : mai 2000
Volume 26S3

Supplément

Case Definitions for Diseases Under National Surveillance

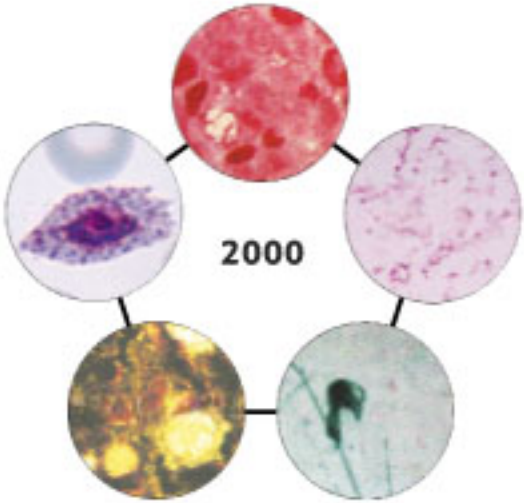
Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale



Health Canada Santé Canada

Canada

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale



préparé par le

Comité consultatif de l'épidémiologie

et la

Division de la surveillance des maladies
Bureau des maladies infectieuses
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000

N° de cat. H49-141/2000
ISBN 0-662-65092-1

ISSN 1188-4169

Cette publication a été produite par la Division de la diffusion des documents au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour vous abonner au Relevé des maladies transmissibles au Canada, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6.
Tél. : (613) 731-8610, poste 2307; 888-855-2555 (sans frais au Canada et aux É.-U.) ou par télécopieur : (613) 236-8864.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

PRÉFACE

Ce document est le fruit d'une étroite collaboration entre le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada et les épidémiologistes responsables de la lutte contre les maladies transmissibles de chaque province et territoire. Cette collaboration est assurée par l'intermédiaire du Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE), qui est la tribune utilisée par ces représentants provinciaux et territoriaux pour conseiller leurs homologues fédéraux sur des questions se rapportant à l'étude des maladies et aux moyens à mettre en oeuvre pour lutter contre celles-ci. En 1997, le CCE a décidé de se pencher sur la surveillance des maladies transmissibles au Canada. Ce processus d'examen a abouti à la publication du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

MÉTHODES ET PRINCIPES FONDAMENTAUX 2
DÉFINITIONS DE CAS DES MALADIES FAISANT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE NATIONALE
Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire et hydrique 8
Botulisme 10
Campylobactériose 12
Choléra 14
Cryptosporidiose 16
Cyclosporiase 18
Giardiase 20
Hépatite A 22
Salmonellose 24
Shigellose 26
Typhoïde 28
Infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine 30

Maladies transmises par contact direct et par les voies respiratoires 32
Maladie de Creutzfeld-Jakob classique 34
Nouvelle variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob 38
Syndrome pulmonaire à hantavirus (SPH) 42
Grippe confirmée en laboratoire 44
Légionellose 46
Lèpre (maladie de Hansen) 48
Méningococcie invasive 50
Pneumococcie invasive 52
Streptococcie invasive due au streptocoque du groupe A 54
Streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau-né 56
Tuberculose 58

Agents pathogènes transmissibles sexuellement et par le sang 60
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) 62
Chlamydiose 66
Gonorrhée 68
Hépatite C 70
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 72
Syphilis 74

Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses 78
Brucellose 80
Maladie de Lyme 82
Paludisme 84
Peste 86
Rage humaine 88
Fièvre jaune 90

Maladies évitables par la vaccination systématique 92
Varicelle 94
Diphtérie 96
Hépatite B 98
Maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) 102
Rougeole 104
Oreillons 106
Paralysie flasque aiguë (PFA). 108
Coqueluche 110
Poliomyélite 112
Rubéole 116
Rubéole congénitale 118
Tétanos 122

Agents bioterroristes potentiels à l'échelle mondiale 124
Charbon 126
Botulisme 10
Peste 86
Variole 128
Tularémie 130
Fièvres hémorragiques virales 132

Maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale

MÉTHODES ET PRINCIPES FONDAMENTAUX

Objectifs

1. Faciliter la lutte contre la maladie qui fait l'objet d'une surveillance en déterminant :
   a. Les taux d'incidence actuels, les répercussions et les tendances afin d'aider à établir des objectifs atteignables en ce qui concerne la prévention et la lutte contre la maladie et l'évaluation des programmes établis à cette fin.
   b. Les profils épidémiologiques et les facteurs de risque associés à la maladie afin de contribuer à l'élaboration de stratégies d'intervention.
   c. Les éclosions, afin de faire en sorte qu'une enquête soit réalisée et que des moyens de lutte soient mis en place en temps opportun.
2. Afin de répondre aux besoins d'information sur les profils de risque et les tendances dans la survenue des maladies transmissibles, du gouvernement (en particulier des programmes de réglementation), des professionnels de la santé, des organisations bénévoles et de la population.

Qualité

Si la surveillance est jugée nécessaire pour une maladie donnée, elle doit être de qualité irréprochable sur le plan épidémiologique, ce qui nécessite :

a. L'usage d'une définition de cas uniforme d'un bout à l'autre du Canada et la définition d'un cas évitable, s'il y a lieu.

b. La collecte de données épidémiologiques suffisantes et pertinentes sur chaque cas afin d'atteindre le principal objectif et de reconnaître les cas évitables.

c. La communication en temps utile de ces données du niveau local aux agences provinciales et nationales en vue de leur analyse. Les renseignements d'identification personnelle doivent être supprimés avant la communication des informations 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 de cas évitables.

e. L'évaluation périodique de l'efficacité et de la rentabilité du système de surveillance ainsi que des progrès réalisés dans la lutte contre la maladie.

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

La déclaration des maladies aux systèmes de surveillance nationale

Au Canada, la déclaration ou le signalement de maladies est prévu dans la législation provinciale, et la liste des maladies à déclaration obligatoire diffère d'une province et d'un territoire à l'autre. Avant 1990, chaque province ou territoire avait ses propres définitions de cas, ce qui rendait les comparaisons difficiles sinon impossibles. En mars 1991, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de concert avec les épidémiologistes des provinces et des territoires, a publié des définitions de cas spécifiques pour chaque maladie faisant l'objet d'une surveillance

à l'échelle nationale. Pour la première fois, ces définitions fournissaient des critères normalisés pour la déclaration des cas au système de surveillance nationale. Cette deuxième édition des définitions de cas vise à remplacer l'édition de 1991.

Dans la plupart des cas, seuls les cas confirmés sont déclarés; on utilise un ensemble de critères cliniques, biologiques et épidémiologiques pour classifier un cas confirmé. Par exemple, un cas confirmé d'une maladie évitable par la vaccination utilise à la fois une définition biochimique et une définition épidémiologique (maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire). Certaines définitions de cas englobent une brève description clinique; cependant, cette information vise à classifier les cas et ne devrait pas être utilisée à des fins diagnostiques.

On peut décrire des cas probables afin d'aider les autorités sanitaires locales à s'acquitter de leur mandat de santé publique, comme l'investigation des éclosions et la recherche des contacts.

Le médecin qui pose le diagnostic clinique d'une maladie à déclaration obligatoire signale le cas, avec ou sans confirmation de laboratoire, aux autorités sanitaires locales. Avant de déclarer officiellement le cas, celles-ci doivent déterminer s'il correspond à la définition de cas établie aux fins de la surveillance. S'il existe des doutes parce que les données sont incomplètes ou encore que les résultats ne sont pas concluants, le cas peut être déclaré comme cas possible, mais il faudra le confirmer par la suite. S'il n'est pas confirmé, il faudra le supprimer du système. Les autorités sanitaires locales qui déclarent le cas doivent recueillir toutes les données épidémiologiques nécessaires.

Toutes les données biologiques pertinentes (obtenues à partir d'échantillons provenant de sièges appropriés) doivent être signalées aux autorités sanitaires locales qui communiqueront alors avec le médecin pour déterminer si l'échantillon ou le prélèvement provient d'un sujet qui satisfait à la définition de cas. Dans l'affirmative, elles doivent déclarer le cas et recueillir les données épidémiologiques nécessaires.

La déclaration d'un cas doit être faite en temps utile et ne doit pas être reportée jusqu'à ce que toutes les données épidémiologiques soient disponibles. Celles-ci pourront être communiquées plus tard et ajoutées à la déclaration initiale. Certes, les autorités sanitaires locales sont encouragées à recueillir tous les renseignements requis par le système de déclaration, mais l'impossibilité d'obtenir certains éléments d'information ne devrait pas empêcher ou retarder la déclaration d'un cas. Il suffit alors d'indiquer que ces renseignements ne sont pas connus. Il ne faut jamais omettre de déclarer un cas ou l'éliminer en raison de données manquantes. La seule exception à cette règle est l'absence des données nécessaires pour établir que le cas est conforme à la définition de cas. En effet, ces cas ne devraient pas être déclarés.

Les variables essentielles

Le Comité consultatif de l'épidémiologie a convenu d'un certain nombre de données essentielles qui doivent être recueillies pour chaque cas déclaré. Ces données essentielles englobent la province, la maladie, un code d'identification unique, l'âge, le sexe, le type de confirmation (confirmation en laboratoire ou lien épidémiologique), la date de l'épisode et l'indicateur géographique.

Déclaration des données cas par cas

Le Comité consultatif de l'épidémiologie a convenu de déclarer les données cas par cas, à compter de janvier 2000. À l'heure actuelle, un certain nombre de provinces et de territoires fournissent des données agrégées alors que d'autres déclarent les cas individuels. La déclaration des cas individuels prend la forme de listes de données, en d'autres termes, chaque cas est déclaré individuellement et comporte certaines variables essentielles. Dans tous les cas, il s'agit de renseignements non nominatifs.

Protocole pour le signalement interprovincial-territorial des cas

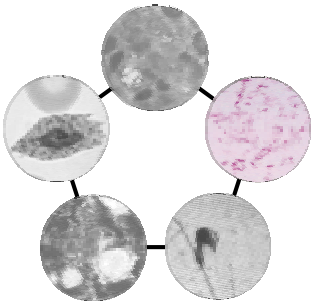
- C'est habituellement la province ou le territoire où la maladie est diagnostiquée qui déclare le cas ou qui doit veiller à s'assurer que la maladie est déclarée par une province ou un territoire quelconque.
- La province où le diagnostic est posé informe la province de résidence de toute mesure de santé publique (p. ex., prise en charge des contacts, source des identifications, etc.) qui doit être prise par les deux instances.
- Lorsque des cas qui résident dans une province sont diagnostiqués ailleurs (par exemple dans les villes frontalières), ce qui fait augmenter de façon significative le taux d'incidence dans la deuxième province, les deux provinces peuvent conclure une entente particulière en vertu de laquelle la province qui diagnostique cette maladie particulière ne dénombre pas les cas mais les signale plutôt à la province de résidence, qui procédera au dénombrement nécessaire.
- Les cas qui déménagent d'une province à l'autre pendant qu'ils sont toujours sous surveillance pour une maladie à déclaration obligatoire ne sont pas recomptés dans la nouvelle province.

Analyse et déclaration à l'échelle nationale

Le LLCM publiera des rapports de surveillance annuelle. Des données provisoires pour les périodes de déclaration les plus récentes continueront d'être publiées trimestriellement dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. Les taux d'incidence et d'infection seront affichés sur le site Web du LLCM sous la rubrique Maladies à déclaration obligatoire en direct et seront accessibles à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/webmap/.

Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire et hydrique

- **Botulisme**
- **Campylobactériose**
- **Choléra**
- **Cryptosporidiose**
- **Cyclosporiase**
- **Giardiase**
- **Hépatite A**
- **Salmonellose**
- **Shigellose**
- **Typhoïde**
- ***Escherichia coli* producteur de vérotoxine**



Surveillance nationale

Définition de cas du botulisme

Classification du cas

Cas confirmé de botulisme d'origine alimentaire

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- détection de la toxine de *Clostridium botulinum* dans le sérum, les fèces, le liquide d'aspiration gastrique ou des aliments.
  OU
- isolement de *C. botulinum* dans les fèces ou le liquide d'aspiration gastrique

---

Cas probable de botulisme d'origine alimentaire

maladie clinique[1] chez une personne :

- qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé de botulisme d'origine alimentaire
  OU
- chez qui on relève des preuves épidémiologiques d'exposition à une source d'aliments suspects

---

Cas confirmé de botulisme d'inoculation

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *C. botulinum* dans le sérum
  ET
- présence d'une plaie infectée par *C. botulinum*
  OU
- présence d'une plaie récemment infectée au cours des 2 semaines précédant l'apparition des symptômes et absence apparente d'exposition à des aliments contaminés par *C. botulinum*

Cas confirmé de botulisme infantile

confirmation en laboratoire et présence de symptômes évocateurs du botulisme chez une personne âgée de moins d'un an[2] :

- détection de la toxine botulinique dans les fèces ou le sérum
  OU
- isolement de *C. botulinum* dans les fèces du patient ou lors de l'autopsie

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1991

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une diplopie, une vision trouble et une atteinte bulbaire. Une paralysie symétrique peut évoluer rapidement.

[2] Chez les nourrissons, la maladie clinique se caractérise par la constipation, le manque d'appétit et un retard de croissance (ces signes peuvent être suivis d'une faiblesse progressive, de troubles respiratoires et du décès).

Surveillance nationale
Définition de cas de la campylobactériose

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Un cas clinique se caractérise par une infection qui peut se manifester par une maladie diarrhéique de sévérité variable.

Surveillance nationale
Définition de cas du choléra

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du serovar 01 ou 0139 de *Vibrio cholerae* produisant la toxine cholérique dans les vomissures ou les fèces
  OU
- preuve sérologique d'une infection récente

Infection probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée et/ou des vomissements. La gravité de la maladie peut être variable.

Surveillance nationale
Définition de cas de la cryptosporidiose

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- mise en évidence d'oocystes de *Cryptosporidium* dans les fèces
  OU
- mise en évidence de *Cryptosporidium* dans le liquide intestinal ou des pièces de biopsie de l'intestin grêle
  OU
- mise en évidence de l'antigène de *Cryptosporidium* dans les fèces par une épreuve immunodiagnostique spécifique (p. ex., dosage immunoenzymatique [EIA])

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, des crampes abdominales, une perte d'appétit, une fébricule, des nausées et des vomissements. La maladie peut être prolongée et même mortelle chez les personnes immunodéprimées.

Surveillance nationale
Définition de cas de la cyclosporiase

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- mise en évidence de *Cyclospora* sp dans les fèces, le liquide d'aspiration duodénal/jéjunal ou dans une pièce de biopsie de l'intestin grêle

  OU
- mise en évidence de l'ADN de *Cyclospora* au moyen de l'amplification par la polymérase (PCR) dans les fèces, le liquide d'aspiration duodénal/jéjunal ou dans une pièce de biopsie de l'intestin grêle

---

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée aqueuse, une perte d'appétit, des ballonnements et des crampes abdominales, des flatuosités, des nausées, de la fatigue et une fébricule.

Surveillance nationale
Définition de cas de la giardiase

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- mise en évidence de *Giardia lamblia* dans les fèces, le liquide duodénal ou une pièce de biopsie de l'intestin grêle

  OU
- détection de l'antigène de *G. lamblia* dans un échantillon de fèces au moyen d'une épreuve immunodiagnostique spécifique (p. ex., dosage immunoenzymatique)

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, des crampes abdominales, des ballonnements, une perte de poids ou une malabsorption.

Surveillance nationale
Définition de cas de l'hépatite A

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- détection de l'anticorps de type IgM dirigé contre le virus de l'hépatite A (anti-VHA)

Cas probable

maladie clinique aiguë[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique aiguë se caractérise par l'apparition discrète des symptômes et un ictère ou des taux élevés de transaminases sériques.

Surveillance nationale
Définition de cas de la salmonellose

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement d'une espèce de *Salmonella* sp (à l'exclusion de *Salmonella* Typhi) dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, des douleurs abdominales, des nausées et parfois des vomissements.

Surveillance nationale
Définition de cas de la shigellose

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement de *Shigella* dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, de la fièvre, des nausées, des crampes et un ténesme.

Surveillance nationale
Définition de cas de la typhoïde

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement de *Salmonella* Typhi dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTE : La fièvre paratyphoïde causée par *Salmonella* Paratyphi A, B, C est présentée à la rubrique *Salmonella* sp.

[1] La maladie clinique se caractérise par l'apparition insidieuse d'une fièvre persistante, des céphalées, un malaise, une anorexie, une bradycardie relative, de la constipation ou une diarrhée.

Surveillance nationale

Définition de cas d'une infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement d'*Escherichia coli* producteur de vérotoxine ou d'autres souches productrices de toxines dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

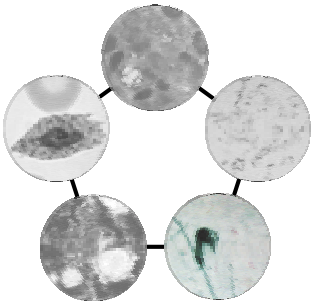
Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique se caractérise par une diarrhée (souvent sanglante) et des crampes abdominales. L'une des complications de la maladie est le syndrome hémolytique urémique (SHU), un purpura thrombocytopénique (PTT) ou un oedème pulmonaire sans autre étiologie identifiable.

Maladies transmises par contact direct et par les voies respiratoires

- **Maladie de Creutzfeld-Jakob classique**
- **Nouvelle variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob**
- **Syndrome pulmonaire à hantavirus**
- **Grippe confirmée en laboratoire**
- **Légionellose**
- **Lèpre**
- **Méningococcie invasive**
- **Pneumococcie invasive**
- **Streptococcie invasive due au streptocoque du groupe A**
- **Streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau-né**
- **Tuberculose**



Surveillance nationale
Définition de cas de la maladie de Creutzfeld-Jakob classique

Classification du cas

---

1. Cas sporadique

MCJ confirmée

- encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral et/ou cérébelleux et/ou dans la matière grise sous-corticale
  ET/OU
- encéphalopathie avec immunoréactivité de protéine prion (PrP) (plaques et/ou de type synaptique diffuse et/ou de type épars/périvacuolaire)
  ET/OU
- fibrilles associées à la scrapie (SAF)

MCJ probable

- démence rapidement évolutive
  ET
- électroencéphalogramme typique
  ET
- au moins deux des quatre manifestations cliniques suivantes : myoclonies; atteinte visuelle ou cérébelleuses (ataxie); signes pyramidaux/extrapyramidaux; mutisme akinétique

OU

- démence rapidement évolutive
  ET
- deux des quatre manifestations cliniques énumérées ci-dessus
  ET
- durée de la maladie < 2 ans
  ET
- positivité 14-3-3 (dans le liquide céphalorachidien)

MCJ possible

- démence rapidement évolutive
  ET
- deux des quatre manifestations cliniques énumérées ci-dessus
  ET
- durée de la maladie < 2 ans

---

2. MCJ iatrogène

- syndrome cérébelleux évolutif chez un receveur d'hormone hypophysaire
- MCJ sporadique avec un facteur de risque d'exposition reconnu (p. ex., greffe de dure-mère)

---

3. MCJ familiale

- MCJ sporadique confirmée ou probable *associée* à une MCJ confirmée ou probable chez un parent de premier degré
  ET/OU
- trouble neuropsychiatrique *associé* à une mutation de la PrP caractéristique de la maladie

4. Syndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker (GSS)

- le syndrome de GSS dans une famille présentant une ataxie progressive transmise selon le mode autosomique dominant
  ET/OU
- démence et une forme quelconque de mutation du gène PrP :
  - encéphalo(myélo)pathie avec des plaques de PrP multicentriques

5. Insomnie familiale fatale (IFF)

- Une IFF chez un membre d'une famille porteuse de la mutation PrP178 :
  - dégénérescence thalamique, transformation spongiforme variable dans le cervelet

6. Kuru

- Le kuru dans la peuplade des Fores en Papouasie-Nouvelle Guinée :
  - s'il est vrai que la plupart des caractéristiques neurologiques correspondent à celles de la MCJ avec des plaques, le kuru ne doit être diagnostiqué que chez les membres de la peuplade des Fores en Papouasie-Nouvelle-Guinée

Surveillance nationale

confirmé, probable, possible

Type de surveillance

Système de surveillance de la maladie de Creutzfeld-Jakob (SS-MCJ)

Surveillance nationale

Définition de cas de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeld-Jakob

Classification du cas

Cas confirmé

trouble neuropsychiatrique progressif avec confirmation neuropathologique de l'infection :

- abondance de plaques amyloïdes de type kuru entourées de vacuoles (apparaissant clairement à la coloration à l'hématoxyline et l'éosine [H & E] et acide périodique Sréactif de Schiff [coloration PAS])
  ET
- transformation spongiforme prédominant dans les noyaux gris centraux
  ET
- astrocytose thalamique marquée
  ET
- dépôts de PrP abondants à l'examen immunocytochimique, dont des dépôts «péricellulaires» prononcés dans le cortex cérébral et cérébelleux (en particulier dans la couche moléculaire)

Cas probable

- trouble neuropsychiatrique progressif
  ET
- durée de la maladie > 6 mois
  ET
- les investigations courantes n'évoquent pas un autre diagnostic
  ET
- pas d'antécédents d'exposition iatrogène potentielle
  ET
- quatre des cinq manifestations cliniques[1]
  ET
- l'électroencéphalogramme n'a pas l'aspect «typique» de la MCJ classique (ou aucun EEG n'a été effectué)
  ET
- signal thalamique postérieur élevé à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (après revue par un membre de la surveillance de la MCJ)

Cas possible

- trouble neuropsychiatrique évolutif
  ET
- durée de la maladie > 6 mois
  ET
- les investigations courantes n'évoquent pas un autre diagnostic
  ET
- pas d'antécédents d'exposition iatrogène potentielle
  ET
- quatre des cinq manifestations cliniques[1]
  ET
- l'électroencéphalogramme n'a pas l'aspect «typique» de la MCJ classique (ou aucun EEG n'a été effectué)

Surveillance nationale

confirmé, probable, possible

Type de surveillance

Système de surveillance de la maladie de Creutzfeld-Jakob (SS-MCJ)
Système canadien de surveillance pédiatrique (SCSP)

Date de révision

octobre 1999

NOTE : L'analyse génétique est requise dans tous les cas suspects afin d'écarter l'éventualité d'une MCJ familiale; les patients ne devraient pas avoir d'antécédents d'exposition à des hormones hypophysaires humaines ou à toute autre source de MCJ iatrogène.

[1] Manifestations cliniques :

- troubles psychiatriques précoces
- symptômes sensoriels douloureux persistants
- ataxie
- myoclonies, chorée et dystonie
- démence

Surveillance nationale
Définition de cas du syndrome pulmonaire à hantavirus (SPH)

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de l'immunoglobuline M spécifique du hantavirus ou élévation des titres de l'immunoglobuline G spécifique du hantavirus
  OU
- détection de la séquence d'acide ribonucléique spécifique du hantavirus par PCR dans un échantillon clinique approprié
  OU
- détection de l'antigène du hantavirus par épreuve immunohistochimique

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Définition de cas de maladie clinique :

- une maladie fébrile (température 38.3 °C [101 °F] orale) nécessitant l'administration d'oxygène
  PLUS
- un oedème interstitiel bilatéral diffus dont l'aspect radiologique est évocateur d'un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)
  PLUS
- se manifeste dans les 72 heures suivant l'hospitalisation d'une personne auparavant en bonne santé
  OU
- maladie inexpliquée entraînant la mort et une autopsie laissant voir un oedème pulmonaire non cardiogène sans cause spécifique identifiable de décès

Surveillance nationale
Définition de cas de la grippe confirmée en laboratoire

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la grippe dans un échantillon clinique approprié
  OU
- détection de l'antigène du virus de la grippe dans un échantillon clinique approprié

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

FluWatch

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Le tableau clinique du syndrome grippal se présente comme suit :

A. Syndrome grippal chez l'adulte (population en général) :
Maladie respiratoire aiguë accompagnée de fièvre et de toux et d'au moins un des symptômes suivants — mal de gorge, arthralgies, myalgies ou prostration — qui pourrait être attribuable au virus influenza.

B. Syndrome grippal chez les pensionnaires d'établissements de soins de longue durée (personnes âgées) :
Maladie respiratoire aiguë accompagnée de toux et d'au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgies et prostration. Les personnes touchées présentent souvent une fièvre ou un état fébrile et des frissons, mais ces symptômes peuvent être discrets chez les personnes âgées.

C. Syndrome grippal chez l'enfant :
Maladie respiratoire aiguë accompagnée de toux et de fièvre et d'au moins un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgies, myalgies ou prostration. Chez les enfants, le syndrome grippal peut s'accompagner de nausées, de vomissement ou de diarrhée. Chez les très jeunes enfants, la fièvre peut être discrète.

Surveillance nationale
Définition de cas de la légionellose

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement d'organismes de type *Legionella* ou détection de l'antigène dans les sécrétions respiratoires, les tissus pulmonaires, le liquide pleural ou d'autres liquides normalement stériles

  OU
- multiplication par au moins 4 et jusqu'à ≥ 1:128 du titre d'anticorps dirigés contre *Legionella pneumophila*

  OU
- détection du sérogroupe 1 de *L. pneumophila* dans les sécrétions respiratoires, les tissus pulmonaires ou le liquide pleural par épreuve d'immunofluorescence directe

  OU
- détection d'antigène du sérogroupe 1 de *L. pneumophila* dans l'urine par dosage radio-immunologique ou immunoenzymatique

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

autre

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La légionellose comprend deux maladies distinctes : la maladie des légionnaires, qui se caractérise par de la fièvre, des myalgies, une toux et une pneumonie; et la fièvre de Pontiac, une forme plus bénigne de la maladie sans pneumonie.

Surveillance nationale
Définition de cas de la lèpre (maladie de Hansen)

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- mise en évidence de bacilles acidorésistants, de l'antigène ou du génome dans une pièce de biopsie de la peau, des muqueuses ou des nerfs périphériques ou dermiques

---

Cas probable

maladie clinique[1] avec confirmation histopathologique (infiltrats granulomateux chroniques dans les nerfs périphériques ou empiétant sur ceux-ci) dans une pièce de biopsie

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une atteinte principalement de la peau ainsi que des nerfs périphériques et des muqueuses des voies respiratoires supérieures. Les formes cliniques de la maladie de Hansen représentent tout un spectre de signes témoignant de la réponse immunitaire à *Mycobacterium leprae*. Les manifestations suivantes sont caractéristiques des principales formes de la maladie :

Tuberculoïde : présence d'une ou de plusieurs macules hypopigmentées, hyposensibles, à bords nets, souvent avec des bords actifs qui s'étendent et un centre en cours de guérison; on peut également observer une hypertrophie ou un épaississement des nerfs périphériques.

Lépromateuse : présence d'un certain nombre de papules ou de nodules érythémateux ou d'une infiltration du visage, des mains et des pieds accompagnée de lésions bilatérales et symétriques qui évoluent jusqu'à l'épaississement de la peau.

Borderline (dimorphique) : lésions cutanées caractéristiques à la fois des formes tuberculoïde et lépromateuse

Indéterminée : lésions précoces, habituellement macules hypopigmentées, sans caractéristiques tuberculoïde ou lépromateuse patentes.

Surveillance nationale

Définition de cas de la méningococcie invasive

Classification du cas

Cas confirmé

maladie invasive[1] confirmée par analyse de laboratoire :

- isolement de *Neisseria meningitidis* dans un prélèvement normalement stérile (sang, liquide céphalorachidien [LCR], liquide articulaire, pleural ou péricardique);

OU

- mise en évidence de l'ADN de *N. meningitidis* par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAN)[2] dûment validés portant sur un prélèvement normalement stérile.

Cas probable

maladie invasive[1] avec purpura fulminans ou pétéchies en l'absence d'une autre cause apparente :

- avec mise en évidence de l'antigène de *N. meningitidis* dans le LCR;

OU

- en l'absence d'isolement de *N. meningitidis* et de mise en évidence de l'ADN par des TAN[2] dûment validés portant sur un prélèvement normalement stérile.

Surveillance nationale

cas confirmé et probable

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

janvier 2006

[1] La méningococcie invasive se manifeste habituellement sous forme de méningite et/ou de septicémie, bien que d'autres manifestations puissent être observées (p. ex., cellulite orbitaire, arthrite septique). La maladie invasive peut évoluer rapidement jusqu'au purpura fulminans, à l'état de choc et au décès.
[2] Chaque province et territoire établira un processus de validation pour son TAN.

Surveillance nationale
Définition de cas de la pneumococcie invasive

Classification du cas

Cas confirmé

maladie invasive[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Streptococcus pneumoniae* dans un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne)
  OU
- mise en évidence de l'antigène *S. pneumoniae* dans le liquide céphalorachidien

---

Surveillance nationale

cas confirmé (la pneumonie avec bactériémie n'est pas une maladie à déclaration obligatoire)

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie invasive se manifeste surtout sous forme de pneumonie avec bactériémie, de bactériémie sans foyer d'infection connu et de méningite.

Surveillance nationale

Définition de cas de la streptococcie invasive due au streptocoque du groupe A

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans signe clinique de la maladie invasive[1]:

- isolement de *Streptococcus* (*Streptococcus pyogenes*) du groupe A dans un site normalement stérile (p. ex., sang, liquide céphalorachidien, articulaire, pleural ou péricardiaque)

Cas probable

maladie invasive[1] en l'absence d'une autre cause établie avec isolement de *Streptococcus* du groupe A dans un prélèvement provenant d'un site non stérile

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Les signes cliniques de la maladie invasive peuvent se manifester de différentes façons, notamment :

a) syndrome du choc toxique streptococcique, qui se caractérise par une hypotension (pression systolique 90 mm Hg chez un adulte et 5 percentile pour l'âge chez les enfants) et au moins deux des signes suivants :

i) insuffisance rénale (taux de créatinine 177 mol/L chez les adultes)

ii) coagulopathie (nombre de plaquettes 100 000/mm^3 ou coagulation intravasculaire disséminée)

iii) altération de la fonction hépatique (TGO, TGP, ou bilirubine totale 2x la limite supérieure de la plage des valeurs normales)

iv) syndrome de détresse respiratoire de l'adulte

v) éruption maculaire érythémateuse généralisée qui peut desquamer

c) nécrose des tissus mous, y compris fasciite nécrosante, myosite ou gangrène

b) méningite

c) une combinaison des manifestations susmentionnées.

Surveillance nationale

Définition de cas de la streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau-né

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Streptococcus* du groupe B dans un prélèvement provenant d'un site normalement stérile chez les nourrissons âgés de moins d'un mois

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Il existe deux formes de maladie clinique : la forme précoce (1 à 7 jours), qui se caractérise par une septicémie, une détresse respiratoire, une apnée, un état de choc, une pneumonie et une méningite; et la forme tardive (entre 7 jours et 1 mois), qui se caractérise par une septicémie et une méningite.

Surveillance nationale
Définition de cas de la tuberculose

Classification du cas

Cas confirmé de tuberculose

confirmation en laboratoire de l'infection :

- mise en évidence par culture (réalisée à partir d'un échantillon provenant du patient) du complexe *Mycobacterium tuberculosis* (c.-à-d. *M. tuberculosis, M. bovis* [à l'exclusion de la souche du BCG] ou *M. africanum*)

Cas clinique de tuberculose

tableau clinique évocateur d'une tuberculose active[1] en l'absence de preuves bactériologiques

---

Nouveaux cas de tuberculose

absence de preuve ou d'antécédents documentés de tuberculose active

---

Cas de tuberculose réactivée

preuve ou antécédents documentés de tuberculose active antérieure qui est devenue inactive

---

Tuberculose inactive

- cultures de *M. tuberculosis* négatives depuis au moins 6 mois
  OU
- en l'absence de cultures ou de résultats de radiographies pulmonaires (ou autres), état stable depuis au moins 6 mois

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTES : Les techniques de biologie moléculaire sont des outils de recherche et ne sont pas inclus dans la définition.

Les cas de tuberculose diagnostiqués au Canada englobent tous les cas : parmi la population née au Canada, les immigrants, les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié, les étudiants, les visiteurs, les travailleurs migrants et les immigrants illégaux.

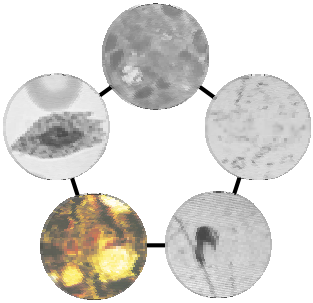
Visiteurs = les non-Canadiens voyageant avec ou sans visa qui font escale au Canada.

---

[1] Des exemples d'un tableau clinique évocateur d'une tuberculose active englobent des signes radiologiques évocateurs d'une tuberculose active, y compris une pleurésie idiopathique avec effusion, une tuberculose extrapulmonaire active (méningée, osseuse, rénale, des ganglions lymphatiques périphériques, etc.), et preuve anatomopathologique ou nécropsique d'une tuberculose active.

Agents pathogènes transmissibles sexuellement et par le sang

- **Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)**
- **Chlamydiose génitale**
- **Gonorrhée**
- **Hépatite C**
- **Infection à VIH**
- **Syphilis**



Surveillance nationale

Définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

Classification du cas

Cas confirmé de sida

- au moins une des maladies révélatrices spécifiées[1] diagnostiquée de façon certaine
  ET
- un résultat positif à un test de détection de l'infection à VIH

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTE : D'autres informations sur les critères diagnostiques (suffisantes pour les fins de la surveillance), pour les maladies révélatrices figurent au verso du formulaire de déclaration des cas de VIH/sida.

---

[1] **Maladies révélatrices chez les adultes et les adolescents 15 ans**
Cancer du col utérin (invasif)*
Candidose (oesophagienne)†
Candidose (bronches, trachée ou poumons)
Coccidoïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire)*
Complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)*
Cryptococcose (extrapulmonaire)
Cryptosporidiose intestinale chronique (> 1 mois)
Encéphalopathie liée au VIH (démence)*
Herpes simplex : ulcération(s) chronique(s) (> 1 mois) ou bronchite, pneumonite ou oesophagite
Histoplasmose (diffuse ou extrapulmonaire)*
Infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)
Isosporiase intestinale chronique (> 1 mois)*
Leucoencéphalopathie multifocale progressive
Lymphome (primaire du cerveau)
Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)*
Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)*
M. tuberculosis (infection diffuse ou extrapulmonaire)*
M. tuberculosis (pulmonaire)*
Mycobacterium appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée*,†
Pneumonie bactérienne (récurrente)*
Pneumonie à *Pneumocystis carinii* †
Rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)*,†
Sarcome de Kaposi†
Septicémie à *Salmonella* (récurrente)*
Syndrome cachectique dû au VIH *
Toxoplasmose du cerveau†

Pour les cas pédiatriques seulement (< 15 ans)

Infections bactériennes (multiples ou récurrentes, à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente)*

Pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie pulmonaire†

* l'infection à VIH doit avoir été confirmée en laboratoire

† il peut s'agir d'un diagnostic de présomption si l'infection à VIH a été confirmée en laboratoire

Surveillance nationale
Définition de cas de la chlamydiose

Classification du cas

Infections génitales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *Chlamydia trachomatis* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons génito-urinaires

---

Infections extragénitales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *C. trachomatis* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons prélevés au niveau du rectum, de la conjonctive et d'autres sièges extragénitaux

---

Infections périnatales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *C. trachomatis* par des techniques de laboratoire appropriées au niveau du rhinopharynx ou des voies respiratoires d'un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des 6 premiers mois de sa vie

  OU
- détection de *C. trachomatis* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons prélevés au niveau de la conjonctive d'un nourrisson qui a développé une conjonctivite au cours du premier mois de sa vie

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTE : Chaque catégorie est mutuellement exclusive.

Surveillance nationale
Définition de cas de la gonorrhée

Classification du cas

Infections génitales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *Neisseria gonorrhoeae* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons génito-urinaires

---

Infections extragénitales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *N. gonorrhoeae* par des techniques de laboratoire appropriées dans des échantillons prélevés au niveau du pharynx, du rectum, d'une articulation, de la conjonctive, d'un autre site extragénital ou dans un échantillon de sang

---

Infections périnatales
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de *N. gonorrhoeae* par des techniques de laboratoire appropriées chez un nouveau-né (âgé de moins de 4 semaines) aboutissant au diagnostic de conjonctivite, d'abcès du cuir chevelu, de vaginite, de bactériémie, d'arthrite, de méningite ou d'endocardite d'origine gonococcique.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTE : Chaque catégorie est mutuellement exclusive.

Surveillance nationale
Définition de cas de l'hépatite C

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- si âgé de 1 an[1] :
  - résultat positif de la PCR[2] pour l'ARN du virus de l'hépatite C indépendamment du résultat du test de recherche des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC)[3]
- si âgé de 1 an :
  - présence des anticorps dirigés contre le VHC[4]

  OU
  - résultat positif de la PCR[5] pour l'ARN du virus de l'hépatite C si la recherche des anticorps anti-VHC est négative

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Il ne faut pas utiliser le sang du cordon parce qu'il peut être contaminé par le sang de la mère.

[2] La période optimale pour effectuer la recherche de l'ARN du VHC au moyen de la PCR après la naissance n'est pas définie. Il est recommandé d'effectuer un premier test à l'âge de 4 à 6 semaines et/ou à l'âge de 6 mois à 1 an.

[3] La recherche des anticorps anti-VHC ne devrait pas être effectuée si le nourrisson est âgé 1 an en raison de la présence de taux détectables d'anticorps maternels; cependant, si le test de recherche des anticorps est effectué et se révèle positif à l'âge de 1 an, il faudrait avoir recours à l'épreuve par PCR afin d'exclure la possibilité qu'il s'agisse des anticorps de la mère et pour confirmer la virémie.

[4] Les tests positifs devraient être confirmés au moyen de deux dosages immunoenzymatiques ou par une épreuve faisant appel à l'immunoblot/PCR.

[5] Les épreuves faisant appel à la PCR ne devraient être réalisées que chez les sujets n'ayant pas d'anticorps anti-VHC en présence d'indications cliniques.

Surveillance nationale

Définition de cas de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- résultat positif à un test de dépistage des anticorps du VIH (p. ex., réactivité répétée à un dosage immunoenzymatique) suivi d'un résultat positif à une épreuve de confirmation de la présence des anticorps du VIH (p. ex., Western blot ou réaction d'immunofluorescence)

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Surveillance nationale
Définition de cas de la syphilis

Classification du cas

Syphilis congénitale
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *Treponema pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent d'échantillons de sécrétions nasales, de lésions cutanées, du placenta, du cordon ombilical ou de prélèvements réalisés lors de l'autopsie d'un nouveau-né (âgé de 4 semaines ou moins)
  OU
- sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) réalisée à partir de sang veineux (et non de sang du cordon) chez un nourrisson/enfant ayant des signes cliniques, biochimiques ou radiographiques de syphilis congénitale, dont la mère n'a pas été traitée adéquatement

---

Syphilis primaire
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent d'un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional
  OU
- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et sérologie tréponémique positive, indépendamment du résultat du test non tréponémique, chez des personnes n'ayant pas d'antécédents de syphilis
  OU
- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et multiplication par au moins 4 du titre (p. ex., 1:8 à 1:32) par rapport aux résultats du dernier test non tréponémique connu chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis

---

Syphilis secondaire
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent des lésions cutanéo-muqueuses ou des condylomes plats ou sérologie positive (non tréponémique et tréponémique)
  OU
- présence de lésions cutanéo-muqueuses typiques, alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, adénopathie généralisée, fièvre, malaise ou splénomégalie, **ET** soit une sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) soit une multiplication par au moins 4 du titre (p. ex., de 1:8 à 1:32) par rapport au dernier test non tréponémique réalisé.

NOTE : Il faut envisager l'éventualité d'un phénomène de prozone chez les personnes qu'on soupçonne d'être atteintes de syphilis secondaire mais dont le test non tréponémique est négatif.

Syphilis latente précoce
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- patient asymptomatique ayant une sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) chez qui l'on a observé un des facteurs suivants au cours des 12 mois précédents :
  - une sérologie négative
  - des symptômes évocateurs d'une syphilis primaire ou secondaire
  - une exposition à un partenaire sexuel atteint de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce

---

Syphilis latente tardive
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- patient asymptomatique ayant des sérologies tréponémiques systématiquement positives (indépendamment du résultat de la sérologie non tréponémique) qui ne satisfait pas aux critères de la syphilis latente précoce et qui n'a pas déjà été traité pour la syphilis dans le passé

Neurosyphilis
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- sérologie tréponémique positive (indépendamment du résultat de la sérologie non tréponémique) et l'un des critères suivants :
  - VDRL positif du LCR dans un liquide céphalorachidien non sanglant
  - signes cliniques de neurosyphilis et pléocytose apparente dans le LCR (surtout lymphocytique) en l'absence d'autres causes connues
  - signes cliniques de neurosyphilis et taux de protéines élevé dans le LCR en l'absence d'autres causes connues

---

Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis
Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- sérologie tréponémique positive (indépendamment du résultat de l'épreuve non tréponémique) associée aux anomalies cardiovasculaires, osseuses, cutanées et autres qui sont caractéristiques de la maladie, en l'absence d'autres causes connues de ces anomalies (*T. pallidum* est rarement retrouvé dans ces lésions, mais la découverte de celui-ci est diagnostique.)

  ET
- aucun signe clinique ou biochimique de neurosyphilis.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

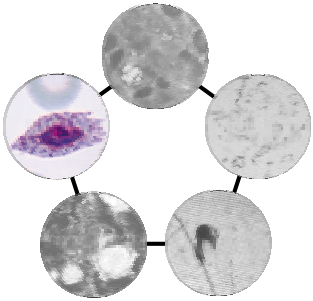
cas par cas

Date de révision

octobre 1999

Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses

- **Brucellose**
- **Maladie de Lyme**
- **Paludisme**
- **Peste**
- **Rage**
- **Fièvre jaune**



Surveillance nationale
Définition de cas de la brucellose

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Brucella* sp dans un échantillon clinique approprié
  OU
- multiplication par au moins 4 du titre sérologique à l'épreuve d'agglutination de *Brucella* entre des sérums de phase aiguë et de convalescence prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle et examinés au même laboratoire
  OU
- mise en évidence par immunofluorescence de *Brucella* sp dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

- maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé
  OU
- maladie clinique[1] avec sérologie à l'appui (titre de 160 ou plus à l'épreuve d'agglutination de *Brucella* dans au moins un échantillon de sérum obtenu après l'apparition des symptômes)

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par l'apparition soudaine ou insidieuse d'une fièvre, de sueurs nocturnes, d'une fatigue inexplicable, d'une anorexie, d'une perte de poids, de céphalées et d'arthralgies.

Surveillance nationale
Définition de cas de la maladie de Lyme

Classification du cas

Cas confirmé

érythème migrateur (EM)[1] ou au moins une manifestation tardive[2] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique approprié
  OU
- détection de l'immunoglobuline M diagnostique ou des anticorps de type immunoglobuline G dirigés contre *B. burgdorferi* dans le sérum ou le liquide céphalorachidien. On recommande une approche à deux épreuves utilisant un dosage immunoenzymatique sensible ou une épreuve d'immunofluorescence suivie du Western blot.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Pour les fins de la surveillance, l'EM est défini comme une lésion cutanée qui débute habituellement comme une macule ou une papule de couleur rouge qui s'étend sur une période de quelques jours à quelques semaines pour former une lésion annulaire de grande taille dont le centre présente une coloration normale. Une lésion primaire unique doit atteindre une taille égale ou supérieure à 5 cm. On peut également observer des lésions secondaires. Les lésions érythémateuses annulaires apparaissant quelques heures après la morsure d'une tique représentent des réactions d'hypersensibilité et ne sont pas considérées comme un EM. Chez la plupart des patients, l'érythème migrateur en expansion s'accompagne d'autres symptômes aigus, en particulier la fatigue, la fièvre, les céphalées, une légère raideur de la nuque, des arthralgies ou des myalgies. Ces symptômes sont habituellement intermittents. Le diagnostic d'EM doit être porté par un médecin. La confirmation en laboratoire de l'infection est recommandée chez les personnes n'ayant aucune exposition connue.

[2] Les manifestations tardives englobent les signes et symptômes suivants lorsqu'aucune autre explication ne peut être trouvée :

Système musculosquelettique : Épisodes brefs mais récurrents (semaines ou mois) d'oedème articulaire objectivé au niveau d'une ou de plusieurs articulations, parfois suivis d'une arthrite chronique dans une ou plusieurs articulations. Les manifestations qui ne sont pas considérées comme des critères diagnostiques englobent l'arthrite progressive chronique non précédée par des épisodes brefs et la polyarthrite symétrique chronique. En outre, les syndromes qui se caractérisent uniquement par des arthralgies, des myalgies ou de la fibromyalgie ne sont pas des critères d'une atteinte musculosquelettique.

Système nerveux : L'un des signes ou symptômes suivants, seul ou en association : méningite lymphocytaire; névrite des nerfs crâniens, en particulier paralysie faciale (peut être bilatérale); radiculite; ou (rarement) encéphalomyélite. L'encéphalomyélite doit être confirmée par la mise en évidence d'anticorps dirigés contre *B. burgdorferi* dans le LCR, démontrée par un titre plus élevé d'anticorps dans le LCR que dans le sérum. Les céphalées, la fatigue, les paresthésies ou une légère raideur de la nuque seules ne sont pas des critères d'une atteinte neurologique.

Appareil cardiovasculaire : Apparition soudaine d'un bloc cardiaque (du 2e ou 3e degré) qui disparaît spontanément après quelques jours ou quelques semaines et est parfois associé à une myocardite. Des palpitations, une bradycardie ou un bloc de branche seuls ou une myocardite seule ne sont pas des critères d'une atteinte cardiovasculaire.

Surveillance nationale
Définition de cas du paludisme

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- mise en évidence du parasite dans un frottis sanguin (frottis mince et goutte épaisse)
  OU
- autres analyses de laboratoire acceptées, comme détection de l'antigène ou du génome (PCR)

Les cas de paludisme sont classés dans les catégories suivantes :

a ***Induit :*** un cas confirmé de paludisme contracté par une transfusion sanguine provenant d'un donneur chez qui la parasitémie a été confirmée.

b ***Indigène :*** un cas confirmé de paludisme contracté par une piqûre de moustique au Canada.

c ***Importé*** **:** un cas confirmé de paludisme contracté à l'extérieur du Canada.

d ***Congénital, confirmé*** **:** un cas confirmé de paludisme chez un nourrisson âgé de < 3 mois qui n'a pas quitté le Canada depuis sa naissance et chez lequel on a confirmé la présence du parasite chez la mère.

e ***Congénital, probable*** **:** un cas confirmé de paludisme chez un nourrisson âgé de < 3 mois qui n'a pas quitté le Canada depuis sa naissance, mais chez lequel on n'a pas démontré la présence du parasite chez la mère.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

NOTES :

1. On compte un cas s'il s'agit du premier accès de paludisme observé chez ce sujet au Canada, indépendamment du fait qu'il ait eu ou non des accès antérieurs de paludisme à l'extérieur du pays.
2. Un accès subséquent de paludisme chez le même sujet causé par une espèce différente de *Plasmodium* est compté comme un autre cas.
3. Un accès répété dû à la même espèce n'est pas compté comme un nouveau cas à moins que la personne ait voyagé dans une région d'endémicité depuis l'accès antérieur.

---

[1] Maladie clinique : les signes et symptômes sont variables, cependant, la plupart des patients présentent une fièvre. En plus de la fièvre, les symptômes couramment observés englobent les céphalées, les maux de dos, les frissons, les sueurs, les myalgies, les nausées, les vomissements, la diarrhée et la toux. Si elle n'est pas traitée, l'infection à *Plasmodium falciparum* peut aboutir au coma, à l'insuffisance rénale, à l'oedème pulmonaire et au décès.

Surveillance nationale
Définition de cas de la peste

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Yersinia pestis* dans les liquides organiques
  OU
- multiplication d'au moins 4 fois du titre des anticorps sériques dirigés contre l'antigène F1 (fraction 1) *de Y. pestis*
  OU
- mise en évidence de l'antigène ou du génome par une autre technique de laboratoire reconnue

---

Cas clinique

maladie clinique[1] et une des analyses de confirmation suivantes :

- mise en évidence de titre(s) d'anticorps sériques élevés contre l'antigène F1 de *Y. pestis* (sans qu'il y ait nécessairement une multiplication par au moins 4 du titre) chez un patient n'ayant jamais été vacciné contre la peste
  OU
- mise en évidence de l'antigène F1 dans un échantillon clinique par une technique d'immunofluorescence

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Maladie clinique : la maladie se caractérise par une fièvre, des frissons, des céphalées, un malaise, une prostration et une hyperleucocytose qui est manifeste dans une ou plusieurs des principales formes cliniques suivantes :

- Lymphadénopathie régionale (peste bubonique)
- Septicémie sans bubons évidents (peste septicémique)
- Peste pulmonaire, résultant de la transmission hématogène chez les cas de peste bubonique ou septicémique (peste pulmonaire secondaire) ou inhalation de gouttelettes infectieuses (peste pulmonaire primaire)
- Pharyngite et adénopathie cervicale résultant de l'exposition à de plus grosses gouttelettes infectieuses ou à l'ingestion de tissus infectés (peste pharyngée)

Surveillance nationale
Définition de cas de la rage humaine

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection par immunofluorescence directe d'antigène viral dans un échantillon clinique approprié (de préférence le cerveau ou les nerfs entourant les follicules pileux sur la nuque)

  OU
- isolement (dans une culture cellulaire ou chez un animal de laboratoire) du virus de la rage dans la salive, le liquide céphalorachidien ou des tissus du système nerveux central

  OU
- multiplication par au moins 5 du titre d'anticorps neutralisant (neutralisation complète) dans le sérum ou le liquide céphalorachidien chez une personne non vaccinée

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La rage est une encéphalomyélite aiguë qui évolue presque inexorablement vers le coma ou le décès dans les 10 jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes.

Surveillance nationale
Définition de cas de la fièvre jaune

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la fièvre jaune
  OU
- mise en évidence de l'antigène ou du génome viral de la fièvre jaune dans les liquides organiques ou les tissus
  OU
- multiplication par 4 du titre des anticorps sériques dirigés contre le virus de la fièvre jaune ou un seul titre élevé de l'anticorps IgM spécifique de la fièvre jaune en l'absence d'une vaccination contre la fièvre jaune au cours des 2 mois précédents

---

Cas probable

maladie clinique[1] avec un titre élevé stable d'anticorps contre le virus de la fièvre jaune sans aucune autre cause connue

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

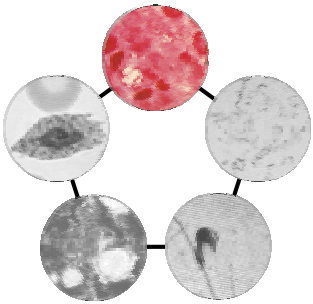
NOTE **:** Pour les cas probables, il faut exclure les réactions sérologiques croisées à d'autres flavivirus, et le patient ne doit pas avoir été vacciné contre la fièvre jaune.

---

[1] Maladie clinique : maladie virale transmise par un moustique qui se caractérise par une apparition aiguë et des symptômes généraux suivis d'une brève rémission et d'une reprise de la fièvre avec une hépatite, une albuminurie et, dans certains cas, une insuffisance rénale, un état de choc et des hémorragies généralisées.

Maladies évitables par la vaccination systématique

- **Varicelle**
- **Diphtérie**
- **Hépatite B**
- **Maladie invasive due à Hib**
- **Rougeole**
- **Oreillons**
- **Paralysie flasque aiguë**
- **Coqueluche**
- **Poliomyélite**
- **Rubéole**
- **Rubéole congénitale**
- **Tétanos**



Surveillance nationale
Définition de cas de la varicelle

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la varicelle dans un échantillon clinique approprié

  OU
- élévation marquée du titre d'anticorps de type immunoglobuline G de la varicelle dans le sérum par une technique de dosage sérologique courante

OU

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Cas probable

aucun

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une éruption cutanée et une transformation rapide des macules en papules, en vésicules puis en croûtes; tous les stades des manifestations cutanées sont présents en même temps; les lésions sont superficielles et peuvent apparaître par poussées successives.

Surveillance nationale
Définition de cas de la diphtérie

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Corynebacterium diphtheriae* dans un échantillon clinique approprié
  OU
- diagnostic histopathologique de la diphtérie

OU

lien épidémiologique (contact au cours des deux semaines précédant l'apparition des symptômes) à un cas confirmé en laboratoire

PLUS au moins une des manifestations suivantes :

- infection des voies respiratoires supérieures (rhino-pharyngite, laryngite ou amygdalite) avec ou sans membrane adhérente au niveau des fosses nasales, des amygdales, du pharynx et/ou du larynx, ainsi qu'au moins un des signes suivants :
  - stridor de plus en plus marqué
  - atteinte cardiaque (myocardite) et/ou neurologique (paralysies motrice et/ou sensorielle) se manifestant entre 1 et 6 semaines après l'apparition de la maladie
  - décès, sans cause connue
- manifestations systémiques évocatrices de la diphtérie chez une personne présentant une infection des voies respiratoires supérieures ou un autre foyer d'infection

---

Cas probable

infection des voies respiratoires supérieures (rhino-pharyngite, laryngite ou amygdalite) avec ou sans membrane adhérente au niveau des fosses nasales, des amygdales, du pharynx et/ou du larynx, plus au moins un des signes suivants :

- stridor de plus en plus marqué
- atteinte cardiaque (myocardite) et/ou neurologique (paralysies motrice et/ou sensorielle) se manifestant entre 1 et 6 semaines après l'apparition de la maladie
- décès, sans cause connue

Cas suspect

infection des voies respiratoires supérieures (rhino-pharyngite, laryngite ou amygdalite) avec membrane au niveau des fosses nasales, des amygdales, du pharynx et/ou du larynx, (notez que la membrane doit être présente)

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

Surveillance nationale
Définition de cas de l'hépatite B (cas aigu)

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- mise en évidence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) et de l'anticorps de type immunoglobuline M (IgM) dirigé contre l'antigène nucléo-capsidique du virus de l'hépatite B (anti-HBc)
  OU
- disparition de l'AgHBs sur une période de 6 mois et antécédents cliniques évocateurs ou exposition probable
  OU
- maladie clinique aiguë[1] et mise en évidence de l'AgHBs (mais non d'anticorps dirigés contre le VHA ou le VHC) lorsqu'il est impossible de faire subir l'épreuve de détection de l'IgM dirigé contre l'anti-HBc

---

Cas probable

maladie clinique aiguë[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

Surveillance nationale

cas aigu confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique aiguë se caractérise par une installation discrète des symptômes et un ictère ou une élévation des transaminases sériques.

Surveillance nationale
Définition de cas de l'hépatite B (porteur chronique)

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- persistance de l'antigène AgHBs pendant plus de 6 mois
  OU
- présence de l'antigène AgHBs chez une personne chez qui l'on a détecté la présence de l'anticorps de type immunoglobuline G (IgG) dirigé contre l'antigène nucléo-capsidique du virus de l'hépatite B (IgG anti-HBc) mais qui n'a pas d'anticorps de type immunoglobuline M (IgM) contre l'antigène nucléo-capsidique du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc)

Surveillance nationale

la maladie n'est pas à déclaration obligatoire à l'échelle nationale mais peut être déclarée à l'échelle locale ou provinciale selon la réglementation locale ou provinciale en vigueur

---

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

Surveillance nationale

Définition de cas de la maladie invasive due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib)

Classification du cas

Cas confirmé

maladie invasive[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène Hib :

- isolement[2] d'*H. influenzae* type b dans un échantillon provenant d'un site normalement stérile
  OU
- isolement d'*H. influenzae* type b au niveau de l'épiglotte d'une personne atteinte d'épiglottite
  OU
- mise en évidence de l'antigène d'*H. influenzae* type b dans le liquide céphalorachidien

---

Cas probable

cellulite buccale ou épiglottite chez un enfant âgé de 5 ans chez lequel on n'a isolé aucun autre organisme responsable

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie invasive due à *H. influenzae* englobe la méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite aiguë suppurée ou un empyème.

[2] On procédera à l'isolement du virus lorsqu'il est impossible d'avoir accès à une épreuve faisant appel à la PCR.

Surveillance nationale
Définition de cas de la rougeole

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rougeoleux :

1. isolement du virus de la rougeole dans un échantillon clinique approprié
   OU
2. élévation marquée du titre des anticorps spécifiques de la rougeole entre le sérum prélevé à la phase aiguë et pendant la convalescence
   OU
3. sérologie positive pour l'anticorps IgM de la rougeole à l'aide d'une méthode recommandée. Si les tableaux clinique et épidémiologique n'évoquent pas un diagnostic de rougeole, il faut confirmer les résultats du dosage de l'IgM par des analyses additionnelles (p. ex., 1. ou 2. ci-dessus).
   OU

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Cas probable

maladie clinique[1] en l'absence des épreuves de laboratoire appropriées et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

janvier 2000

NOTE : Tous les cas seront examinés par le Groupe de travail sur l'élimination de la rougeole qui confirmera le diagnostic avant que le cas soit ajouté à la base de données nationale.

---

[1] Le tableau clinique de la maladie englobe toutes les caractéristiques suivantes :

- fièvre égale ou supérieure à 38,3 °C
- toux, coryza ou conjonctivite
- éruption maculopapuleuse généralisée durant au moins 3 jours

Surveillance nationale
Définition de cas des oreillons

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection[1] en l'absence d'une vaccination récente avec un vaccin contenant l'antigène ourlien :

- isolement du virus ourlien dans un échantillon clinique approprié
  OU
- élévation marquée du titre des IgG spécifiques dans le sérum ou séroconversion démontrée par une épreuve sérologique standard
  OU
- sérologie positive pour l'anticorps IgM dirigé contre le virus ourlien

OU

maladie clinique[2] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Cas probable

maladie clinique[2] en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] Un cas confirmé en laboratoire n'a pas à correspondre au tableau clinique de la maladie.

[2] Le tableau clinique de la maladie se caractérise par l'apparition aiguë d'un oedème unilatéral ou bilatéral douloureux, spontanément résolutif, des parotides ou d'autres glandes salivaires, durant 2 jours, sans autre cause apparente.

Surveillance nationale
Définition de cas de la paralysie flasque aiguë (PFA)

Classification du cas

Cas confirmé

faiblesse ou paralysie focale aiguë définie comme flasque (réduction du tonus) sans autre cause apparente (p. ex., traumatisme) chez les enfants âgés de < 15 ans, y compris le syndrome de Guillain-Barré. La faiblesse transitoire (p. ex., consécutive à un ictus) ne devrait pas être déclarée.

Surveillance nationale

Le Groupe d'experts sur l'éradication de la poliomyélite a recommandé que le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) continue d'assurer la surveillance de la PFA. Le PCSP est assuré par la Société canadienne de pédiatrie en vertu d'un contrat avec le LLCM.

Surveillance nationale
Définition de cas de la coqueluche

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Bordetella pertussis* dans un échantillon clinique approprié

  OU
- mise en évidence de *B. pertussis* au moyen d'une épreuve faisant appel à l'amplification par la polymérase (PCR)

OU

personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire et présentant au moins une des manifestations suivantes pour lesquelles il n'y a aucune autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou associées à une apnée
- toux avec chant du coq inspiratoire

Cas probable

toux durant au moins 2 semaines en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire et une ou les deux des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique
- «chant du coq» inspiratoire

Cas suspect

Voir le document suivant : Comité consultatif national de l'immunisation, Comité consultatif de l'épidémiologie et Société canadienne de pédiatrie. *Déclaration au sujet de la prise en charge des personnes exposées à la coqueluche et lutte contre les flambées de coqueluche*. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1994:20:193-99.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

Surveillance nationale
Définition de cas de la poliomyélite

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la poliomyélite (souche vaccinale ou virus sauvage) dans un échantillon clinique approprié

  OU
- mise en évidence du virus de la poliomyélite au moyen d'une épreuve faisant appel à l'amplification par la polymérase (PCR)

  OU

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Cas probable

maladie clinique[1] sans mise en évidence du virus de la poliomyélite dans un échantillon clinique approprié ou sans preuve d'infection par un autre virus neurotrope mais avec l'une des confirmations de laboratoire suivantes de l'infection :

- élévation marquée du titre des anticorps dirigés contre le virus de la poliomyélite dans des échantillons de sérum appariés

  OU
- détection de l'anticorps IgM spécifique de la poliomyélite en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène poliomyélitique

---

Cas suspect

maladie clinique[1] sans confirmation en laboratoire de l'infection (pas de détection du virus de la poliomyélite ou de preuve sérologique), avec résultats négatifs aux tests et investigations inadéquates ou inexistantes

Les cas de poliomyélite paralytique peuvent être classés dans les catégories suivantes :

Dus au virus sauvage

les épreuves de laboratoire mettent en évidence le virus de type sauvage. Les cas peuvent ensuite être subdivisés comme suit :

- importés : voyage ou séjour dans une région où la poliomyélite est endémique dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes
- liés à un cas importé : lien épidémiologique avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la poliomyélite est endémique dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes
- indigènes : aucun voyage ni contact comme ceux qui sont décrits ci-dessus

Associés au vaccin

les analyses de laboratoire incriminent le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :

- receveurs : la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration du vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO)
- contacts : le sujet a eu des contacts avec un receveur du VPO et est tombé malade entre 7 et 60 jours après la vaccination de ce dernier
- contacts possibles : en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination avec le VPO, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant
- aucun contact connu : la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec un receveur du VPO et qui n'a pas elle-même reçu le VPO dans une région où il n'y a eu aucune campagne de vaccination systématique ou intensive avec le VPO. Au Canada, cela engloberait l'ensemble des provinces et des territoires.

NOTE importante : tous les cas seront examinés par le Groupe d'experts sur l'éradication de la poliomyélite qui déterminerait leur classification

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique se caractérise par toutes les manifestations suivantes :

- paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre
- diminution ou absence des réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés
- fonctions sensorielles ou cognitives intactes
- absence d'une autre cause apparente (y compris les examens de laboratoire afin d'écarter toute autre cause d'un syndrome analogue)
- présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des premiers symptômes, sauf en cas de décès du patient

Surveillance nationale
Définition de cas de la rubéole

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence d'une vaccination récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux :

- isolement du virus de la rubéole dans un échantillon clinique approprié

  OU
- élévation marquée du titre des anticorps IgG de la rubéole dans le sérum mise en évidence par une épreuve sérologique standard

  OU
- sérologie positive pour l'IgM spécifique de la rubéole

OU

maladie clinique[1] chez une personne qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Cas probable

maladie clinique[1] en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

---

[1] La maladie clinique se caractérise par une fièvre et une éruption, et au moins une des manifestations suivantes :

- arthralgie/arthrite
- adénopathie
- conjonctivite

Surveillance nationale
Définition de cas de la rubéole congénitale

Classification du cas

Cas confirmé

Naissance vivante : deux manifestations cliniques évocatrices (toute combinaison de manifestations énumérées dans les colonnes A et B du tableau 1) avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié
  OU
- détection de l'IgM spécifique de la rubéole en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux
  OU
- persistance des IgG rubéoleuses spécifiques à des concentrations élevées pendant plus longtemps que ce qui serait prévisible en cas de transfert passif des anticorps maternels ou en l'absence d'une immunisation récente

Enfant mort-né : deux manifestations cliniques évocatrices et isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié

Cas probable

un cas qui présente

- *deux* des manifestations cliniques évocatrices énumérées dans la colonne A du tableau 1
  OU
- *une* des manifestations énumérées dans la colonne A du tableau 1 et une de celles qui figurent dans la colonne B du tableau 1, en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées

NOTE : Les cas suivants ne peuvent être considérés comme des cas de rubéole congénitale

- absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né
  OU
- absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère
  OU
- baisse du titre d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né correspondant à celle qu'on observe normalement après la naissance pour les anticorps maternels transmis passivement

Tableau 1. Rubéole congénitale : manifestations cliniques évocatrices

Colonne A	Colonne B
1. Cataractes ou glaucome congénital (l'un ou l'autre ou les deux comptent pour un) 2. Malformation cardiaque congénitale 3. Surdité neurosensorielle 4. Rétinopathie pigmentaire	1. Purpura 2. Hépatosplénomégalie 3. Microcéphalie 4. Micro-ophthalmie 5. Retard mental 6. Méningo-encéphalite 7. Radiotransparence osseuse 8. Trouble du développement ou d'installation tardive comme le diabète et la panencéphalite progressive et toute autre affection possiblement causée par le virus rubéoleux.

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Infection rubéoleuse congénitale

Cas confirmé

Cas avec confirmation en laboratoire de l'infection mais aucune manifestation clinique évocatrice :

- isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié
  OU
- mise en évidence de l'IgM spécifique de la rubéole en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux
  OU
- persistance de l'IgG spécifique de la rubéole à des titres élevés pendant plus longtemps que ce qui serait normalement prévu en cas de transfert passif des anticorps maternels ou en l'absence d'une immunisation récente

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

Date de révision

octobre 1999

Surveillance nationale
Définition de cas du tétanos

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] sans autre cause médicale apparente avec ou sans confirmation en laboratoire de la présence de *Clostridium tetani* ou de sa toxine et avec ou sans antécédents de blessure

---

Surveillance nationale

cas confirmé

Type de surveillance

cas par cas

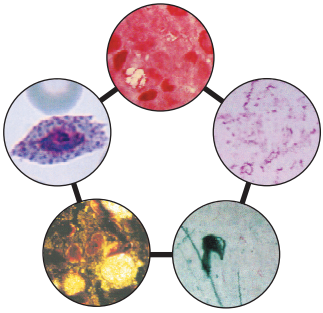
Date de révision

octobre 1999

[1] La maladie clinique se caractérise par l'apparition aiguë d'une hypertonie et/ou de contractions musculaires douloureuses (habituellement des muscles de la mâchoire et du cou) et des spasmes musculaires généralisés sans autre cause médicale apparente.

Agents bioterroristes potentiels à l'échelle mondiale

- **Charbon**
- **Botulisme** (voir à la page 10)
- **Peste** (voir à la page 86)
- **Variole**
- **Tularémie**
- **Fièvres hémorragiques virales**



Surveillance nationale
Définition de cas de la maladie du charbon

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique approprié
  OU
- mise en évidence par immunofluorescence de *B. anthracis* dans un échantillon clinique

---

Cas probable

cas suspect présentant

- une réaction positive au test cutané allergologique (chez les sujets non vaccinés)
  OU
- un résultat positif à la réaction en chaîne par la polymérase (PCR) pour *B. anthracis*[1]

Cas suspect

maladie clinique chez une personne qui présente un lien épidémiologique avec un cas animal confirmé ou suspect ou avec un produit d'origine animale contaminé

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas

[1] La PCR sera utilisée pour confirmer les cas lorsqu'elle sera validée.

Surveillance nationale
Définition de cas de la variole

Classification du cas

Cas confirmé

confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la variole à partir d'un échantillon clinique approprié (laboratoire de niveau de confinement 3 seulement)
  OU
- résultat positif à la PCR pour le virus de la variole
  OU
- identification du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié par microscopie électronique à coloration négative

---

Cas probable

maladie clinique[1] chez une personne qui présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable.

Cas suspect

- maladie clinique[1] chez une personne qui ne présente pas de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable de variole
  OU
- lésion atypique[2] que l'on sait associée au virus de la variole chez une personne qui présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable

---

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas

---

[1] La maladie clinique est caractérisée par l'apparition brutale d'une fièvre > 38,33 °C, suivie d'une éruption sous forme de vésicules ou de pustules dures au cours d'une même poussée, en l'absence d'autre cause apparente. Les principales caractéristiques distinctives sont un prodrome fébrile accompagné d'une température > 38,88 °C et des symptômes généraux (prostration, maux de tête sévères, maux de dos, douleurs abdominales ou vomissements) de 1 à 4 jours avant l'apparition de l'éruption; les lésions prennent la forme de pustules profondes, fermes et bien circonscrites (qui peuvent être confluantes ou ombiliquées). Les autres caractéristiques distinctives sont une éruption prédominant sur le visage et les extrémités, une éruption au même stade d'évolution quelle que soit la partie du corps, les premières lésions apparaissant sur la muqueuse buccale et le palais, suivies d'une poussée centrifuge sur le visage ou sur l'avant-bras, et de lésions qui peuvent toucher la paume et la plante des pieds (dans > 50 % des cas); les lésions peuvent provoquer des démangeaisons au stade des croûtes; les lésions passent du stade de papule à celui de pustule en quelques jours, la maladie dure de 14 à 21 jours.

[2] Les manifestations cliniques atypiques de la variole sont a) des lésions hémorragiques OU b) des lésions velvétiques plates qui n'ont pas l'aspect de vésicules caractéristiques ou qui ne se transforment pas en pustules.

Surveillance nationale
Définition de cas de la tularémie

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Francisella tularensis* dans un échantillon clinique approprié
  OU
- augmentation d'au moins quatre ordres de grandeur du titre des anticorps sériques dirigés contre l'antigène de *F. tularensis*

Cas probable

- maladie clinique[1] avec élévation du (des) titre(s) des anticorps sériques dirigés contre l'antigène de *F. tularensis* (en l'absence d'augmentation documentée d'au moins quatre ordres de grandeur) chez un patient n'ayant jamais été vacciné contre la tularémie
  OU
- mise en évidence de *F. tularensis* dans un échantillon clinique par titrage fluorescent
  OU
- résultat positif à la PCR pour *F. tularensis*

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable

Type de surveillance

cas par cas

---

[1] La maladie clinique est caractérisée par plusieurs formes distinctes, notamment les suivantes : ulcéroglandulaire – ulcération cutanée avec lymphadénopathie régionale; glandulaire – lymphadénopathie régionale sans ulcération; oculoglandulaire – conjonctivite avec lymphadénopathie pré-auriculaire; oropharyngée – stomatite ou pharyngite, ou amygdalite et lymphadénopathie cervicale; intestinale – douleurs intestinales, vomissements et diarrhée; pulmonaire –maladie pleuro-pulmonaire primaire; typhoïdique – maladie fébrile sans signes et symptômes précoces de localisation.

Le diagnostic clinique est corroboré par des preuves ou des antécédents de morsure par une tique ou par une mouche à chevreuil, d'exposition aux tissus d'un mammifère hôte de *Francisella tularensis* ou d'exposition à de l'eau potentiellement contaminée.

Surveillance nationale

Définition de cas des fièvres hémorragiques virales (Crimée-Congo, Ebola, Lassa, Marburg)

Classification du cas

Cas confirmé

maladie clinique[1] avec confirmation en laboratoire de l'infection ou cas probable avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus à partir d'échantillons de sérum ou d'urine ou de sécrétions de gorge
  OU
- mise en évidence de l'antigène viral dans des tissus prélevés à l'autopsie (foie ou rate) par une technique immunohistochimique ou dans des échantillons de sérum par dosage immunoenzymatique (ELISA)
  OU
- mise en évidence d'une augmentation de quatre ordres de grandeur de l'anticorps sérique IgG
  OU
- mise en évidence de l'anticorps IgM spécifique par ELISA, par immunofluorescence ou par Western Blot

---

Description clinique des fièvres hémorragiques virales

FHV Crimée-Congo : Apparition soudaine de fièvre, de myalgie, d'étourdissements, de douleur et de rigidité cervicales, de lombalgie, de maux de tête, de douleurs oculaires et de photophobie. Il peut aussi y avoir initialement des nausées, des vomissements et des maux de gorge, qui peuvent s'accompagner de diarrhée et de douleurs abdominales généralisées. Au cours des jours suivants, le patient peut présenter des changements d'humeur marqués et peut devenir confus et agressif. Après 2 à 4 jours, l'agitation peut être remplacée par de la somnolence, de la dépression et de la lassitude, et la douleur abdominale peut se situer dans le quadrant supérieur droit, avec hépatomégalie perceptible. Parmi les autres signes cliniques, citons la tachycardie, l'adénopathie et une éruption pétéchiale sur les surfaces muqueuses internes, comme la bouche et la gorge, de même que sur la peau. Les pétéchies peuvent produire des ecchymoses et d'autres phénomènes hémorragiques comme la mélaena, l'hématurie, l'épistaxis et la gingivorragie. Il y a habituellement des signes d'hépatite. Si le patient est gravement atteint, il peut développer une insuffisance hépatorénale et pulmonaire après le cinquième jour de l'apparition des symptômes.

FHV Lassa : Apparition graduelle de malaises, de fièvre, de maux de tête, de maux de gorge, de toux, de nausées, de vomissements, de diarrhée, de myalgie et de douleurs thoraciques et abdominales. La fièvre est constante ou grimpe de manière intermittente. L'inflammation et l'exsudation du pharynx et de la conjonctive sont courantes, et sont suivies d'hypotension, d'un état de choc, d'épanchement pleural, d'hémorragie, de convulsions, d'encéphalopathie et d'œdème de la face et du cou.

FHV Ebola et Marburg : Apparition soudaine de fièvre, de malaises et de maux de tête suivis de pharyngite, de vomissements, de diarrhée et de choc. La diathèse hémorragique présente s'accompagne souvent de lésions hépatiques, d'insuffisance rénale, d'une atteinte du système nerveux central et d'un syndrome de choc terminal avec défaillance polyviscérale.

Cas probable

cas présentant des symptômes évoquant la maladie clinique[1] et qui, au cours des trois semaines précédant l'apparition de la fièvre :

- a voyagé dans une région précise d'un pays où une éclosion de fièvre hémorragique virale (FHV) s'est produite récemment
  OU
- est entré en contact direct avec du sang ou avec d'autres sécrétions ou excrétions de liquides organiques d'une personne ou d'un animal qui constitue un cas confirmé ou un cas probable de FHV
  OU
- travaille dans un laboratoire ou dans un établissement où il y a des animaux et qui manipule des virus de la fièvre hémorragique
  OU
- a fait l'objet d'une détection par PCR de séquences génomiques virales dans le sérum ou dans des tissus prélevés à l'autopsie

Cas suspect

Cas compatible avec la description clinique

Surveillance nationale

cas confirmé
cas probable
cas suspect

Type de surveillance

cas par cas