

# Tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario – 2022



Notes techniques  
Décembre 2023

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario qui a pour mission de protéger et de promouvoir la santé de tous les Ontariens et de réduire les inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies infectieuses et transmissibles
- prévention et contrôle des infections
- santé de l'environnement et du milieu du travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez le site [santepubliqueontario.ca](https://santepubliqueontario.ca).

Modèle proposé pour citer le document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario – 2022 : notes techniques. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.

978-1-4868-7431-6

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation de ce document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement et/ou modification ne peut être apporté à ce document sans l'autorisation écrite expresse de SPO.

# Table des matières

Sources des données .....	1
Rapports.....	1
Système intégré d'information sur la santé publique et Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique.....	1
Données du Laboratoire de Santé publique Ontario .....	2
Données sur la population et les naissances vivantes .....	2
Données de comparaison nationales.....	3
Définitions des cas .....	3
Classification des cas.....	4
Gestion des données.....	6
Période de référence .....	6
Critères de vérification des cas .....	8
Réinfection et co-infections .....	8
Mesures descriptives .....	9
Nombre de cas .....	9
Taux.....	10
Répartition géographique .....	11
Attribution aux bureaux de santé publique.....	11
Attribution aux Réseaux locaux d'intégration des services de santé .....	12
Répartition en fonction de l'âge .....	13
Sexe .....	13
Incidence mensuelle .....	14
Hospitalisations.....	14
Décès.....	14
Détails sur l'organisme.....	16
Statut vaccinal.....	16
Statut d'importation .....	16
Facteurs de risque.....	16
Types de résistance.....	17
Analyse des échantillons.....	17

Résistance aux médicaments.....	18
Analyse.....	18
Limites des données.....	18
Exactitude des données.....	18
RLISS.....	19
Petites proportions de certaines maladies.....	19
Sous-déclaration.....	20
Doublons.....	20
Données manquantes (données non déclarées par les BSP).....	20
Suggestion de modèles pour citer différents éléments.....	22
Modèle de citation pour l’outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario.....	22
Modèle de citation pour une maladie spécifique.....	22
Format générique de citation.....	22
Format pour citer la source d’un graphique.....	23
Format générique de citation.....	23
Format pour citer la source d’une carte.....	23
Format générique de citation.....	23
Format pour citer la source de données téléchargées.....	23
Format générique de citation.....	23
Bibliographie.....	24
Annexe 1 : Maladies d’importance pour la santé publique et classifications des cas à déclaration obligatoire : Ontario, 2022.....	26
Annexe 2 : Résumé des mises à jour apportées à l’outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario.....	30

# Sources des données

---

## Rapports

En Ontario, plus de 70 maladies sont considérées comme des maladies d'importance pour la santé publique en vertu du [Règlement de l'Ontario 135/18 : Désignation de maladies](#) conformément à la [Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990](#).<sup>1-2</sup>

Les fournisseurs de soins de santé, les laboratoires et les autres personnes (y compris les directeurs d'école et les surintendants d'institutions) qui ont l'obligation de déclarer les maladies spécifiées dans le Règlement 135/18 doivent le faire auprès du médecin hygiéniste du bureau de santé publique local (BSP) duquel ils relèvent, comme le prévoit le [Règlement 569](#).<sup>3</sup> Les BSP offrent des services de gestion de cas aux personnes soupçonnées d'être atteintes d'une maladie d'importance pour la santé publique dans leur région, conformément à la Loi sur la protection et la promotion de la santé, aux [Normes de santé publique de l'Ontario](#) et au [Protocole concernant les maladies infectieuses](#).<sup>4-5</sup> Les données requises sur les cas sont ensuite communiquées à la province par l'intermédiaire de deux systèmes : le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) et la Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique (GCC).

## Système intégré d'information sur la santé publique et Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique

La principale source de données sur les maladies dans l'outil interactif de suivi des [tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario](#), à l'exception de la COVID-19, est le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). Le SIISP est le système de déclaration électronique utilisé par tous les bureaux de santé publique locaux pour déclarer les cas de maladies d'importance pour la santé publique en Ontario.<sup>5</sup>

Les données présentées dans l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario sont principalement basées sur les cas dont les dossiers individuels figurent dans le SIISP. Un dénombrement global et des données au niveau des cas sont utilisés pour les éclosions d'infection à *Clostridium* (maintenant plus communément appelé *Clostridioïdes difficile*/ICD) dans les hôpitaux ainsi que pour la varicelle.

Les données du SIISP utilisées dans cet outil ont été extraites le 12 juillet 2023, à l'exception des données sur les *entérobactériacées* productrices de la carbapénémase (EPC) qui ont été extraites le 22 septembre 2023.

La Solution de gestion des cas et des contacts pour la santé publique (GCC) est le système de déclaration électronique utilisé par tous les BSP locaux pour déclarer les cas de COVID-19 en Ontario. La version 2022

de l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario comprend les données disponibles sur la COVID-19 pour les années civiles 2020 (c.-à-d. du 15 janvier au 31 décembre 2020), 2021 et 2022. Les données de la Solution GCC sur la COVID-19 de cet outil ont été extraites le :

- le 11 juillet 2023 à 13 h pour les cas déclarés à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2022, et
- le 10 avril 2023 à 9 h pour les cas signalés jusqu'au 31 août 2022.

Il est important de noter que le SIISP et la Solution GCC sont des systèmes dynamiques de déclaration des maladies qui permettent de mettre à jour en permanence les données précédemment saisies. Par conséquent, les données extraites du SIISP et de la Solution GCC représentent un instantané au moment de l'extraction et peuvent différer des rapports antérieurs ou ultérieurs.

## Données du Laboratoire de Santé publique Ontario

La détection et la confirmation en laboratoire des maladies d'importance pour la santé publique ont souvent lieu au Laboratoire de Santé publique Ontario. Pour certaines maladies, l'identification peut avoir lieu dans des hôpitaux ou des laboratoires privés. Dans d'autres cas, des services de référence et des tests spécialisés sur des échantillons cliniques sont effectués dans d'autres laboratoires de référence au Canada, y compris le Laboratoire national de microbiologie (LNM), et les résultats sont communiqués à Santé publique Ontario. La principale source de données sur les tests de laboratoire dans la version 2022 de l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario est le système de gestion de l'information des laboratoires (SGIL) de SPO. Les données du SGIL utilisées dans cet outil ont été extraites aux dates suivantes :

- Les données des tests permettant de calculer le pourcentage de positivité pour la chlamydia, la gonorrhée, la grippe et la légionellose ont été extraites du SGIL le 13 juillet 2023.
- Les données de résistance relatives à la tuberculose ont été extraites du SGIL le 20 juillet 2023.

## Données sur la population et les naissances vivantes

Les estimations de la population jusqu'en 2022 proviennent de Statistique Canada en date 13 mars 2023 et ont été utilisées comme dénominateur pour calculer les taux d'incidence bruts globaux, par âge, par sexe et par BSP, le cas échéant. Les taux d'incidence bruts ont également été calculés pour les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), le cas échéant.

Les chiffres des naissances vivantes pour l'Ontario proviennent de Service Ontario et ont été obtenus auprès d'IntelliHEALTH Ontario. IntelliHEALTH Ontario est un référentiel de connaissances relatives à la santé de la population et la prestation de services de soins de santé en Ontario. Les naissances vivantes ont été utilisées comme dénominateur pour calculer les taux d'incidence de deux maladies néonatales et congénitales incluses dans cet outil (c.-à-d. l'infection périnatale à streptocoques du groupe B, et l'ophtalmie du nouveau-né) parce que les chiffres de la population néonatale (nourrissons âgés de 28 jours ou moins) n'ont pas pu être déterminés à partir des données disponibles des statistiques de l'état civil. Les données sur les naissances vivantes dont dispose SPO sont valables jusqu'en 2021; les taux d'incidence des

maladies néonatales pour 2022 sont donc basés sur les données sur les naissances vivantes de 2021. Les données sur les naissances vivantes ont été extraites d’IntelliHEALTH Ontario le 13 juin 2023.

## Données de comparaison nationales

Les taux d’incidence de comparaison pour le Canada sont fournis dans l’outil chaque fois qu’ils sont disponibles. Ces données ont été obtenues directement à partir des [graphiques de maladies à déclaration obligatoire](#) du site Web de l’Agence de la santé publique du Canada (ASPC) le 7 août 2023.<sup>6</sup>

Pour la plupart des maladies figurant dans cet outil, les taux d’incidence de comparaison pour le Canada sont présentés pour les années 2013 à 2021 dans des graphiques de tendance dans le temps. Selon la maladie et le moment où elle est devenue à déclaration obligatoire à l’échelle nationale, il se peut que les taux d’incidence nationaux ne soient pas disponibles pour la totalité ou une partie de cette période. Par conséquent, les comparaisons entre les tendances des taux d’incidence provinciaux et nationaux ne sont effectuées que pour les années pour lesquelles les taux d’incidence nationaux sont fournis. Les taux nationaux ne sont pas non plus inclus pour les maladies pour lesquelles les données fournies ne font pas de distinction entre les différentes formes de la maladie (p. ex. syphilis infectieuse et non infectieuse et hépatite B aiguë et chronique) ou entre les données globales et individuelles sur les cas (p. ex. varicelle, ICD). Il existe également des différences entre les définitions de cas nationales et celles de l’Ontario, et ces différences doivent être prises en compte lors de la comparaison des tendances des taux d’incidence provinciaux et nationaux. Une liste des maladies à déclaration obligatoire au niveau national est disponible sur le [site Internet de l’ASPC](#).<sup>7</sup>

Les taux d’incidence pour le Canada présentés dans cet outil peuvent différer des rapports publiés par l’ASPC. En cas de divergence, les taux d’incidence publiés dans les rapports nationaux les plus récents prévalent sur ceux présentés dans cet outil.

## Définitions des cas

---

[L’Annexe 1](#) du présent document dresse la liste des maladies d’importance pour la santé publique et des classifications de cas associées qui devaient être déclarées en Ontario en 2022. Les cas sont classés dans le SIISP et la Solution GCC selon les définitions de cas de la surveillance provinciale en vigueur au moment où le cas a été identifié. Les BSP sont chargés de veiller à ce que les cas déclarés à la province correspondent à la définition de cas pertinente. Les définitions de cas provinciales les plus récentes sont disponibles à [l’Annexe 1](#) du Protocole concernant les maladies infectieuses.<sup>8</sup>

Il est important de tenir compte des modifications apportées au fil du temps aux définitions de cas provinciales et aux classifications de cas associées (voir la section [Classifications de cas](#) ci-dessous) lors de l’interprétation des tendances des maladies présentées dans cet outil. Les changements sont survenus au fil des ans pour refléter l’évolution de l’épidémiologie des maladies infectieuses et l’utilisation de pratiques et de technologies de diagnostic en laboratoire plus récentes. Les changements apportés aux définitions de

cas des maladies à déclaration obligatoire de 1991 à 2016 sont documentés dans le rapport [Factors affecting Reportable Diseases in Ontario \(1991-2016\)](#) – (facteurs affectant les maladies à déclaration obligatoire en Ontario [1991-2016]) et dans l'[annexe](#) qui l'accompagne (en anglais seulement).<sup>9-10</sup>

## Classification des cas

---

Sauf indication contraire, les dénombrements de cas présentés dans cet outil ne comprennent que la classification des cas confirmés. La déclaration des cas probables n'est requise que pour certaines maladies, comme le précisent les définitions de cas provinciales figurant à l'[annexe 1](#) du protocole concernant les maladies infectieuses.<sup>8</sup>

Les cas probables sont inclus dans les chiffres totaux présentés dans l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario pour certaines maladies : amibiase, maladie de Lyme, oreillons, coqueluche, infection invasive à méningocoque, infection invasive à *Haemophilus influenzae* de tous types, et maladie due au virus du Nil occidental (VNO). La déclaration des cas probables pour ces maladies, à l'exception du virus du Nil occidental, a été instaurée à la suite des modifications apportées à la définition des cas en 2009, car certains cas qui répondaient auparavant à la définition de cas confirmé ont dû être déclarés comme probables. Par conséquent, les cas confirmés et probables sont inclus dans le nombre total de cas pour ces maladies dans cet outil afin d'assurer des comparaisons valables dans le temps (voir le Tableau 1 pour les dates spécifiques).

Pour la grande majorité des autres maladies qui ont été touchées de la même façon par les changements de définition de cas en 2009, l'impact sur le nombre global a été négligeable. Les cas probables pour ces maladies ne sont donc pas systématiquement inclus dans les dénombrements provinciaux.

**Tableau 1. Maladies incluant des cas probables dans le nombre total de cas**

Maladie	Classification des cas
Amibiase	Les cas probables d'amibiase ont été inclus dans les nombres totaux depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2009 en raison du changement d'interprétation des résultats des tests de laboratoire qui rapportaient auparavant les agents responsables : <i>Entamoeba histolytica</i> et <i>E. dispar</i> sans distinction entre les deux. Les cas dont les résultats ne font pas la différence entre l' <i>E. dispar</i> non pathogène et l' <i>E. histolytica</i> pathogène sont désormais considérés comme probables, alors qu'ils étaient auparavant considérés comme confirmés. L'impact de ce changement a été considérable. Par conséquent, les cas probables ont été inclus dans les nombres totaux depuis 2009 afin de garantir des comparaisons valables dans le temps pour l'amibiase.
	Les cas probables ont été inclus dans le nombre total de cas depuis le 28 avril 2009 afin de faciliter l'interprétation des tendances dans le temps.

Maladie	Classification des cas
Coqueluche	Les changements apportés aux tests de laboratoire peuvent également avoir un impact sur les tendances temporelles; les tests par réaction en chaîne de la polymérase (PCR), un outil de diagnostic plus sensible, ont été mis en œuvre pour la première fois en 1998, suivis par le test PCR en temps réel en 2005. En 2009, le seuil minimal utilisé pour déterminer un résultat positif à un test PCR a été relevé, ce qui a entraîné une réduction du nombre de cas positifs de coqueluche identifiés par PCR.
<i>Haemophilus influenzae</i>	Les cas probables ont été inclus dans le nombre total de cas depuis le 28 avril 2009 afin de faciliter l'établissement de tendances dans le temps. Depuis le 1 <sup>er</sup> mai 2018, tous les types d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> ont été désignés comme maladie d'importance pour la santé publique en Ontario. Auparavant, seul le type b devait être déclaré. Ainsi, les données sur le sérotype doivent être prises en compte lors de la comparaison des tendances au fil du temps.
Infection invasive à méningocoques	Les cas probables ont été inclus dans le nombre total de cas depuis le 28 avril 2009 afin de faciliter l'interprétation des tendances dans le temps.
Maladie de Lyme	L'impact de la modification dans la définition de cas a été considérable, étant donné que les cas probables signalés depuis 2009 constituaient une proportion importante du nombre total de cas. Par conséquent, les cas probables de maladie de Lyme ont été inclus dans le nombre total de cas depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2009 afin de garantir des comparaisons valables dans le temps.
Oreillons	Les cas probables ont été inclus dans le nombre total de cas depuis le 28 avril 2009 afin de faciliter l'interprétation des tendances dans le temps.
Virus du Nil occidental	Les cas confirmés et probables ont été inclus dans les comptages provinciaux depuis que la maladie a été déclarée en 2003.

Pour la **rougeole** et la **rubéole**, les cas probables sont exclus de la tendance temporelle historique bien qu'ils soient déclarés au niveau provincial. Ces maladies, ainsi que le syndrome de rubéole congénitale, ont été déclarées éliminées du Canada et des critères stricts sont nécessaires afin de confirmer ou d'exclure les nouveaux cas. Depuis 2012, ces critères ont été intégrés dans les activités de surveillance renforcées au niveau provincial afin de documenter l'élimination de la rougeole et de la rubéole, ce qui peut avoir une incidence sur l'interprétation des tendances de l'incidence de ces maladies. Malgré l'élimination, l'Ontario continue d'enregistrer des cas en raison de leur importation de régions du monde où ces maladies restent endémiques.

Pour l'**hépatite B**, les cas aigus confirmés sont saisis sous la description de classification comme « confirmé » (confirmé) dans le SIISP, tandis que les cas d'hépatite B chronique confirmés sont saisis sous la description de classification « carrier » (porteur). Lorsqu'un cas passe de l'infection aiguë à l'infection chronique, le bureau de santé publique crée un cas de porteur chronique, en plus du cas aigu confirmé

existant. Par conséquent, les comptages des cas d'hépatite B aiguë et chronique ne s'excluent pas mutuellement et ne sont pas additionnés, car cela entraînerait un double comptage de certains cas.

Les cas de **sida** et de **VIH** sont signalés dans le champ « Disease » (maladie) du SIISP sous le nom de « HIV/AIDS » (VIH/sida). Les cas de VIH qui n'ont pas évolué vers le sida ont à la fois un « Encounter Type » (type de consultation) et un « Diagnosis Status » (statut de diagnostic) de porteur. Les cas de VIH qui ont évolué vers le sida ont un type de consultation ainsi qu'un statut de diagnostic mis à jour comme confirmé (« Confirmed »). Afin de déterminer un nombre précis, les cas de VIH/SIDA ayant soit un type de consultation et un statut de diagnostic de « porteur » soit un type de consultation ainsi qu'un statut de diagnostic de « confirmé », sont comptés comme des cas de VIH en utilisant le champ « Encounter Date » soit la date de consultation (la date de la consultation au cours de laquelle le VIH a été déclaré). Les consultations VIH/SIDA avec un type de consultation et un statut de diagnostic de « confirmé » sont comptées comme des cas de SIDA sur la base de la date du statut de diagnostic (la date à laquelle le cas a été diagnostiqué comme étant un cas de SIDA — champ « Diagnosis Status Date »). Par conséquent, les comptages des cas de sida et de VIH ne s'excluent pas mutuellement et ne sont pas additionnés, car cela entraînerait un double comptage de certains cas.

## Gestion des données

---

### Période de référence

Le SIISP permet de saisir plusieurs dates pertinentes pour le cas. En Ontario, les cas de la plupart des maladies importantes pour la santé publique sont classés dans le temps à l'aide de la date de l'épisode, un champ estimant la date d'apparition des symptômes de la maladie pour un cas. La date de l'épisode est déterminée à l'aide de la hiérarchie suivante des champs de date dans le SIISP :

1. « Symptom Onset » Date (date d'apparition des symptômes)
2. « Specimen Collection Date » (date de prélèvement de l'échantillon)
3. « Lab Test Date » (date du test en laboratoire = date à laquelle le test en laboratoire a été effectué)
4. « Reported date » (date de déclaration = date à laquelle le cas a été déclaré au BSP)

Lors de l'extraction des données, la première date disponible dans la hiérarchie est sélectionnée comme date d'épisode pour chaque cas. Par exemple, si une date d'apparition des symptômes (« Onset Date ») est disponible pour un cas, elle est sélectionnée comme date d'épisode au lieu de la date de prélèvement de l'échantillon (« Specimen Collection Date ») et ainsi de suite. Dans certaines situations, les dates d'épisode saisies peuvent être beaucoup plus tardives que la date réelle d'apparition des symptômes, ce qui peut entraîner des marges d'erreur plus importantes en utilisant la date de déclaration ou la date de prélèvement de l'échantillon pour date d'apparition des symptômes.

Les cas sont attribués à une année particulière en fonction de la date de leur épisode. Il existe cependant quelques exceptions, par exemple, le VIH, l'hépatite B chronique, l'hépatite C, la tuberculose, la syphilis latente tardive et la neurosyphilis ne sont souvent pas diagnostiqués pendant de longues périodes et leur date de détection par la santé publique n'est généralement pas indicative de la date réelle à laquelle l'infection a été contractée. Par conséquent, dans certains cas, les cas inclus dans cet outil pour une année donnée sont des personnes qui ont contracté leur infection au cours des années précédentes et les données représentent les taux de nouveaux diagnostics plutôt que les taux de nouvelles infections.

Le VIH/SIDA et la tuberculose ne sont pas classés dans le temps en fonction de la date de l'épisode (« Episode Date »). Pour le VIH, le nombre de cas incidents est basé sur la date de la consultation (c'est-à-dire la date à laquelle la maladie a été officiellement reconnue : « Encounter Date »), également définie comme la date à laquelle un cas a été porté à la connaissance de la santé publique. Le nombre de cas incidents de sida et de tuberculose est basé sur la date du statut du diagnostic (« Diagnosis Status Date ») et la date du diagnostic (« Diagnosis Date »), c'est-à-dire la date correspondante au diagnostic posé de sida et de tuberculose.

Les nombres totaux de varicelle sont attribués à une année sur la base de l'année de déclaration de l'écllosion, comme indiqué dans le champ « Outbreak Reported Year Name » (champ composé du nom de l'écllosion et de l'année — les utilisateurs étant invités à nommer les écllosions en utilisant également l'année de déclaration). Si ce dernier champ est incomplet, c'est l'année qui y est mentionnée qui sera utilisée pour lui attribuer les cas. Si le nom de l'écllosion ne contient pas d'année dans ce format spécifié, c'est l'année de classification de l'écllosion qui sera utilisée (« Outbreak Classification Year Name »).

Les épidémies d'ICD sont attribuées à l'année d'apparition sur la base de la date de survenance du cas index de l'écllosion. Lorsque la date de survenance du cas index est manquante, la date de création de l'écllosion dans le SIISP est utilisée.

Le nombre de cas d'infection ou de colonisation par des EPC est basé sur la date de prélèvement des échantillons la plus ancienne. Les cas pour lesquels la date de prélèvement des échantillons était manquante ont été exclus. Les écllosions d'infection ou de colonisation par EPC sont comptées sur la base de la date de leur signalement.

Dans la Solution GCC, la date de l'épisode est basée sur la meilleure estimation de la date d'apparition de la maladie. Cette date est calculée sur la base, soit de la date d'apparition des symptômes, de la date de prélèvement de l'échantillon/du test pour le dépistage de la COVID-19, ou soit de la date à laquelle le cas de COVID-19 a été signalé à la santé publique (et non la date de prélèvement de l'échantillon ou du test).

Sauf indication contraire, l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario couvre la période de 2013 à 2022 pour la plupart des maladies. Voici cependant quelques exceptions :

- Les données relatives au SRAS-CoV-2 (COVID-19) sont présentées à partir de 2020. Cette maladie a été détectée pour la première fois en Ontario le 25 janvier 2020.

- Les données relatives à la blastomycose, à l'infection ou à la colonisation par les EPC et à l'infection par *Echinococcus multilocularis* sont présentées à partir de 2018. Ces maladies ont été désignées comme des maladies d'importance pour la santé publique en Ontario en date du 1<sup>er</sup> mai 2018.
- Les données relatives à l'orthopoxvirose simienne sont présentées à partir de mai 2022. Cette maladie a été désignée comme maladie d'importance pour la santé publique en Ontario le 16 juin 2022, bien que des cas aient été signalés à la province avant cette date. Les nombres de cas, les taux, les hospitalisations et les décès pour 2022 sont basés sur huit mois de données.

## Critères de vérification des cas

Cet outil inclut tous les cas confirmés (et probables, le cas échéant) de maladies d'importance pour la santé publique signalés par l'intermédiaire de la Solution GCC avec une date d'épisode comprise entre 2020 et 2022 et par l'intermédiaire du SIISP avec une date d'épisode comprise entre 2013 et 2022 (ou d'autres champs de date appropriés, comme indiqué ci-dessus dans la section [Période de référence](#)), avec les exclusions suivantes :

1. Les cas qui n'étaient pas résidents de l'Ontario au moment du diagnostic.
2. Les cas signalés identifiés dans le champ « Disposition Status » (statut de situation) comme « entered in error » (saisi par erreur), « does not meet definition » (ne correspond pas à la définition), « duplicate – do not use » (en double — ne pas utiliser) ou toute autre variation de ces valeurs.
3. Les événements rapportés en tant que manifestations cliniques inhabituelles (MCI) à la suite d'une vaccination et les données connexes, qui ont été publiés dans des [rapports](#) annuels distincts [sur la sécurité des vaccins](#) jusqu'en 2018 et qui sont actuellement publiés dans un [outil en ligne](#).<sup>11-12</sup>
4. Les cas signalés comme paralysie flasque aiguë, encéphalite, méningite, intoxication alimentaire ou syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).
5. Les éclosions de gastroentérite (dont l'agent étiologique n'est pas *Clostridioides difficile* dans un hôpital) et de maladies respiratoires dans les institutions et les hôpitaux publics.
6. Les cas pour lesquels il manque un numéro d'éclosion dans le SIISP (les cas sporadiques devant également se voir attribuer un numéro d'éclosion sporadique dans le SIISP, le cas échéant).

[L'Annexe 1](#) du présent document fournit une liste des maladies d'importance pour la santé publique en Ontario en 2022 et y mentionne les maladies exclues de cet outil.

## Réinfection et co-infections

Pour de nombreuses maladies d'importance pour la santé publique, l'immunité n'est pas conférée après l'infection ou diminue avec le temps, ce qui entraîne une susceptibilité continue et un risque de réinfection. On suppose que les cas représentant une réinfection, par opposition à une rechute, ont été évalués par les bureaux de santé publique avant d'être saisis dans le SIISP, sur la base de plusieurs facteurs, notamment le délai entre les deux épisodes et la période d'incubation de la maladie en question. Par conséquent, les

données relatives à la plupart des maladies figurant dans cet outil sont censées correspondre à de nouveaux épisodes d'une maladie ou à de véritables réinfections. Ainsi, une personne ayant connu plus d'un épisode de la même maladie au cours d'une même année peut contribuer à plus d'un cas de ladite maladie dans son nombre total de cas pour cette année dans la province. C'est le cas, par exemple, des personnes atteintes de chlamydia, de COVID-19, de gonorrhée ou de salmonellose. Pour les maladies causées par la bactérie *Salmonella*, les co-infections par deux sérotypes différents (par exemple, *Salmonella* Typhimurium et *Salmonella* Hadar) sont déclarées comme deux épisodes distincts de salmonellose. En outre, les co-infections avec plus d'un agent étiologique en même temps (par exemple, le complexe *Mycobacterium tuberculosis* et le VIH) sont déclarées comme deux épisodes différents, un pour chaque maladie causée par les agents co-infectants.

## Mesures descriptives

Les mesures descriptives utilisées dans l'outil pour caractériser l'épidémiologie des maladies importantes pour la santé publique en Ontario sont énumérées ci-dessous.

### Nombre de cas

Cette mesure fait référence au nombre de cas confirmés (et probables, le cas échéant) d'une maladie déclarée au cours d'une période donnée et au sein d'un sous-groupe (le cas échéant) qui répondent aux critères de vérification des cas décrits ci-dessus. Les maladies présentées dans le Tableau 2 sont des exceptions qui nécessitent une vérification supplémentaire sur la base des critères énumérés.

**Tableau 2. Critères de vérification supplémentaires pour le SIDA, les écloisions d'ICD dans les hôpitaux, les EPC, la grippe, la syphilis, la tuberculose et la varicelle**

Maladie	Critère(s) de vérification supplémentaire(s)
EPC	Le nombre de cas comprend les cas d'infection, les cas de colonisation et les cas non spécifiés. Lorsque plusieurs rapports concernant la même carbapénémase sont saisis dans le SIISP pour un client, seul le premier rapport est pris en compte.
ICD — écloisions dans les hôpitaux	Le 1 <sup>er</sup> septembre 2008, l'Ontario a modifié la réglementation afin que les écloisions d'ICD dans les hôpitaux publics soient déclarées aux BSP en vertu de la <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i> . <sup>1,13</sup> Les écloisions d'ICD dans les maisons de soins de longue durée déclarées comme des écloisions de gastroentérite en institution ont été exclues. Pour les analyses au niveau des écloisions, lorsque des divergences ont été observées entre le nombre total de cas d'ICD déclarés et le nombre de cas individuels pour l'épidémie, le nombre de cas (et de décès) a été déterminé sur la base du nombre le plus élevé. Pour les analyses au niveau des cas, seuls les dossiers individuels de cas confirmés associés à des écloisions confirmées d'ICD dans les hôpitaux ont été inclus dans les analyses démographiques et

Maladie	Critère(s) de vérification supplémentaire(s)
	des facteurs de risque. Les cas dont la classification n'avait pas le statut de « déclaré » (par exemple, les cas probables) ont été exclus.
Grippe	Depuis la mi-mars 2020, Santé publique Toronto a signalé un ensemble de cas sporadiques de grippe à Santé publique Ontario pour inclusion dans l'Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario. Ces cas ne sont pas saisis dans le SIISP, ce qui signifie que le décompte des cas de grippe depuis avril 2020 présenté dans l'outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario est incomplet. Pour obtenir des chiffres plus précis sur les cas de grippe saisonnière, consultez l'Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario.
SIDA	Le nombre de cas de SIDA est basé sur le premier diagnostic de SIDA chez un patient.
Syphilis	Ne comprend que les cas infectieux (c'est-à-dire la neurosyphilis primaire, secondaire, latente précoce et infectieuse).
Tuberculose	Ne comprend que les cas actifs dans le nombre des cas confirmés (les infections tuberculeuses latentes ne sont pas incluses).
Varicelle	La varicelle est déclarée à l'échelle provinciale sous forme de cas individuels et de cas agrégés. Pour les cas déclarés individuellement, qui représentent généralement le spectre le plus grave de la maladie (p. ex. les cas confirmés en laboratoire, les cas hospitalisés, les cas avec complications), seuls les cas confirmés sont inclus.  Les cas agrégés représentent le nombre total de cas déclarés dans la juridiction d'un BSP, ventilés par groupes d'âge prédéfinis. Ils ne contiennent pas de détails sur les cas individuels et peuvent inclure des cas qui ont été saisis comme des cas individuels, ainsi que ceux qui ne répondent pas aux critères de déclaration des cas individuels. Pour les cas agrégés, seuls les cas pour lesquels le champ « Outbreak Classification » (classification de l'éclosion) a été renseigné comme confirmé ont été inclus. <sup>14</sup>

## Taux

En général, le taux d'incidence est défini comme le nombre de nouveaux cas de maladie (ou de cas nouvellement déclarés/diagnostiqués pour certaines maladies) survenant au cours d'une période donnée. Dans l'ensemble de l'outil, le terme « Rate » (taux) fait référence à un taux annuel (par exemple, le nombre de cas observés pour 100 000 Ontariens par an), sauf indication contraire. Les taux d'incidence bruts ont été calculés en divisant le nombre total de cas au cours d'une année par le nombre total de personnes dans la population au cours de cette même année. Comme indiqué dans la section [Classification des cas](#) ci-dessus, le nombre total de cas pour certaines maladies peut inclure des cas confirmés et des cas probables. Les formules de calcul des taux globaux et spécifiques à la population utilisées dans l'outil sont indiquées ci-dessous (en utilisant l'exemple des taux présentés pour une période donnée pour 100 000 habitants).

Nombre de cas au cours d'une période et d'une population données

X 100 000

Nombre total de personne dans cette population au cours de cette même période

- **Taux global** : Nombre de nouveaux cas au cours d'une période donnée divisé par la population de l'Ontario au cours de cette même période, multiplié par 100 000.
- **Taux spécifique à un groupe** : Nombre de nouveaux cas dans un sous-groupe (p. ex., groupe d'âge, sexe, BSP ou RLISS) au cours d'une période donnée, divisé par la population de ce sous-groupe au cours de cette même période, multiplié par 100 000.
- **Taux néonatal** : Nombre de nouveaux cas congénitaux ou néonataux d'une maladie (cas survenant chez des nourrissons âgés de moins de 28 jours) au cours d'une période donnée, divisé par le nombre total de naissances vivantes au cours de cette même période, multiplié par 100 000. (Remarque : les naissances vivantes dont la zone géographique est inconnue sont incluses dans le nombre de naissances vivantes en Ontario pour cette période.)

**Remarque** : Lorsque les données sont téléchargées à l'aide de cet outil interactif, les valeurs zéro à droite de la décimale sont perdues (par exemple, 5,0 apparaît comme 5). Lors de l'utilisation de ces données, veillez à ce que toutes les valeurs de taux soient exprimées à une décimale près (par exemple, une valeur de 5 doit être changée en 5,0).

## Répartition géographique

Un BSP est une zone géographique desservie par un conseil de santé habilité à mettre en œuvre des programmes de santé publique. Les RLISS étaient des zones géographiques desservies par des sociétés qui planifiaient, intégraient et finançaient les soins de santé locaux. Les RLISS, rebaptisés Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, coordonnent désormais les soins à domicile et les soins communautaires en Ontario. Le nombre de cas et les taux par BSP et par RLISS sont disponibles sous l'onglet « Maps » (cartes) pour toutes les années disponibles pour une maladie.

## Attribution aux bureaux de santé publique

### CAS

Dans le SIISP, la répartition des cas par zone géographique est basée sur le bureau de santé qui établit le diagnostic (BSD — « DHU » en anglais). Le BSD est le bureau de santé publique de la région dans laquelle le cas résidait au moment où il a été détecté pour la première fois, ce qui ne correspond pas nécessairement au lieu d'exposition ou de diagnostic. Le bulletin n° 13 du SIISP fournit des détails supplémentaires sur les scénarios dans lesquels un BSP est considéré comme un BSD.<sup>15</sup> Dans la Solution GCC, le champ « Permanent

Health Unit » (bureau de santé permanent) est l'équivalent du BSD dans le SIISP. Par souci de simplicité, le terme BSD est utilisé pour désigner à la fois le bureau de santé qui a établi le diagnostic et le bureau de santé permanent dans le présent document et dans l'outil interactif on parlera de « DHU ».

Les taux d'incidence par BSP présentés dans l'onglet des cartes (Maps) sont regroupés en cinq catégories : une catégorie représentant l'incidence la plus faible (souvent zéro) et quatre strates déterminées en divisant l'intervalle entre le taux d'incidence le plus faible et le plus élevé du BSP en quatre intervalles égaux. Ces fourchettes de taux sont déterminées sur la base de l'ensemble de la période incluse dans l'outil pour la maladie (c'est-à-dire de 2013 à 2022 pour la plupart des maladies) et les mêmes catégories sont appliquées à toutes les années de données. Les catégories d'intervalles de taux changent lorsque différentes options de sexe et/ou de groupes d'âge sont sélectionnées.

## ÉCLOSIONS D'ICD ET D'EPC

La répartition des cas et des éclosions d'ICD est basée sur le bureau de santé initial, c'est-à-dire le bureau de santé publique où se trouve l'hôpital qui déclare l'éclosion. Alors que les cas d'EPC sont répartis en fonction du BSD, les éclosions d'EPC sont réparties en fonction du bureau de santé initial.

## Attribution aux Réseaux locaux d'intégration des services de santé

### CAS

Pour les cas des BSD qui se trouvent entièrement à l'intérieur du périmètre d'action d'un RLISS, le RLISS correspondant est attribué au cas. Pour les cas des BSD qui relèvent de plusieurs RLISS, l'attribution des cas aux RLISS est basée sur deux champs d'adresse dans le SIISP : celui du code postal de l'adresse du client au moment de la maladie (« postal code ») et celui de la ville de l'adresse du client au moment de la maladie (« city »). Pour la Solution GCC, les cas des BSD qui relèvent de plusieurs RLISS sont attribués aux RLISS en fonction du code postal du lieu de résidence du cas au moment du diagnostic (« postal code ») et de la ville de résidence du cas au moment de la maladie (« city »). Cette approche a permis d'attribuer plus de 95 % de tous les cas à un RLISS, avec une certaine variabilité selon le BSP et la maladie. Un cas n'est pas attribué à un RLISS si :

- le BSD du cas est rattaché à plus d'un RLISS **et**
- la ville du cas est également rattachée à plus d'un RLISS, **ou** il manque l'information sur la ville et le code postal.

Le nombre de cas qui ne peuvent pas être attribués à un RLISS est indiqué dans la boîte de description sous l'onglet « Maps » (cartes) pour chaque maladie.

Les fichiers de données/de renseignements suivants sont utilisés en combinaison avec les données extraites du SIISP ou de la Solution GCC pour attribuer les limites des RLISS aux cas :

- Le *Fichier de conversion des codes postaux (FCCP) de juin 2023* et les *Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement — 2018* de Statistique Canada pour convertir les codes postaux en aires de diffusion (AD), puis en limites des RLISS.

- Le fichier de données de Postes Canada, extrait du SIISP le 5 décembre 2017, pour identifier les codes postaux associés à chaque ville.
- La [liste des BSP attribués à chaque RLISS](#) afin d'identifier les bureaux de santé publique qui sont entièrement situés à l'intérieur d'un seul RLISS.<sup>16</sup>

Les taux d'incidence par RLISS présentés dans l'onglet « Maps » (cartes) sont regroupés en cinq catégories, selon la même méthodologie que celle utilisée pour déterminer les catégories de fourchettes de taux pour les taux d'incidence des BSP (voir la section ci-dessus).

## ÉCLOSIONS D'ICD ET D'EPC

L'attribution des éclosions d'ICD et d'EPC à un RLISS est fondée sur les renseignements fournis dans les champs « Outbreak name » (nom de l'éclosion [numéro principal et nom de l'établissement]) et « Exposure address » (adresse à laquelle l'exposition a eu lieu) dans le SIISP. La liste des rapports sur la sécurité des patients tenue par SPO a été utilisée pour identifier les changements historiques apportés aux numéros principaux et aux noms des établissements au fil du temps. Les [codes du système de numérotation principal](#) du ministère de la Santé ont été utilisés pour identifier le RLISS dans lequel chaque éclosion s'est produite en fonction du code du numéro principal ou du nom de l'établissement.<sup>17</sup> En utilisant cette approche, les limites du RLISS ont été attribuées pour 100 % des éclosions d'ICD et d'EPC incluses dans l'outil.

## Répartition en fonction de l'âge

Les groupes d'âge pour la plupart des maladies sont basés sur les groupes d'âge standard de cinq et dix ans. Pour les maladies évitables par la vaccination, les groupes d'âge sont établis en tenant compte de l'épidémiologie de la maladie et, dans certains cas, de l'âge de la vaccination recommandée. Les cas dont la date de naissance est inconnue ou dont l'âge calculé est inférieur à zéro ou supérieur à 120 ans ont été classés comme ayant un âge inconnu. Les cas d'âge inconnu sont inclus dans le calcul des chiffres et des taux globaux, mais sont exclus du calcul des taux par âge.

## Sexe

Cet outil utilise le terme « sex » (sexe) pour faire référence aux valeurs déclarées pour le champ du genre dans le SIISP. Exception faite pour l'orthopoxvirose simienne, qui utilise le terme « gender » (genre). Trois valeurs pour le sexe (pour le genre dans le cas de l'orthopoxvirose simienne) sont tirées des données saisies dans le SIISP : « Male » (homme), « Female » (femme) et « Did Not Specify Male or Female » (n'a pas spécifié homme ou femme). Les renseignements provenant de ces trois champs sont combinés lors de la présentation des chiffres ou des taux globaux. Pour les taux spécifiques au sexe ou au genre, seules les données relatives aux hommes et aux femmes sont présentées.

Pour la COVID-19, l'information sur les hommes et les femmes provient du champ « sex » (sexe) de la Solution GCC et est censée représenter le sexe assigné à la naissance. Le 14 octobre 2021, des modifications ont été apportées à la Solution GCC afin de permettre la production de rapports sur le champ du sexe lorsque ce champ de données est complété par des renseignements archivés sur les hommes/femmes précédemment saisis dans le champ du genre.

## Incidence mensuelle

Pour certaines maladies, le nombre de cas survenus au cours de chaque mois est disponible en tant qu'option pour le graphique des tendances. Pour l'ICD, le nombre d'éclosions chaque mois est comparé à la moyenne mensuelle des éclosions pour les cinq années précédentes.

## Hospitalisations

Cette mesure fait référence au nombre de cas déclarés comme ayant été hospitalisés en raison de leur maladie, au moment de l'extraction des données. Dans cet outil, un cas est considéré comme hospitalisé si au moins une date d'admission à l'hôpital a été enregistrée et que cette date est survenue 60 jours ou moins avant la date de l'épisode ou 90 jours ou moins après la date de l'épisode. L'application d'un intervalle a pour but d'exclure les dates d'admission à l'hôpital qui se situent en dehors d'un intervalle raisonnable pour être attribuées à la maladie, par rapport à la date de l'épisode. L'intervalle a été choisi pour servir de seuil pouvant être appliqué de manière uniforme à toutes les maladies tout en incluant la majorité des dossiers hospitaliers qui se situent dans un intervalle raisonnable par rapport à la date de l'épisode.

Les hospitalisations pour COVID-19 comprennent tous les cas admis à l'hôpital (ou dont le séjour à l'hôpital a été prolongé) en raison de la COVID-19. Cela inclut les cas qui sont sortis de l'hôpital, les cas qui sont actuellement à l'hôpital et les cas de l'unité de soins intensifs (USI), mais exclut les visites aux urgences. Les admissions à l'hôpital ont été identifiées par une date d'admission à l'hôpital ou par un « Yes » (oui) à l'hospitalisation ou à l'unité de soins intensifs (« hospitalization/ICU. »). Si la date d'admission à l'hôpital est manquante, la date d'admission à l'unité de soins intensifs est utilisée (le cas échéant). En l'absence de date d'admission à l'USI, c'est la date de signalement qui est utilisée. La date d'admission à l'hôpital correspond à la première date d'admission enregistrée dans le dossier. Les transferts entre services hospitaliers (par exemple, à un niveau de soins alternatif [NSA]) ne sont pas pris en compte dans la date d'admission à l'hôpital.

Les visites aux urgences ne sont pas incluses dans le nombre d'hospitalisations déclarées. Il convient de noter qu'une sous-déclaration des hospitalisations peut se produire dans le SIISP et la Solution GCC, en particulier si l'hospitalisation a eu lieu après la clôture du suivi par le BSP.

Le statut d'hospitalisation n'est pas indiqué pour toutes les maladies dans cet outil et n'est disponible que pour les années 2015 à 2022 pour les maladies extraites du SIISP, à l'exception de l'orthopoxvirose simienne (disponible pour 2022 uniquement). Les hospitalisations liées à la COVID-19 sont disponibles pour les années 2020 et suivantes. Les indicateurs de gravité (hospitalisations et décès) pour la grippe ne sont pas systématiquement collectés et enregistrés dans le SIISP et doivent donc être interprétés avec prudence.

## Décès

Cette mesure fait référence au nombre de cas déclarés comme étant décédés des suites de leur maladie, au moment de l'extraction des données. Pour la plupart des maladies incluses dans cet outil, un cas est considéré comme décédé si au moins une issue fatale a été enregistrée au niveau du cas et si le type/la cause du décès est une valeur autre que « reportable disease was unrelated to cause of death » (la maladie

à déclarer n'était pas liée à la cause du décès). Les cas présentant plusieurs types/causes de décès sont considérés comme mortels s'il existe au moins une valeur dans ce champ autre que « reportable disease was unrelated to cause of death » (la maladie à déclarer n'était pas liée à la cause du décès).

Pour la tuberculose, tout cas dont la date de décès est saisie dans le SIISP est considéré comme fatal, sauf si la seule cause de décès saisie dans le dossier du SIISP est « reportable disease was unrelated to cause of death » (la maladie à déclarer n'était pas liée à la cause du décès). Les critères pour la tuberculose sont différents de ceux de la plupart des autres maladies parce que le module sur la tuberculose est configuré différemment dans le SIISP et que les critères généraux n'ont pas pu y être appliqués. Il convient de noter qu'il peut y avoir des différences de suivi entre les BSP dans la détermination des résultats pour toutes les maladies à déclaration obligatoire, ainsi que dans la manière dont les décès sont saisis dans les champs « type/cause of death » (type/cause du décès) du SIISP.

Pour les cas associés à une épidémie d'ICD déclarés avant 2015, tous les cas confirmés qui ont été déclarés avec une issue fatale ou dont la date de décès est survenue pendant la période d'éclosion sont comptés comme des cas fatals. Pour les cas associés à une épidémie d'ICD déclarés à partir de 2015, tous les cas confirmés déclarés avec une issue fatale sont comptés comme des cas fatals. Tous les décès déclarés sont classés dans la catégorie « all-cause » (toutes causes confondues) et peuvent être ou non directement attribuables à l'ICD.

Un cas mortel de COVID-19 est défini comme un décès résultant d'une maladie cliniquement compatible dans un cas confirmé de COVID-19, à moins qu'il n'existe une autre cause évidente de décès qui ne peut être liée à la COVID-19 (p. ex., un traumatisme). Il ne doit pas y avoir de période de guérison complète entre la maladie et le décès signalé. Les décès sont déterminés à l'aide des champs « Outcome » (issue) et « Type of Death » (type de décès) de la Solution GCC. Les décès COVID-19 sont comptabilisés lorsque la valeur du champ « Outcome » (issue) est « fatal » (fatale) et que celle du champ « Type of Death » (type de décès) n'est pas « DOPHS was unrelated to cause of death » (la maladie importante pour la santé publique en Ontario n'était pas liée à la cause du décès) ou « Under PHU Review » (en cours d'examen au BSP). Les décès dus à la COVID-19 sont établis dans le temps à l'aide du champ « Date of Death » (date du décès) dans la Solution GCC. Si la date du décès est manquante, le champ de la date relative à l'issue est utilisé comme substitut.

Une sous-déclaration des décès peut se produire dans le SIISP et la Solution GCC, en particulier si les décès sont survenus après la clôture du suivi effectué par le BSP. Les cas survenus en 2022 pour lesquels le traitement est en cours ou si la maladie est chronique, peuvent s'avérer mortels quelque temps après l'extraction des données; ces décès ne seraient pas pris en compte dans cet outil. Les données sur la létalité en 2022 pour l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH/SIDA et la tuberculose sont susceptibles d'être affectées par ces facteurs.

Les décès ne sont pas rapportés pour toutes les maladies dans cet outil et ne sont disponibles que pour les années 2015 à 2022 pour les maladies extraites du SIISP, à l'exception de la blastomycose (à partir de 2018) et de l'orthopoxvirose simienne (disponible uniquement pour 2022). Les décès attribuables à la COVID-19 sont disponibles à partir de 2020.

## Détails sur l'organisme

Pour certaines maladies, l'outil fournit le nombre et la proportion de cas qui représentent des variations distinctes d'une espèce, d'un sous-type, d'un sérotype, d'un séro groupe ou d'un génotype spécifique d'un agent pathogène responsable d'une maladie, pour les années 2015 à 2022.

## Statut vaccinal

Le statut vaccinal est rapporté pour l'*haemophilus influenzae*, la rougeole, l'infection invasive à méningocoques, les oreillons, la rubéole et le tétanos pour les années 2015 à 2022 et est déterminé par une évaluation des dossiers d'immunisation saisis dans le SIISP. En l'absence de toute preuve d'immunisation, les cas désignés comme non vaccinés dans la section des facteurs de risque du SIISP sont catégorisés comme non vaccinés. Lorsqu'un cas n'a pas de dossier d'immunisation ou d'information sur le fait qu'il est ou non vacciné dans la section des facteurs de risque du SIISP, le cas est catégorisé comme ayant un statut vaccinal inconnu. Les vaccinations sont déclarées pour les cas qui ont reçu au moins une dose d'un vaccin lié à la maladie concernée avant le début de leur maladie. Toutes les vaccinations enregistrées ne sont pas considérées comme valides; par exemple, les vaccins administrés avant l'âge minimum indiqué ou les vaccins qui ne protègent pas contre le sérotype/sérogroupe responsable de la maladie sont exclus de l'analyse. Les commentaires sur la validité et l'adéquation des vaccinations sont inclus dans la section de l'outil consacrée au statut vaccinal.

## Statut d'importation

Le statut d'importation est rapporté pour les cas de rougeole et de rubéole pour les années 2015 à 2022. Un cas de rougeole ou de rubéole est considéré comme importé si la personne a voyagé hors du Canada respectivement de 7 à 21 jours et de 14 à 21 jours avant l'apparition des symptômes de la rougeole et de la rubéole.<sup>18</sup> Le statut d'importation est déterminé par l'examen des renseignements saisis dans le champ du facteur de risque du SIISP. De plus, les données envoyées au Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole dans le cadre de la surveillance nationale renforcée de la rougeole et de la rubéole ont été consultées afin de valider les renseignements sur les voyages dans le SIISP.

## Facteurs de risque

---

Pour les cas d'EPC et les analyses au cas par cas d'éclotions d'ICD dans les hôpitaux, le nombre et la proportion de cas rattachés à chaque facteur de risque est donné. Seuls les cas ayant déclaré au moins un facteur de risque ont été inclus dans les analyses de facteurs de risque. Les cas peuvent déclarer plus d'un facteur de risque. Pour l'ICD, les facteurs de risque sont rapportés depuis 2015.

Pour les cas d'EPC, à la suite de changements dans les configurations de champs dans le SIISP, les variables de facteur de risque qui reprenaient des concepts identiques ou similaires ont été combinées comme suit :

1. Le facteur de risque « Hospitalization in Canada in the last 12 months » (hospitalisation au Canada au cours des 12 derniers mois) inclut les cas ayant répondu « Yes » (oui) aux facteurs de risque suivants :
  - « Previous hospitalization at the reporting hospital in the last 12 months » (hospitalisation antérieure à l'hôpital déclarant au cours des 12 derniers mois)
  - « Hospitalization in Canada in the last 12 months » (hospitalisation au Canada au cours des 12 derniers mois)
  - « Other inpatient hospitalization in Canada in the last 12 months » (autre hospitalisation au Canada au cours des 12 derniers mois)
2. Le facteur de risque « Received health care outside of Canada in the last 12 months » (soins de santé reçus à l'étranger au cours des 12 derniers mois) comprend les cas ayant répondu « Yes » (oui) aux facteurs de risque suivants :
  - « Medical/Surgical procedure outside of Canada in the last 12 months » (intervention médicale/chirurgicale à l'étranger au cours des 12 derniers mois)
  - « Hospitalization outside of Canada in the last 12 months » (hospitalisation à l'étranger au cours des 12 derniers mois)
3. Par souci de cohérence, on a supposé que si les cas avaient indiqué qu'ils avaient reçu des soins de santé à l'étranger comme facteur de risque (voir ci-dessus), ils avaient également voyagé à l'étranger au cours des 12 derniers mois.

## Types de résistance

Les carbapénémases déclarées ont été extraites du champ « Subtype Name » (nom du sous-type). Les catégories de carbapénémases comprennent la New Delhi métallo- $\beta$ -lactamase (NDM), les carbapénémases de type oxacillinase-48 (OXA-48), la *Klebsiella pneumoniae* carbapénémase (KPC), la Verona Integron métallo- $\beta$ -lactamase (VIM) et « Autre » pour toutes les autres carbapénémases, telles que *Serratia marcescens* enzyme (SME) ou Guiana extended-spectrum- $\beta$ -lactamase (GES). Un cas d'EPC peut comporter plus d'une carbapénémase, ce qui est signalé comme un épisode unique d'EPC avec plusieurs carbapénémases (par exemple, KPC et OXA-48).

## Analyse des échantillons

Les données sur les analyses des échantillons de SPO ont été utilisées pour calculer le pourcentage de positivité pour la chlamydia, la gonorrhée, la légionellose et la grippe. Sauf indication contraire, ces calculs sont basés sur les échantillons reçus et testés à SPO du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Pour la chlamydia et la gonorrhée, le nombre de tests positifs, négatifs et le nombre total d'analyses effectuées à SPO sont indiqués. Seuls les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) réalisés à partir de prélèvements cervicaux, urinaires, urétraux, rectaux et pharyngés sont inclus. Les échantillons rectaux et pharyngés sont acceptés pour les TAAN depuis avril 2018. Ces données ne comprennent pas les tests effectués

dans les laboratoires privés de la province, qui réalisent la majorité des tests de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée en Ontario. Le pourcentage de positivité pour la chlamydia est calculé comme le nombre d'échantillons positifs pour *Chlamydia trachomatis* divisé par le nombre total d'échantillons testés pour cet agent pathogène. Le pourcentage de positivité pour la gonorrhée est calculé comme le nombre d'échantillons positifs pour *Neisseria gonorrhoeae* divisé par le nombre total d'échantillons testés pour cet agent pathogène.

Pour la légionellose, le pourcentage de positivité et le nombre total de patients testés à SPO sont fournis. Le mois associé à chaque test a été calculé sur la base de la date à laquelle SPO a reçu l'échantillon. Les données représentent les patients uniques testés pour la *Legionella* par antigène urinaire, PCR ou culture. Le pourcentage de positivité est calculé comme le nombre de patients positifs à la *Legionella* divisé par le nombre total de patients testés pour cet agent pathogène.

Pour la grippe, le pourcentage de positivité et le nombre total d'échantillons testés à SPO pour la grippe A (H3 et H1N1 pdm09) et la grippe B sont donnés. Ces données n'incluent pas les tests effectués dans les laboratoires privés de la province, qui réalisent la majorité des tests de dépistage de la grippe en Ontario. Les données représentent des échantillons uniques testés pour la grippe par culture, PCR ou multiplex. La semaine associée à chaque échantillon a été calculée du dimanche au samedi (semaines de Surveillance ÉpiGrippe) et se base sur la date à laquelle l'échantillon a été reçu par SPO. Le pourcentage de positivité est calculé comme le nombre d'échantillons positifs à la grippe A ou B divisé par le nombre total d'échantillons testés pour la grippe.

## Résistance aux médicaments

Les données de SPO sur la résistance aux médicaments pour la tuberculose ont été utilisées pour fournir le nombre de cas de tuberculose multirésistante et de cas de tuberculose ultrarésistante. Ces chiffres sont basés sur les échantillons reçus et testés à SPO entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le 31 décembre 2022.

## Analyse

---

Les analyses de données et la présentation de l'outil en ligne ont été réalisées à l'aide de SAS 9.4 et d'un code JavaScript personnalisé. Les différences identifiées dans les taux et les chiffres d'une période à l'autre, entre l'Ontario et le Canada et entre les sous-groupes sont basées sur la population et n'ont donc pas fait l'objet d'une analyse de significativité statistique.

## Limites des données

---

### Exactitude des données

SPO coordonne un exercice annuel de nettoyage des données avec les BSP afin d'examiner les cas/événements d'importance pour la santé publique survenus dans leur périmètre d'action dans le but

d'améliorer la qualité des données du SIISP. Le processus annuel de nettoyage des données de 2019 et 2020 a été interrompu en raison de la pandémie de COVID-19. L'initiative annuelle a repris pour les données de 2021. Toutefois, la capacité des bureaux de santé publique à participer au processus a pu varier. Par conséquent, l'exhaustivité des données de 2019, 2020, 2021 et 2022 peut être limitée et les tendances devraient être interprétées avec prudence.

Toutes les données extraites du SIISP ou de la Solution GCC, y compris les données utilisées dans cet outil, représentent un instantané au moment de l'extraction et peuvent différer des rapports antérieurs ou ultérieurs. Des divergences entre les chiffres et les taux de maladies fournis dans cet outil et d'autres données publiées peuvent survenir pour les raisons suivantes :

- Optimisation du nettoyage des données pour certaines analyses, telles que le couplage des données du SIISP et des données de laboratoire et la réconciliation ultérieure dans le SIISP.
- Rapports tardifs
- Initiatives locales et/ou provinciales de nettoyage des données
- Différences dans les dates d'extraction des données

Lorsqu'une telle variabilité existe, les données fournies dans la version la plus récente de cet outil, d'autres outils et produits de surveillance de SPO (p. ex., les [rapports trimestriels de surveillance des maladies infectieuses](#)) ou encore des recherches publiées, peuvent constituer une source plus appropriée en fonction de la façon dont la méthodologie, les mises en garde concernant les données et/ou les dates d'extraction s'alignent sur l'utilisation prévue de ces données.<sup>19</sup>

## RLISS

Dans certaines situations, les cas n'ont pas été assignés à un RLISS. Un cas n'a pas été assigné à un RLISS si :

- le BSD du cas est rattaché à plus d'un RLISS **et**
- la ville du cas est également rattachée à plus d'un RLISS **ou** il manque l'information sur la ville et le code postal.

Dans cet outil, plus de 95 % de tous les cas ont été attribués à un RLISS, mais avec une certaine variabilité en fonction du BSP et de la maladie.

## Petites proportions de certaines maladies

Pour certaines maladies, la variabilité observée des taux d'incidence spécifiques à la population doit être interprétée avec prudence en raison du faible nombre de cas, pouvant être exacerbée par de petits dénominateurs (population). C'est pourquoi les utilisateurs de cet outil doivent être conscients que ces taux pourraient ne pas être tout à fait représentatifs.

## Sous-déclaration

Les systèmes de surveillance passive, tels que le SIISP et la Solution GCC, qui s'appuient principalement sur les déclarations obligatoires des maladies par les fournisseurs de soins de santé et les laboratoires, peuvent se caractériser par une sous-déclaration de la véritable charge de la maladie. Pour les maladies saisies dans le SIISP, le nombre de cas ne représente que les cas connus signalés aux bureaux de santé publique et enregistrés dans le système. Le niveau de sous-déclaration qui en résulte peut varier d'une maladie à l'autre en raison de divers facteurs, tels que la sensibilisation à la maladie, les comportements de recherche de soins de santé, la disponibilité des soins de santé, la gravité de la maladie, la pratique clinique, les méthodes d'analyse en laboratoire et les comportements de déclaration; cependant, l'ampleur de la sous-déclaration pour chaque maladie importante pour la santé publique est inconnue.

Les personnes asymptomatiques colonisées par des EPC ne sont identifiées et déclarées que si elles subissent un dépistage dans un établissement de soins de santé. Par conséquent, les cas colonisés enregistrés par la surveillance provinciale sont plus susceptibles d'avoir des conditions médicales chroniques sous-jacentes qui prédisposent leur accès aux soins de santé, tandis que les cas asymptomatiques dans la communauté sont probablement sous-représentés. Actuellement, les établissements de soins de santé mettent en œuvre des programmes de dépistage des EPC dont la cohérence peut varier. Étant donné l'hétérogénéité des pratiques de dépistage des EPC dans les établissements de soins de santé de l'Ontario, il est probable que les colonisations soient sous-déclarées. En outre, il existe un risque de classification erronée des colonisations et des infections en raison de la variabilité de l'interprétation de la présentation symptomatique.

Les données sur la COVID-19 ne représentent que les cas déclarés aux bureaux de santé publique et enregistrés dans la Solution GCC. Par conséquent, tous les chiffres sont sujets à une sous-déclaration en raison de divers facteurs, tels que la sensibilisation à la maladie et les comportements de recherche de soins médicaux, qui peuvent dépendre de la gravité de la maladie, de la pratique clinique, des changements dans les tests de laboratoire et des comportements en matière de déclaration.

## Doublons

Le risque de doublons existe, car les ensembles de doublons n'ont pas été identifiés et exclus à moins qu'ils n'aient été résolus avant l'extraction des données au niveau local ou provincial. L'inclusion de doublons entraînerait une surdéclaration. (Remarque : une exception a été faite pour les données de la Solution GCC, et les doublons relatifs à la COVID-19 ont été supprimés.)

## Données manquantes (données non déclarées par les BSP)

La qualité des données (exhaustivité) est plus faible pour certains champs que pour d'autres. Les hospitalisations et les décès sont sous-déclarés dans le SIISP et la Solution GCC, le niveau de sous-déclaration étant influencé par la gravité de la maladie et des incidences qui y sont associées (p. ex., moins de sous-déclarations si la maladie ou les incidences sont plus graves) et le moment de l'événement (p. ex., il y a probablement moins de sous-déclarations si l'hospitalisation ou le décès survient peu de temps après

l'apparition des symptômes ou avant la clôture de l'enquête du cas par le bureau de santé publique). La sous-déclaration des facteurs de risque, du statut vaccinal et des données de laboratoire spécifiques (p. ex., le sérotype, le génotype) peut également se produire. En général, le niveau de sous-déclaration est influencé par une combinaison de facteurs, notamment le suivi incomplet des cas (p. ex., le cas n'est pas joignable), la saisie incomplète ou tardive des données dans le SIISP/la Solution GCC, et l'apparition de complications après la fin du suivi. Une proportion élevée de données manquantes ou incomplètes pourrait donner lieu à des conclusions ou à des interprétations qui ne sont pas représentatives de l'épidémiologie sous-jacente de la maladie.

# Suggestion de modèles pour citer différents éléments

---

## Modèle de citation pour l’outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l’Ontario; 2023 [cité le JJ mois AAAA]. Accessible à l’adresse : <https://www.publichealthontario.ca/en/data-and-analysis/infectious-disease/reportable-disease-trends-annually>

### Conseils pour les citations

- Il est important d’inclure une date de citation afin de refléter de manière transparente l’actualité des données.
- Utilisez l’URL spécifique à la maladie plutôt que le rapport principal. Les URL ne sont pas incluses pour les graphiques ou les cartes, car elles sont propres à chaque maladie, et non aux sélections spécifiques effectuées pour générer un graphique ou une carte en particulier.
- Les détails concernant les sources de données sont disponibles dans la section [Sources de données](#) de ce document.

## Modèle de citation pour une maladie spécifique

### Format générique de citation

Auteur. Nom de l’outil interactif : maladie spécifique [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l’Ontario; année [date de citation]. Accessible à : URL

### Exemple

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : chlamydia [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l’Ontario; 2023 [cité le 17 décembre 2023]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/reportable-disease-trends-annually#/11>.

## Format pour citer la source d'un graphique

### Format générique de citation

Source : Auteur. Nom de l'outil interactif : titre spécifique tel qu'il apparaît sur le graphique [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; année [date de citation].

#### Exemple

Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : cas de gonorrhée par âge, tous sexes confondus, en Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 17 décembre 2023].

## Format pour citer la source d'une carte

### Format générique de citation

Source : Auteur. Nom de l'outil interactif : titre spécifique tel qu'il apparaît sur la carte [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; année [date de citation].

#### Exemple

Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : taux de tuberculose chez les hommes, tous âges confondus en 2013 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 17 décembre 2023].

## Format pour citer la source de données téléchargées

### Format générique de citation

Source : Source des données telles qu'elles ont été extraites et/ou reçues par l'auteur. Nom de l'outil interactif : titre spécifique tel qu'il apparaît sur le graphique, la carte ou tout autre onglet [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; année [date de citation].

#### Exemple

Source : Sources de données telles qu'extraites et/ou reçues par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Tendances des maladies infectieuses en Ontario : taux et cas de virus du Nil, tous âges et tous sexes confondus, en Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 17 décembre 2023].

# Bibliographie

---

1. Règlement de l'Ontario 135/18 : *Désignation de maladies*. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180135>
2. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
3. R.R.O. 1990, Règlement 569. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900569>
4. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation. Date d'entrée en vigueur : juin 2021 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [modifié en juin 2021; cité le 12 décembre 2023]. Accessible à : <https://files.ontario.ca/moh-ontario-public-health-standards-fr-2021.pdf>
5. Ontario. Ministère des Soins de longue durée, Division de la santé de la population et de la santé publique. Protocole concernant les maladies infectieuses. Date d'entrée en vigueur : juillet 2023 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023. Accessible à : <https://files.ontario.ca/moh-infectious-disease-protocol-fr-2023.pdf>
6. Agence de la santé publique du Canada. Graphiques de maladies à déclaration obligatoire [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada; 2021 [cité le 27 septembre 2022]. Accessible à : <https://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/liste-graphiques>
7. Agence de la santé publique du Canada. Définitions de cas : maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada; 2020 [cité le 16 novembre 2022]. Accessible à : <https://diseases.canada.ca/notifiable/diseases-list>
8. Ontario. Ministère de la Santé. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation. Protocole concernant les maladies infectieuses. Annexe 1, définitions de cas et information propre à chaque maladie au niveau provincial [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 11 décembre 2023]. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/normes-de-sante-publique-de-lontario-exigences-relatives-aux-programmes-aux-services-et-la#section-2>
9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Factors affecting reportable diseases in Ontario: case definition changes and associated trends 1991-2016 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 10 novembre 2020]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2018/factors-reportable-diseases-ontario-1991-2016.pdf?la=en&hash=A10D37CEE72926746247664DEA6E8E503AFAE0B2>
10. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Appendix: factors affecting reportable diseases in Ontario: case definition changes and associated trends in Ontario: 1991-2016 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 16 novembre 2020]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/A/2018/appendix-factors-reportable-diseases-ontario-1991-2016.pdf?la=en&hash=EB2D15578B8C35E7DDFD64D8B192C27AD2025443>

11. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Archives sur la surveillance de l'innocuité des vaccins [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 8 novembre 2022]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/vaccine-safety/vaccine-safety-surveillance-archive>
12. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outil de surveillance de l'innocuité des vaccins [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 16 novembre 2020]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/vaccine-safety#/trends>
13. Règlement de l'Ontario 558/91 : Classement des maladies transmissibles. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/910558>
14. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. iPHIS final outbreak summary: user guide, version 5. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2008.
15. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). iPHIS Bulletin #13: transferring client responsibility, revised March 2020 [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2006 [cité le 8 décembre 2021]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/i/2020/iphis-bulletin-client-responsibility.pdf>
16. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Services de soins de santé dans votre communauté : bureaux de santé publique [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019 [modifié le 7 juin 2022; cité le 14 septembre 2022]. Accessible à : <https://www.ontario.ca/fr/page/emplacements-des-bureaux-de-sante>
17. Ontario. Ministère de la Santé; ministère des Soins de longue durée. Rapports du ministère : Système de numérotation principal [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 25 octobre 2023]. Accessible à : <https://files.ontario.ca/moh-2022-master-numbering-system-codes-en-2023-04-03.xlsx>
18. Lim GH, Deeks SL, Fediurek J, Gubbay J, Crowcroft NS. Consignation de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et de l'embryopathie rubéolique en Ontario : 2009-2012. Relevé des maladies transmissibles au Canada. 2014;40(8) : 143-51. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2014-40/rmtc-volume-40-8-17-avril-2014/rmtc-volume-40-8-17-avril-2014-3.html>
19. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Rapports trimestriels de surveillance des maladies infectieuses [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [modifié le 15 septembre 2022; cité le 19 octobre 2020]. Accessible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/infectious-diseases-monthly>

# Annexe 1 : Maladies d'importance pour la santé publique et classifications des cas à déclaration obligatoire : Ontario, 2022

Le tableau A1 résume les maladies d'importance pour la santé publique, telles que spécifiées dans le [Règlement de l'Ontario 135/18<sup>1</sup>](#) et les modifications apportées par la [Loi sur la protection et la promotion de la santé<sup>2</sup>](#), ainsi que les classifications des cas à déclaration obligatoire qui y sont associés, comme stipulé dans l'[annexe 1](#) du Protocole concernant les maladies infectieuses.

**Tableau A1. Maladies d'importance pour la santé publique et classifications des cas à déclaration obligatoire en Ontario en 2022**

Maladies d'importance pour la santé publique	Classifications des cas à déclaration obligatoire
Amibiase <sup>3</sup>	Confirmé, probable
Anthrax	Confirmé, probable, suspecté
Blastomycose <sup>4</sup>	Confirmé, probable
Botulisme	Confirmé, probable, suspecté
Brucellose	Confirmé, probable
Chancre mou	Confirmé, probable
<i>Chlamydia trachomatis</i> (infections à)	Confirmé, probable
Choléra	Confirmé, probable
<i>Clostridium difficile</i> (ICD) — éclosions d'infection d'ICD dans les hôpitaux publics <sup>5</sup>	Confirmé
Coqueluche <sup>3</sup>	Confirmé, probable
Creutzfeldt-Jacob, tous types confondus (maladie de)	Confirmé, probable, suspecté
Cryptosporidiose	Confirmé, probable
Cyclospore	Confirmé, probable
Diphthérie	Confirmé, probable

Maladies d'importance pour la santé publique	Classifications des cas à déclaration obligatoire
<i>Echinococcus multilocularis</i> <sup>4</sup> (infection à)	Confirmé, probable
Éclosions d'infections respiratoires dans les institutions et les hôpitaux publics <sup>1</sup>	Non applicable
<i>E. coli</i> producteur de vérotoxine y compris le syndrome hémolytique et urémique (Infection à)	Confirmé, probable
Encéphalite <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virale primaire,</li> <li>• Postinfectieuse</li> <li>• Consécutive à un vaccin</li> <li>• Panencéphalite sclérosante subaiguë</li> <li>• Inconnue</li> </ul>	Confirmé, probable
Entérite à <i>Campylobacter</i>	Confirmé, probable
<i>Entérobactériacées</i> productrices de la carbapénémase (EPC) — (infection ou colonisation <sup>4</sup> )	Confirmé
Fièvres hémorragiques, y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie à virus Ebola</li> <li>• Maladie à virus de Marburg</li> <li>• Fièvre de Lassa</li> <li>• Autres causes virales, y compris les bunyavirus, les arénavirus et les flavivirus</li> </ul>	Confirmé, probable
Fièvre paratyphoïde	Confirmé, probable
Fièvre Q	Confirmé, probable
Fièvre typhoïde	Confirmé, probable
Gastroentérite — éclosions survenant dans des institutions <sup>1</sup>	Sans objet
Giardiase, sauf les cas asymptomatiques	Confirmé, probable
Gonorrhée	Confirmé, probable
Grippe	Confirmé
Hépatite A	Confirmé, probable
Hépatite B <sup>6</sup>	Confirmé, chronique, probable
Hépatite C	Confirmé

Maladies d'importance pour la santé publique	Classifications des cas à déclaration obligatoire
Intoxication alimentaire, toutes causes confondues <sup>1</sup>	Confirmé, probable, suspecté
Intoxication paralysante par les mollusques <sup>2</sup>	Confirmé, probable
Légionellose	Confirmé, probable
Lèpre	Confirmé, probable
Listériose	Confirmé, probable
Maladie à <i>Haemophilus influenzae</i> , tous types confondus, invasive <sup>3,4</sup>	Confirmé, probable
Maladies causées par un nouveau coronavirus <sup>1</sup> , y compris le coronavirus 2019 (COVID-19), le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)	Confirmé, présumé confirmé, probable, cas de réinfection basée sur les résultats de laboratoire (COVID-19 uniquement), cas de réinfection établie d'après des critères de temps (COVID-19 uniquement)
Manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une immunisation (MCI) <sup>1</sup>	Confirmé
Maladie de Lyme <sup>3</sup>	Confirmé, probable
Méningite aiguë <sup>1</sup>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bactérienne</li> <li>• Virale</li> <li>• Autre type</li> </ul>	Confirmé, probable
Méningocoques (infection invasive à <sup>3</sup> )	Confirmé, probable
Ophthalmie du nouveau-né	Confirmé, probable
Oreillons <sup>3</sup>	Confirmé, probable
Paralysie flasque aiguë (PFA) <sup>1,2</sup>	Confirmé
Peste	Confirmé, probable
Pneumococcie invasive	Confirmé
Poliomyélite aiguë	Confirmé
Psittacose/ornithose	Confirmé, probable
Rage	Confirmé, probable

Maladies d'importance pour la santé publique	Classifications des cas à déclaration obligatoire
Rougeole	Confirmé, probable
Rubéole	Confirmé, probable
Rubéole congénitale (syndrome de)	Confirmé, probable
Salmonellose	Confirmé, probable
Shigellose	Confirmé, probable
SRAS-CoV-2 (COVID-19) <sup>7</sup> (maladie)	Confirmé, probable
streptocoques du groupe A (infection invasive à)	Confirmé
streptocoques du groupe B (infection périnatale à)	Confirmé, probable
Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA)	Confirmé
Syndrome pulmonaire à hantavirus	Confirmé
Syphilis infectieuse	Confirmé
Tétanos	Confirmé
Trichinose	Confirmé, probable
Tuberculose	Confirmé, suspecté
Tularémie	Confirmé, probable
Varicelle	Confirmé
Varirole et autres orthopoxvirus, y compris l'orthopoxvirose simienne <sup>8</sup> (varirole du singe)	Confirmé, probable, suspecté, personne faisant l'objet d'une enquête
Virus du Nil occidental <sup>3</sup>	Confirmé, probable
Yersiniose	Confirmé, probable

**Source :** MSSLD. Protocole concernant les maladies infectieuses, 2018. Annexe B : Définitions des cas provinciales.

1. Maladie non incluse dans cet outil.
2. Ces maladies sont devenues à déclaration obligatoire en date du 4 décembre 2013.
3. Les cas confirmés et probables de ces maladies sont inclus dans cet outil, alors que seuls les cas confirmés sont inclus pour d'autres maladies.
4. La maladie a été désignée comme maladie d'importance pour la santé publique le 1<sup>er</sup> mai 2018. Pour l'infection invasive à *Haemophilus influenzae*, tous les types d'*Haemophilus influenzae* ont été désignés comme maladie d'importance pour la santé publique à partir du 1<sup>er</sup> mai 2018, avant quoi seul le type b devait être déclaré.
5. L'infection à *Clostridium difficile* est désormais plus communément appelée infection à *Clostridioides difficile*.
6. La classification des cas chroniques (porteurs) a été ajoutée en 2012.
7. Cette maladie est à déclaration obligatoire depuis le 22 janvier 2020.
8. Cette maladie est à déclaration obligatoire depuis le 16 juin 2022.

## Annexe 2 : Résumé des mises à jour apportées à l’outil interactif de suivi des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario

Voici les mises à jour apportées à l’outil interactif de suivi [des tendances liées aux maladies infectieuses en Ontario](#). Pour plus de renseignements sur les mises à jour, veuillez écrire à [data@oahpp.ca](mailto:data@oahpp.ca).

Description	Date
Ajout d’une nouvelle maladie <ul style="list-style-type: none"><li>Orthopoxvirose simienne</li></ul>	Décembre 2023
Modification de la page sur la blastomycose pour présenter les données relatives aux décès.	Décembre 2023
Modification de la page sur le syndrome de rubéole congénitale pour présenter un onglet « Overview » (vue d’ensemble). Suppression des onglets « trends » (tendances), « map » (carte), « hospitalizations » (hospitalisations), « deaths » (décès), « importation status » (statut d’importation) et « immunization status » (statut vaccinal).	Décembre 2023
Suppression des renseignements sur le paludisme et la fièvre jaune	Décembre 2023
Ajout de nouvelles données pour 2022 pour les maladies existantes; réextraction des données de 2013 à 2021 et mise à jour de l’outil.	Décembre 2023
Mise à jour du tableau 2 des notes techniques afin d’inclure les critères de vérification des cas de SIDA et de grippe.	Mai 2023
Ajout de nouvelles données pour 2021 pour les maladies existantes; réextraction des données de 2012 à 2020 et mise à jour de l’outil.	Septembre 2022
Ajout de nouvelles données pour 2020 pour les maladies existantes; réextraction des données de 2011 à 19 et mise à jour de l’outil.	Septembre 2021
Ajout d’une nouvelle maladie : <ul style="list-style-type: none"><li>COVID-19</li></ul>	Septembre 2021
Ajout de nouvelles données pour 2019 pour les maladies existantes; réextraction des données de 2010 à 2018 et mise à jour de l’outil.	Septembre 2020
Mise à jour du nombre de bureaux de santé publique à 34 en raison de la fusion des bureaux de santé de Huron et de Perth.	Septembre 2020

Description	Date
Ajout de nouvelles données pour 2018 pour les maladies existantes, à l'exception du paludisme et de la fièvre jaune; extraction des données de 2005 à 2017 et mise à jour de l'outil.	Novembre 2019
Ajout de nouvelles maladies : <ul style="list-style-type: none"> <li>Blastomycose</li> <li>Infection ou colonisation par des <i>entérobactériacées</i> productrices de la carbapénémase (EPC)</li> <li>Infection à <i>Echinococcus multilocularis</i></li> </ul>	Novembre 2019
Modification de la page sur les infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b pour présenter les données sur les infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> , tous types confondus, à partir de 2018.	Novembre 2019
Mise à jour du nombre de bureaux de santé publique, de 34 à 35 en raison de la fusion des bureaux de santé publique d'Oxford, d'Elgin et de St. Thomas.	Novembre 2019
Ajout de nouvelles données pour 2017; réextraction des données de 2005 à 2016 et mise à jour de l'outil.	Novembre 2018
Ajout des données du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) aux cartes interactives	Mars 2018
Ajout de nouvelles données pour 2016; réextraction des données de 2005 à 2015 et mise à jour de l'outil.	Décembre 2017
Ajout de graphiques interactifs et d'une carte pour les éclosions d'infection à <i>Clostridium difficile</i> (ICD) dans les hôpitaux.	Décembre 2017
Ajout de graphiques interactifs pour présenter les données de 2016 sur les analyses des échantillons de chlamydia, de gonorrhée, de grippe et de légionellose.	Décembre 2017
Ajout d'information sur la résistance aux médicaments pour les cas de tuberculose de 2016	Décembre 2017

**Santé publique Ontario**  
661, avenue University, bureau 1701  
Toronto, ON  
M5G 1M1  
416 235-6556  
[communications@oahpp.ca](mailto:communications@oahpp.ca)  
[publichealthontario.ca](http://publichealthontario.ca)

Ontario 