

Données pertinentes

En Ontario, au début de la pandémie de COVID-19, il a été prouvé que l'intégration de données sociodémographiques a contribué à réduire les inégalités, telles que mesurées par les ratios de taux de cas de COVID-19, et a permis d'apporter une réponse plus équitable en matière de santé publique. Santé publique Toronto a commencé à recueillir des données sur la race/l'origine ethnique, les revenus et le logement en mai 2020. En juillet 2020, Toronto a annoncé des mesures de santé publique dans les zones les plus touchées afin d'améliorer l'équité de la réponse à la pandémie. Ces actions comprenaient des campagnes de santé publique multilingues basées sur la communauté, des tests dans la communauté et des sites de dépistage mobiles, des masques gratuits, des sites d'isolement volontaire gratuits, des plaidoyers pour la prévention des expulsions, des programmes de salubrité alimentaire, un accès numérique gratuit et des services de garde d'enfants d'urgence. En juin 2020, la population latino présentait le taux de cas COVID-19 le plus élevé par rapport à la population blanche, mais ce taux a diminué à partir de juillet 2020.²⁷ De même, le ratio des taux de cas dans la population noire a également diminué tout au long de l'année 2020. Les travaux de modélisation menés en Ontario ont également contribué à la stratégie de vaccination contre le virus de la COVID-19 dans cette province, en montrant qu'en donnant la priorité aux zones les plus touchées et aux travailleurs essentiels, on éviterait beaucoup plus d'hospitalisations, d'admissions en soins intensifs et de décès dus au virus de la COVID-19.^{28,29}

Principales considérations

- Il convient de définir les activités (par exemple, les inégalités entre les personnes qui participent aux activités de surveillance, celles qui ont la capacité de surveiller et celles qui supportent le fardeau de la surveillance) ainsi que le partage et les avantages (par exemple, les personnes qui ont accès ou non aux données de surveillance et celles qui bénéficient ou non des activités de surveillance).
- Le terme « communautés » doit être interprété de multiples façons, notamment dans le sens de communautés géographiques, de communautés qui partagent des traditions, des valeurs ou une identité commune, et de communautés qui partagent un état de santé, par exemple.
- Des stratégies visant à générer des données de surveillance et à surveiller les maladies virales respiratoires pour les groupes ou les communautés présentant un risque plus élevé d'effets indésirables (en raison de facteurs biologiques ou sociaux) devraient être mises en place avant le début des activités de surveillance afin de minimiser les risques de dommages sanitaires et sociaux. Cette stratégie nécessitera un engagement communautaire significatif afin de renforcer les partenariats et de garantir la prise en compte des valeurs et des préoccupations des communautés lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'utilisation des données de surveillance.
- L'engagement de communautés telles que les populations autochtones qui ont été historiquement marginalisées peut nécessiter des ressources supplémentaires pour soutenir ces efforts afin de participer activement à ces activités (voir recommandation 4).
- Les résultats des activités de surveillance et les implications relatives aux mesures et politiques de santé publique correspondantes devraient être communiqués aux publics cibles concernés, y compris ceux qui sont ciblés et touchés par ces activités de manière claire, transparente et en temps utile, ils devraient se fonder sur des données probantes et être orientés vers l'action, afin d'éclairer les réponses locales, régionales et provinciales.

Communautés des Premières Nations

Recommandation

Nous recommandons au gouvernement de l'Ontario de renforcer la capacité des communautés des Premières Nations à obtenir et à utiliser des données de santé publique pertinentes pour éclairer les stratégies locales de surveillance des virus respiratoires, la préparation des hôpitaux et de la santé publique locaux, et la réponse opportune aux enquêtes sur les épidémies en partenariat avec les autorités sanitaires provinciales et fédérales.

Lacunes actuelles

À l'heure actuelle, de nombreuses communautés des Premières Nations et les autorités sanitaires locales, provinciales et fédérales ne partagent pas les renseignements essentiels en temps voulu, ce qui entraîne des programmes de surveillance de piètre qualité. En raison des lacunes importantes en matière de coordination, de partage des données et de services, un cadre de responsabilité en matière de données de santé doit être élaboré en collaboration avec les communautés des Premières Nations, qui sont les gardiennes de leurs données de santé.

Fondement

Les principes de souveraineté des données autochtones, tels que les Principes de PCAPMD (propriété, contrôle, accès, possession) des Premières Nations, les 4 principes PCAI des Métis du Manitoba (propriété, contrôle, accès et intendance) et les principes de l'Inuit Qaujimajatuqangit affirment que les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont un droit sur les données qui identifient leur peuple ou leurs communautés, et un droit de déterminer l'utilisation de ces données de manière à favoriser la santé et l'autodétermination.³⁰ Bien que l'engagement avec les autorités de santé publique fédérales, provinciales et locales soit plus spécifique aux communautés des Premières Nations, la souveraineté des données s'applique à l'ensemble des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des populations autochtones urbaines de l'Ontario.

Données pertinentes

Il est prouvé qu'en Ontario, de nombreuses communautés urbaines nordiques, quasi nordiques et marginalisées sont confrontées à des contraintes liées à l'accès aux soins de santé primaires et spécialisés, à l'accès aux tests et aux résultats, et à des chaînes d'approvisionnement fiables ; les communautés des Premières Nations sont confrontées à la complexité supplémentaire de la surveillance juridictionnelle des autorités sanitaires fédérales au sein d'une autorité sanitaire provinciale plus large, ce qui contribue à compliquer la mise en place de programmes de surveillance de haute qualité. Les populations autochtones urbaines doivent également participer à la détermination de leur inclusion et de leur identification dans les systèmes de surveillance, conformément à l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC 2) et aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation.^{31,32}

Principales considérations

- Les programmes de surveillance des virus respiratoires impliquant des communautés indigènes peuvent être différents les uns des autres en fonction de facteurs locaux tels que les besoins de santé de la population, l'accès aux tests et aux résultats, l'accès aux soins actifs et spécialisés, et la présence d'un programme de surveillance environnementale.

- Une approche de l'utilisation des données de surveillance autochtones pour éclairer la réponse pourrait consister à disposer de seuils prédéfinis et déterminés localement pour les signaux cliniques et environnementaux sentinelles afin de renforcer les efforts de surveillance communautaire, tels que les tests viraux respiratoires, ainsi que les réponses du système de santé, comme l'augmentation du personnel, de la capacité des lits et de l'accès aux transports pour faciliter les transferts vers des centres offrant des soins spécialisés.

Gouvernance des données

Recommandation

Nous recommandons que le gouvernement de l'Ontario adopte les principes de gouvernance des données, tels que décrits dans la Charte canadienne des données de santé³³ et le Rapport du Conseil ontarien des données sur la santé,³⁴ afin d'intégrer et de normaliser la collecte de données dans les systèmes de santé et de laboratoire.

Lacunes actuelles

La gestion de l'information présente actuellement des lacunes majeures qui empêchent l'information et les tests déjà collectés d'être utilisés par tous les partenaires et décideurs du secteur de la santé. Cette incapacité à rassembler, coordonner, analyser et préparer des données utiles ne pourra pas se régler entièrement sans un investissement substantiel et coordonné dans la gouvernance, la politique, l'interopérabilité, la maîtrise des données et la confiance du public (comme indiqué dans la recommandation 9) pour renforcer la base et la gouvernance des données de santé.

Fondement

Les données de santé étant considérées comme un atout stratégique et un bien public, la gouvernance des données est essentielle pour garantir la conception, l'accès et l'utilisation d'informations de santé centrées sur l'individu. Il s'agit notamment de garantir la qualité, la sécurité et la confidentialité des données de santé afin de maximiser les avantages et de réduire les inconvénients pour les individus et les populations.

Données pertinentes

L'accès en temps voulu à des données de santé de qualité permet d'effectuer des recherches sur les besoins individuels en matière de santé et d'y répondre, ainsi que de mettre en place des programmes et des services de santé de qualité afin d'améliorer les résultats en matière de santé et d'équité pour les individus, les communautés et les populations.³⁵ La Charte canadienne des données de santé, le Rapport du Conseil ontarien des données sur la santé et les partenariats entre l'ICES de l'Ontario et diverses organisations et communautés indigènes fournissent des principes directeurs pour renforcer la gouvernance des données de santé globales et indigènes en vue d'améliorer les résultats en matière de santé des individus, des communautés et des populations en Ontario.³⁶ Le *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* est un exemple de système de surveillance de la santé publique renforcé par l'utilisation de données ouvertes. Depuis sa création en 1984, les responsables de la santé publique aux États-Unis ont utilisé le BRFSS pour la surveillance en temps réel et la réponse aux urgences de santé publique, y compris pour les ravages de l'ouragan Katrina en 2005, pour l'adoption du vaccin H1N1 pendant la pandémie de grippe de 2009 et, plus récemment, pour les menaces pour la santé publique liées à la sécheresse.³⁷ Il est accès totalement en libre accès depuis 2014.

Principales considérations

- Des investissements en ressources et en leadership sont nécessaires pour garantir la faisabilité de la mise en œuvre des principes de la gouvernance des données.
- L'avantage supplémentaire de la Charte canadienne des données de santé réside dans sa portabilité entre les provinces et les territoires, ce qui laisse présager une amélioration de la conception, de la gestion, de l'interopérabilité, de l'accès et de la portabilité des données de santé dans l'ensemble des provinces et des territoires.

Partage des données

Recommandation

Nous recommandons au gouvernement de l'Ontario de rationaliser les processus et les politiques de partage des données afin d'améliorer l'utilité et l'accès à la surveillance et aux données sanitaires et sociodémographiques pertinentes.

Lacunes actuelles

Les données pertinentes relatives aux laboratoires, aux soins de santé, à la santé publique et aux aspects socioéconomiques sont actuellement cloisonnées. Les politiques restrictives de partage des données ne permettent pas d'accéder en temps utile aux données nécessaires pour soutenir des mesures d'atténuation des virus respiratoires fondées sur des données probantes, en tenant compte des effets à long terme sur la santé de la population et des inégalités sociales. Une législation facilitant le partage des données entre institutions de confiance permettra la mise en place d'un système de surveillance intersectorielle solide.

Fondement

En l'absence actuelle d'une organisation unique chargée de ce rôle de coordination des systèmes de surveillance provinciaux, ces efforts visant à améliorer la surveillance interinstitutionnelle continueront à progresser lentement et à entraîner des blocages inutiles. Pour rationaliser ces activités et éviter les frictions, un organisme central de coordination devrait être chargé de la gestion des données et servir de point de contact avec les fournisseurs de données actuels de la chaîne d'approvisionnement du système intégré de surveillance des virus respiratoires, comprenant (mais sans s'y limiter) l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le ministère de la Santé (MSAN), le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires (MSESC), les hôpitaux et les bureaux de santé publique, ainsi que d'autres intervenants pertinents, tels que les hôpitaux, les chercheurs, les partenaires communautaires, les responsables de la protection de la vie privée et le grand public.

Données pertinentes

Le protocole de partage des données de la Nouvelle-Écosse a accéléré le partage des données entre des partenaires de santé de confiance, qui est passé de plusieurs mois à quelques jours, réduisant ainsi la paperasserie inutile et facilitant les collaborations et l'accès aux données en temps voulu.³³ Aux États-Unis, la mise en œuvre actuelle du *Trusted Exchange Framework and Common Agreement (TEFCA)* et la réunion annuelle *Health Datapalooza* rassemblent des institutions et des individus pour promouvoir des partenariats innovants en matière de données de santé.^{38,39} Ces partenariats permettent de mettre

l'accent sur le patient en soutenant le partage sécurisé des données cliniques avec des partenaires publics et privés de confiance, et de réduire les obstacles à l'accès et à l'utilisation des données de santé.

Principales considérations

- Une chaîne d'approvisionnement innovante et équitable en systèmes d'information sur la surveillance des virus respiratoires devrait également exploiter des données existantes qui ne sont actuellement pas prises en compte dans les systèmes de surveillance traditionnels, afin d'offrir une meilleure compréhension de la santé de la population et des inégalités sociales. Par exemple, l'absentéisme scolaire peut constituer un indicateur plus précoce de la transmission virale que les données de surveillance syndromique ou clinique.⁶
- Les liens avec les données sociodémographiques, y compris la profession, la race et l'origine ethnique, le quartier et d'autres facteurs socioéconomiques pertinents, soutiendront les efforts de surveillance visant à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités en matière de santé (voir la recommandation 3).
- Il existe des solutions spécifiques pour surmonter les obstacles à l'accès aux données de surveillance en temps utile. Ces solutions comprennent l'automatisation des processus de nettoyage et de partage des données, et la normalisation des accords de partage des données qui amélioreront encore l'accès en temps voulu, tout en garantissant que cela se fasse de manière sûre et responsable. Ces efforts amélioreront l'utilité et l'accès aux données de surveillance de l'Ontario afin d'éclairer la prise de décision en matière de santé publique et la modélisation du système de santé, tout en réduisant les exigences inutiles en matière d'administration et de gestion des données. Ces solutions potentielles sont proposées en plus des solutions offertes par l'adoption de la Charte canadienne des données de santé (recommandation 5).³³
- Compte tenu de son rôle actuel dans la facilitation de l'utilisation interinstitutionnelle des données de surveillance des virus respiratoires pendant la pandémie de COVID-19 et de son expertise scientifique en matière de surveillance des virus respiratoires, le ministère de la Santé pourrait envisager d'inclure le rôle de responsable de la gestion des données dans le mandat de Santé publique Ontario, par exemple.
- Des protocoles doivent être mis en place et respectés pour garantir un équilibre approprié entre le partage des données et la protection de la vie privée, y compris la dépersonnalisation des données, l'accès limité aux institutions de confiance et aux personnes habilitées, et le respect des exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé.⁴⁰
- Bien que la propriété des données sur la santé soit complexe et que de multiples entités soient impliquées, il est nécessaire que ces processus de partage de données aient lieu au niveau fédéral afin d'intégrer les flux de données provinciales sur les êtres humains, les animaux et l'environnement (voir la recommandation 2) et de renforcer une surveillance efficace dans les provinces et les territoires.

Efficacité des systèmes d'information

Recommandation

Nous recommandons au gouvernement de l'Ontario de réduire la fragmentation et les redondances afin d'exploiter la valeur des systèmes d'information de laboratoire, de santé publique et de

syndromes cliniques existants, pour améliorer le signalement en temps voulu des tendances virales à l'échelle locale et provinciale.

Lacunes actuelles

La fragmentation des systèmes d'information tels que le système d'information des laboratoires de l'Ontario, les dossiers médicaux électroniques et les bases de données de santé publique favorise la duplication des efforts et limite la capacité des parties prenantes multisectorielles à obtenir une image complète et en temps réel des tendances des virus respiratoires et de la charge de morbidité, tant au niveau provincial que régional. Cette fragmentation rend difficiles l'interprétation et l'exploitation des données pertinentes en temps opportun. L'intégration des systèmes d'information sanitaire existants pendant la pandémie de COVID-19 a démontré la valeur complémentaire des laboratoires, de la santé publique et de la surveillance syndromique pour comprendre la dynamique de transmission du SRAS-CoV-2 dans la population. Toutefois, l'accès aux tests et l'intégration des résultats pour la grippe et le VRS restent limités et cloisonnés. Les systèmes de surveillance fédéraux, provinciaux et régionaux peuvent avoir des structures de déclaration redondantes ou qui se chevauchent, ce qui peut compromettre les analyses de risque au niveau de la population, la communication et l'élaboration de politiques efficaces.

Fondement

Des données syndromiques, de laboratoire et de santé publique agrégées et intégrées en temps utile sont essentielles pour comprendre la dynamique de la transmission et la charge clinique afin d'éclairer les réponses de la santé publique et du système de soins de santé. La surveillance doit être opportune et efficace, validée de manière appropriée et largement partagée entre les secteurs et les décideurs locaux et provinciaux. La surveillance pour la détection et le suivi des syndromes cliniques pourrait inclure des données sur les visites dans les services de soins primaires et d'urgence, les admissions à l'hôpital, les admissions en soins intensifs et les décès.^{41,42} Elle peut inclure les ventes communautaires d'antiviraux par les pharmacies, ou l'absentéisme dans les écoles ou sur les lieux de travail.^{43,44} Le renforcement du système de surveillance devrait être bidirectionnel, de sorte que les indicateurs de surveillance clinique d'une activité respiratoire accrue conduiraient à une amélioration des tests de laboratoire et à d'autres mesures permettant de comprendre, de modéliser et d'atténuer les poussées de maladies respiratoires. Inversement, l'identification accrue en laboratoire des virus sentinelles permettrait de renforcer la surveillance clinique et celle des éclosions, ainsi que leur préparation.⁴⁵

Données pertinentes

Les données suggèrent que les données syndromiques pourraient détecter les saisons ou les épidémies de virus respiratoires plus tôt ou en même temps que les données sur les cas confirmés en laboratoire, en utilisant des sources de surveillance syndromique clinique telles que les appels d'ambulance ou au 911, les visites dans les services de soins primaires et dans les services d'urgence, et les hospitalisations.⁶

Principales considérations

- La surveillance du SRAS-CoV-2, de la grippe, du VRS et d'autres virus respiratoires devrait inclure la collecte et l'intégration de données provenant de milieux cliniques, d'éclosions, de tests de laboratoire et de la surveillance des eaux usées (voir la recommandation 8). Cela permettrait d'améliorer la préparation et la réponse d'urgence, entraînant une incidence sur la dotation en personnel des cliniques et des hôpitaux, sur la disponibilité des lits d'urgence, y compris l'augmentation de la capacité dans les unités de soins intensifs, l'extension et

l'amélioration de la capacité des laboratoires et des mesures de prévention et de contrôle des infections, ainsi que l'augmentation de la vaccination et des traitements.

- Le séquençage du SRAS-CoV-2 a joué un rôle majeur dans la détection et la surveillance des variants préoccupants. Il est nécessaire de combiner en temps opportun les données sur les variants provenant des voyages et des infections acquises localement pour améliorer leur utilité, et l'information concernant la faisabilité et l'utilité du séquençage du virus de la grippe et d'autres virus prioritaires sont en cours d'exploration à l'échelle internationale et devraient être évalués en Ontario. Le séquençage permet notamment de suivre l'adaptation, l'évolution et la mutation des agents pathogènes présentant un potentiel épidémique et pandémique. La caractérisation et le séquençage des virus sont également essentiels au processus de recherche et de développement qui aboutit à des diagnostics, des thérapies et des vaccins.⁴⁶
- Bien que complémentaires, les plateformes de gestion des laboratoires, de syndromes et des éclosions sont susceptibles de sous-estimer la charge de morbidité en raison de biais dans l'accès aux soins de santé et l'utilisation des ressources, en particulier au sein des communautés marginalisées et à faible revenu qui souffrent d'inégalités en matière de soins de santé.

Surveillance des eaux usées

Recommandation

Nous recommandons au gouvernement de l'Ontario de poursuivre la surveillance des eaux usées pour le SRAS-CoV-2 et d'évaluer son rôle pour la grippe et le VRS, afin de détecter rapidement les virus et d'identifier les variants préoccupants, et de réduire les inégalités existantes en matière de surveillance clinique.

Lacunes actuelles

Une stratégie reposant sur une surveillance clinique isolée ne donne qu'un aperçu limité de la dynamique de transmission au niveau de la population et de la charge de morbidité, en particulier dans les régions où l'incidence de la maladie est faible, où la densité de population est faible et/ou où l'accès à des tests en temps utile est limité. Contrairement au SRAS-CoV-2, les stratégies de surveillance de la grippe et du VRS continuent de s'appuyer sur des indicateurs cliniques tardifs d'hospitalisation et de positivité des tests de laboratoire, ces derniers se limitant principalement aux personnes devant être hospitalisées. Il est nécessaire de continuer à investir dans des sites sentinelles pour la surveillance des eaux usées au cours de la prochaine saison respiratoire afin de mieux comprendre la dynamique de la co-circulation du SRAS-CoV-2, de la grippe et du VRS dans la population. Ces renseignements peuvent servir de base à des actions visant à prévenir ou à atténuer les effets prévus sur la santé.

Fondement

L'échantillonnage des eaux usées est un outil de surveillance des virus respiratoires basé sur la population et indépendant de l'accès et de l'utilisation des tests et des ressources sanitaires par les individus.¹⁶

Données pertinentes

L'analyse et la surveillance des eaux usées ont joué un rôle essentiel en Ontario et dans le monde en tant que signal d'alerte précoce de l'émergence d'un agent pathogène (par exemple, l'orthopoxvirose

simienne) ou de variants préoccupants liés à un agent pathogène (par exemple, le variant Omicron du SRAS-CoV-2), précédant d'une à deux semaines les vagues d'activité clinique, ainsi que les augmentations de la demande de services de santé (SRAS-CoV-2, grippe A, VRS) au sein de la population.⁴⁷⁻⁴⁹ Pendant la pandémie de COVID-19 en Ontario, les données sur les eaux usées ont été utilisées par la plupart des bureaux de santé publique pour suivre les tendances de l'excrétion virale dans le temps et comme indicateur précoce des changements dans l'incidence, en particulier après la réduction de la disponibilité des tests cliniques du SRAS-CoV-2 à la fin de l'année 2021.^{50,51}

Principales considérations

- La surveillance en temps réel des tendances des agents pathogènes dans les eaux usées peut réduire les inégalités qui existent dans les modèles traditionnels de surveillance clinique en ce qui concerne l'accès aux tests, la notification en temps voulu et les hospitalisations.⁵² Pendant la pandémie de COVID-19, l'analyse des eaux usées dans les quartiers urbains, les zones rurales, les communautés autochtones et les lieux d'hébergement collectif tels que les maisons de soins de longue durée et les refuges a permis d'élaborer des stratégies de surveillance clinique et de collaborer avec des populations ayant un accès inégal aux services de santé.^{50,53,54}
- Dans les zones rurales non raccordées aux réseaux d'égouts, les obstacles à la participation aux stratégies de surveillance de l'environnement peuvent être réduits grâce à des infrastructures supplémentaires et à des protocoles d'échantillonnage adaptés.
- Un programme de surveillance des eaux usées durable, étendu et géographiquement représentatif repose sur une solide collaboration interdisciplinaire entre les acteurs de la santé publique, de l'environnement, du monde universitaire et de la communauté, pour la mise en œuvre, l'intégration avec les systèmes de surveillance clinique, l'analyse et l'interprétation des données en vue de la communication et de l'obtention de résultats exploitables.⁵⁵

Accès à l'information sur la santé

Recommandation

Nous recommandons au gouvernement de l'Ontario d'améliorer les rapports publics en favorisant l'accès en temps opportun à des données sanitaires significatives et complètes par le public, les décideurs, les chercheurs et le personnel de santé.

Lacunes actuelles

L'une des principales limites du système ontarien est l'absence de rapports publics, qui a également été constatée dans de nombreuses autres régions. Par exemple, il n'existe pas de document explicatif et accessible au public décrivant les processus d'accélération et de ralentissement des tests et autres activités de surveillance en cas de détection d'une épidémie ou d'une pandémie.⁷

Fondement

Les données de surveillance de la santé publique sont considérées comme un bien public.⁵⁶ Il s'agit d'un atout fondamental qui accroît l'efficacité et l'efficacités du système de santé publique grâce au partage des données en temps utile. Ce partage accroît la capacité d'utiliser les données pour agir parmi tous les utilisateurs de données de santé, y compris le public, les décideurs, les chercheurs et le personnel de santé, afin d'éclairer les politiques et les pratiques de santé.

Données pertinentes

Pendant la pandémie de COVID-19, les initiatives de l'Ontario en matière de données ouvertes ont rendu les informations sur la COVID-19 plus transparente et ont permis aux chercheurs et aux scientifiques, y compris les modélisateurs, d'élaborer des analyses et des modèles pour aider les décideurs à mettre en place des mesures de santé publique.⁵⁷ Parmi les autres avantages des rapports publics, on peut citer l'amélioration de l'adoption et de l'adhésion du public aux mesures de santé publique, bien que les données à cet égard restent limitées.^{58,59}

Principales considérations

- Les rapports publics doivent être guidés par des considérations éthiques et un engagement public afin d'identifier les possibilités d'améliorer les indicateurs de surveillance qui sont significatifs pour les communautés et les populations, et de veiller à ce que des précautions appropriées soient prises pour protéger la confidentialité des données rapportées par le public et minimiser le risque d'identification et de stigmatisation potentielle des communautés marginalisées.
- La communication transparente des données sur la santé permettra de leur donner un sens et soutiendra une approche intersectorielle proactive. Cela permettra aux planificateurs et aux décideurs des différents secteurs, organisations et institutions d'atténuer les risques et de développer des innovations qui soutiendront de manière plus dynamique les pratiques pro-sociales et pro-santé.
- La synthèse et l'interprétation des données de surveillance communiquées au public par un organisme de santé publique spécialisé restent essentielles au processus de prise de décision en matière de santé publique et à la mise en œuvre des politiques correspondantes, tout en permettant une communication transparente au public afin de renforcer la confiance dans les décideurs.
- Les données de surveillance devraient être mises à la disposition du public presque en temps réel, avec des couches supplémentaires de renseignements qui facilitent l'interprétation (par exemple, un résumé des données par personne, par lieu et par heure), tout en trouvant un équilibre avec les délais et les ressources disponibles pour collecter, analyser, interpréter et diffuser les données sur la santé.

Interprétation

Les neuf recommandations que nous adressons au gouvernement de l'Ontario portent sur des solutions qui peuvent être mises en œuvre en totalité ou en partie en prévision de la vague saisonnière de maladies respiratoires virales de l'automne 2023. La pandémie de SRASCoV-2 nous a permis de tirer de nombreuses leçons, notamment sur la manière d'entreprendre des programmes de surveillance coordonnés. L'apprentissage, le renforcement et l'investissement dans les nombreuses approches de surveillance seraient des nouveaux atouts pour le système. La pandémie et les expériences récentes avec trois virus respiratoires prévalents ont également confirmé que nous devons poursuivre nos investissements actuels. Il nous a également été rappelé qu'il existe de grandes inégalités, des inefficacités dans les tests et les rapports, et surtout un manque de visibilité des données et de partage des données critiques (tests déclarés, mais non centralisés ni partagés). Pour s'assurer que nos recommandations aboutissent à des changements mesurables, le gouvernement devrait procéder à un examen de tous les atouts actuels du système (tous les tests cliniques et de laboratoire ainsi que les

programmes de surveillance syndromique) et identifier les lacunes importantes du système. Fort de ces connaissances, le gouvernement pourrait utiliser nos recommandations pour orienter les travaux et les collaborations à venir afin d'améliorer les composantes du système et sa coordination, dans le but de minimiser les inefficacités et de garantir l'équité du système. Des ressources humaines, infrastructurelles et financières supplémentaires seront nécessaires pour renforcer le système de surveillance existant de l'Ontario. Cependant, l'accent mis sur l'amélioration de l'efficacité du système existant compensera probablement le besoin d'investissements substantiels et durables, et nécessitera plutôt une redistribution des ressources existantes.

Transformer les recommandations en résultats significatifs

Historiquement, la surveillance a été en grande partie opportuniste, c'est-à-dire qu'elle a consisté à effectuer des tests là où les ressources étaient abondantes, plutôt que d'être conçue pour comprendre pleinement la propagation dynamique des virus respiratoires dans toutes les régions et toutes les populations, en particulier dans les communautés les plus exposées. Les besoins du système de santé dans son ensemble, qui comprend les partenaires de la santé publique, de la communauté et des soins de santé, doivent être pris en compte à court et à long terme dans toute refonte du système. En se concentrant sur l'amélioration de l'efficacité, de l'équité et de la coordination du système existant, il est probable que des investissements substantiels ne seront pas nécessaires et qu'une redistribution des ressources existantes sera plus vraisemblablement requise. Il y a de multiples raisons pour lesquelles cette approche stratégique représente une prochaine étape importante dans l'amélioration du système de surveillance global de l'Ontario.

D'une part, l'Ontario dispose déjà de plusieurs composantes essentielles et complémentaires d'un système de surveillance de haute qualité des maladies virales respiratoires ; ces recommandations visent à trouver des moyens de les faire fonctionner plus efficacement ensemble et à bâtir sur les enseignements tirés de la surveillance d'agents pathogènes individuels pour les appliquer à d'autres (recommandations 1, 5, 7).

D'autre part, il y a d'importantes leçons à tirer de l'expérience et des mesures de surveillance prises par d'autres régions et province similaires au Canada et dans le monde. Par exemple, plusieurs administrations ont réussi à mettre en œuvre des protocoles de données communs pour la surveillance des virus respiratoires.^{33,38} Ces protocoles décrivent explicitement les attentes en matière de normalisation, de partage et d'utilisation des données, précisent les responsabilités et les processus d'accès aux données, et clarifient les protections pertinentes pour assurer la confidentialité (recommandations 4 et 5).

Troisièmement, le maintien des programmes de surveillance actuels et l'établissement d'organisations centrales chargées d'intégrer, de coordonner et de synthétiser la collecte et la communication publique de ces données jetteront des bases solides pour l'expansion future des activités de surveillance. La formation de partenariats solides avec les dirigeants communautaires et autochtones, les experts universitaires et les institutions soutiendra l'innovation durable et les activités de recherche afin de découvrir et de valider de nouvelles approches en matière de surveillance des virus respiratoires, notamment la collecte et la déclaration d'autres résultats sanitaires et sociaux à l'aide de l'intelligence artificielle et du traitement du langage naturel, ainsi que l'utilisation des eaux usées pour la surveillance d'autres agents pathogènes respiratoires et non respiratoires (recommandations 2, 3, 6, 8 et 9).

Nos recommandations ne constituent pas un plan de mise en œuvre détaillé, mais servent de points focaux pour remédier aux lacunes et aux inefficacités qui nécessitent une forte collaboration fédérale, provinciale/territoriale et locale (en particulier les recommandations 1, 2, 4, 5 et 6). Certains des

domaines qu'il est recommandé de maintenir ou de renforcer, tel que l'infrastructure des eaux usées (pour maintenir le dépistage du SRAS-CoV-2 et développer le dépistage du VRS au-delà de 2023) sont conçus pour réduire la duplication des efforts au sein de la surveillance fédérale et provinciale et entre les deux, et pour améliorer l'utilisation et l'accès à l'information essentielle afin de réduire les inégalités dans les activités de surveillance et la réponse à y apporter.

Améliorer le système de surveillance pour améliorer la santé de tous les Ontariens

La lutte contre les inégalités dans le système de surveillance de l'Ontario est conforme à l'orientation stratégique décrite dans le rapport annuel du Bureau du médecin hygiéniste en chef, qui stipule que « Le secteur de la santé publique a la responsabilité d'évaluer la santé de la population, d'identifier les inégalités en matière de santé et de travailler avec les partenaires et les gouvernements pour mettre en œuvre des interventions visant à réduire ces inégalités.⁵ » D'importantes questions liées à l'équité continuent de hanter le système de surveillance des virus respiratoires de l'Ontario après une pandémie de COVID-19 qui a eu un impact inégal sur les communautés de l'Ontario.^{60,61} Parmi ces problèmes figurent les inégalités géographiques et sociodémographiques dans l'accès aux ressources de dépistage et de soins de santé, ainsi que la collecte et le partage des données entre les différentes parties prenantes, les utilisateurs des connaissances et les établissements de soins afin de mieux comprendre la santé de la population et la dynamique de la transmission, en partenariat avec les dirigeants des communautés. Étant donné la complexité de la construction et de l'organisation d'un système de surveillance de haute qualité, il est impératif que la surveillance dans les communautés à risque soit élaborée en collaboration avec ces communautés, et que des ressources supplémentaires soient allouées pour combler les lacunes existantes. L'amélioration du système de surveillance de l'Ontario par la réduction des inégalités existantes devrait être une priorité pour les travaux futurs et soutiendrait les efforts plus larges de surveillance des maladies.

Mise en œuvre

De nombreuses questions importantes doivent être prises en compte lors de la planification de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport, y compris l'évaluation du processus de mise en œuvre et l'évolution des systèmes de surveillance. La question la plus importante pourrait être la présence d'une fatigue pandémique qui risque d'entraîner un désinvestissement politique dans les éléments actuels très fonctionnels du système de surveillance de l'Ontario, tels que ses capacités de surveillance des eaux usées et la dépréciation des améliorations apportées aux laboratoires, aux cliniques et au système de santé publique en matière de collecte de données, de coordination et d'équité en tant que priorités absolues. Il est essentiel de reconnaître qu'il est très difficile de résoudre des problèmes complexes au sein d'un vaste système de surveillance pour plus de 14 millions de personnes, avec de multiples parties prenantes, et qu'il faudra invariablement du temps et des efforts concertés de la part de tous ceux qui en sont responsables. Les recommandations du présent rapport visent à renforcer les capacités de surveillance de l'Ontario en remédiant à certaines de ses limites et lacunes actuelles, dans un premier temps, en prévision de la prochaine saison virale respiratoire.

Preuves

La majorité des membres du groupe de travail a indiqué que la mise en œuvre des neuf recommandations, à l'exception de la recommandation 3, favoriserait probablement voire certainement la réalisation des objectifs de ces recommandations. L'effet perçu de la mise en œuvre de la

recommandation 3 n'était pas clair, en grande partie en raison de la disponibilité limitée d'éléments probants aux fins de ces délibérations. Toutefois, il a été largement reconnu qu'il existe des inégalités généralisées dans le système actuel et que ces inégalités entraînent des résultats défavorables sur la santé.

Certitude

La majorité des membres du groupe de travail ont fait état de degrés variables dans la certitude des données pour l'ensemble des 9 recommandations :

- 1) degré de certitude modéré pour les recommandations : 1, 4, 5, 7
- 2) degré de certitude faible à modéré pour la recommandation 8
- 3) degré de certitude faible pour la recommandation 9
- 4) degré de certitude très faible à faible pour les recommandations 2, 3 et 6.

Équité

La majorité des membres du groupe de travail ont estimé que les inégalités actuelles dans le système de surveillance de l'Ontario seraient probablement réduites à la suite de la mise en œuvre des recommandations 4, 7 et 9. À l'inverse, ils ont exprimé un risque d'écart et d'incertitude importants concernant les résultats de la mise en œuvre des recommandations 1, 2, 3, 5, 6 et 8 sur l'équité. Ce risque s'explique par la façon dont les données obtenues par la surveillance sont reliées aux réponses, y compris l'introduction de mesures de santé publique visant à atténuer les préjudices associés aux maladies respiratoires virales.

Faisabilité

La majorité des membres du groupe de travail était généralement d'accord pour dire qu'il était possible de mettre en œuvre les neuf recommandations, à l'exception de la recommandation 3. Il a été tout particulièrement noté que la mise en œuvre de la recommandation 2 nécessitera une collaboration et des ressources importantes. Le groupe de travail a exprimé une incertitude quant à la faisabilité de la mise en œuvre de la recommandation 3, qui pourrait être liée au fait qu'elle représente une déclaration de principe et une orientation programmatique stratégique plutôt qu'une intervention spécifique mesurable en soi.

Acceptabilité

La majorité des membres du groupe de travail a estimé que la mise en œuvre des neuf recommandations serait de façon générale acceptable pour les parties prenantes, à l'exception de la recommandation 9. Elle a toutefois exprimé une incertitude quant à l'acceptabilité de la mise en œuvre de cette dernière, qui était liée à l'idée que la communication transparente des données de surveillance pouvait être politiquement délicate.

Évaluation

L'évaluation des processus et des résultats de la mise en œuvre pose son propre lot de défis comme dans certains cas, dans lesquels nos recommandations portent sur les premières étapes d'une stratégie globale à plus long terme visant à établir et à renforcer les bases solides du système de surveillance des maladies respiratoires virales de l'Ontario. Par exemple, l'utilisation de protocoles et de cadres de données communs nécessitera probablement plusieurs cycles de financement et plusieurs années pour être mise en œuvre ; cependant, la pandémie de COVID-19 a démontré que l'investissement dans

l'intégration des systèmes de données peut améliorer considérablement l'efficacité et la rapidité de la prise de décision en matière de santé publique et de système de santé et, par conséquent, l'équité en matière de santé de la population.⁵⁷

L'utilisation d'un cadre pour guider l'évaluation de la mise en œuvre, tel que le cadre d'évaluation RE-AIM, peut s'avérer utile.⁶² Plus précisément, l'évaluation peut être axée sur cinq domaines clés dans le but de faciliter la mise en pratique, de mettre l'accent sur la représentativité et l'équité, et de prendre en compte les facteurs contextuels à plusieurs niveaux (individuel, organisationnel et systémique). Le premier domaine évalue la portée de la recommandation en déterminant qui est censé bénéficier de la recommandation proposée et en étudiant ensuite qui en a bénéficié. Le deuxième domaine évalue l'efficacité de la recommandation à atteindre le bénéfice escompté, tout en mesurant la probabilité de résultats négatifs liés à la recommandation. Le troisième domaine mesure l'adoption d'une recommandation dans tous les secteurs concernés du système de surveillance de l'Ontario, afin de déterminer qui l'a appliquée et qui ne l'a pas appliquée. Le quatrième domaine évalue la manière dont une recommandation spécifique a été adaptée au contexte local, les coûts supplémentaires associés à sa mise en œuvre et la manière dont les résultats ont été obtenus. Le dernier domaine évalue le maintien de la recommandation. Il s'agit de savoir quand l'intervention est devenue opérationnelle, combien de temps elle a été maintenue dans l'ensemble du système et combien de temps les avantages escomptés et les inconvénients potentiels sont maintenus. L'adoption d'une approche méthodique de l'évaluation permettra de mesurer avec précision les résultats obtenus et d'identifier d'autres possibilités d'amélioration de la mise en œuvre lorsque des problèmes sont mis en évidence dans le cadre de ce processus d'évaluation.

Orientations futures

Dans notre analyse environnementale et notre examen des données, nous avons identifié une série de lacunes dans les connaissances qu'il est important de mettre en évidence.^{6,7} Les signaux d'alerte précoce provenant des eaux usées ont été reconnus comme se situant au niveau de la population, mais la dynamique de transmission peut être différente selon le contexte de risque. Ainsi, l'amélioration de la résolution spatiale des signaux d'alerte précoce depuis le niveau de la population jusqu'aux environnements bâtis à risque, par exemple les établissements de soins collectifs, peut éclairer les actions de santé publique, les actions cliniques et les actions communautaires.⁶³ Des questions se posent quant au retour sur investissement de certains éléments et activités du système de surveillance, notamment l'échantillonnage des eaux usées, qui n'est pas disponible partout en Ontario. Les analyses économiques devraient prendre en considération les avantages pour les systèmes de santé publique et de soins de santé locaux grâce à des partenariats communautaires et universitaires, ainsi que l'impact sur la justice sociale.^{50,54,64}

Des questions subsistent quant à la définition de seuils pour les signaux d'alerte précoce et les alertes qui permettraient d'activer et de désactiver le système de manière efficace et transparente. Il est important de veiller à ce qu'un système qui analyse les indicateurs d'équité soit un système lié à des réponses équitables plutôt que d'exacerber les inégalités existantes. Il est essentiel de rendre les activités de surveillance plus visibles pour le public et de démontrer que les investissements dans des rapports publics transparents permettent une communication efficace des risques et l'adoption de mesures publiques.

Les priorités futures soulevées par le groupe de travail et le CCSOUSP comprenaient un examen approfondi des domaines où les inégalités sont les plus répandues dans le système de surveillance actuel de l'Ontario, ainsi qu'une analyse des lacunes de la capacité de surveillance clinique, en

laboratoire et environnementale pour des populations et des communautés spécifiques ; un examen des données probantes afin d'identifier les approches et les interventions efficaces pour réduire les inégalités en matière de surveillance ; un plan d'action détaillé pour guider la mise en œuvre et l'évaluation des neuf recommandations de ce rapport, et le renforcement de la capacité de l'Ontario à détecter de nouveaux agents pathogènes dans le contexte d'une mondialisation qui s'étend et d'un changement climatique, et l'identification des méthodes optimales pour mettre en place des systèmes de surveillance coordonnés dans le cadre de l'initiative « Une seule santé ». Les données sur la santé étant un bien public, il convient de recourir à des techniques modernes de visualisation des données et d'application des connaissances afin de communiquer plus clairement et plus efficacement au public les menaces sanitaires émergentes et les tendances des agents pathogènes. Ces efforts reposent sur l'engagement des parties prenantes concernées au sein des communautés, du secteur de la santé, du monde universitaire et du gouvernement, afin de comprendre les obstacles potentiels et les facteurs facilitant les activités de surveillance au niveau local et régional.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Déclaration sur la quinzième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Genève : OMS ; 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Source : [https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(COVID-19)-pandemic)
2. Tamerius J, Nelson MI, Zhou SZ, Viboud C, Miller MA, Alonso WJ. Global influenza seasonality : reconciling patterns across temperate and tropical regions. *Environ Health Perspect*. 2011 ; 119(4) : 439-45. Source : <https://doi.org/10.1289/ehp.1002383>
3. Zheng L, Lin Y, Yang J, Fang K, Wu J, Zheng M. Global variability of influenza activity and virus subtype circulation from 2011 to 2023. *BMJ Open Respir Res*. 2023 ; 10(1). Source : <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2023-001638>
4. Hawkes MT, Lee BE, Kanji JN, Zelyas N, Wong K, Barton M, et al. Seasonality of respiratory viruses at northern latitudes. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2124650. Source : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.24650>
5. Ontario. Ministère de la Santé. Être prêt : Assurer la préparation des services de santé publique face aux éclosons infectieuses et aux pandémies [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2022 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://files.ontario.ca/moh-cmoh-annual-report-2022-fr-2023-03-15.pdf>
6. Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique. Approaches to respiratory virus surveillance: a review of the literature. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023. À venir.
7. Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique. Environmental scan : respiratory virus surveillance systems. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023. À venir.
8. Hansen CL, Chaves SS, Demont C, Viboud C. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the US, 1999-2018. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e220527-e. Source : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0527>
9. Zhou H, Thompson WW, Viboud CG, Ringholz CM, Cheng PY, Steiner C, et al. Hospitalizations associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States, 1993-2008. *Clin Infect Dis*. 2012 ; 54(10) : 1427-36. Source : <https://doi.org/10.1093/cid/cis211>
10. Kuster SP, Böni J, Kouyos RD, Huber M, Schmutz S, Shah C, et al. Absenteeism and presenteeism in healthcare workers due to respiratory illness. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(3):268-73. Source : <https://doi.org/10.1017/ice.2020.444>
11. McLean HQ, Peterson SH, King JP, Meece JK, Belongia EA. School absenteeism among school-aged children with medically attended acute viral respiratory illness during three influenza seasons, 2012-2013 through 2014-2015. *Influenza Other Respir Viruses*. 2017;11(3):220-9. Source : <https://doi.org/10.1111/irv.12440>
12. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Bulletin sur les pathogènes respiratoires en Ontario [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/fr/Data-and-Analysis/Commonly-Used-Products/Respiratory-Pathogens-Weekly>
13. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Respiratory virus overview in Ontario: June 25, 2023 to July 8, 2023 [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023 [cited 2023 Jul 25]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/Archives/Respiratory-Virus/2023/07/respiratory-virus-overview-ontario-report-07-14.pdf?&la=fr>.
14. Crawley M. Triple the usual number of kids are coming to Ontario ERs with respiratory illnesses. Here's why. *CBC News* [Internet], 3 novembre 2022 [9 mai 2023] ; Health. Source :

- <https://www.cbc.ca/news/health/children-hospital-emergency-visits-admissions-respiratory-1.6638180>.
15. Organisation mondiale de la santé (OMS). Mosaic respiratory surveillance framework [Internet]. Genève : OMS ; 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://www.who.int/initiatives/mosaic-respiratory-surveillance-framework>
 16. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Mise à jour de la surveillance de la COVID-19 dans les eaux usées [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2022 [cité le 13 juillet 2023]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/phm/2021/04/public-health-measures-wastewater-surveillance.pdf?la=fr>
 17. Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington. Viral respiratory mapper - ACES ED visits [Internet]. Kinston, Ontario : Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington ; 2023 [cité le 12 juillet 2023]. Source : <https://www.kflaphi.ca/viral-respiratory-mapper-visits/>
 18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rates of influenza hospitalization: preliminary cumulative rates as of Apr 29, 2023 [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2023 [cité le 9 mai 2023]. Source : <https://gis.cdc.gov/GRASP/Fluview/FluHospRates.html>.
 19. New York State. Department of Health. COVID-19 data in New York [Internet]. New York, NY : New York State ; 2023 [cité le 9 mai 2023]. Source : <https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-data-new-york>.
 20. New York State. Department of Health. Fatalities [Internet]. New York, NY : New York State ; 2023 [cité le 9 mai 2023]. Source : <https://coronavirus.health.ny.gov/fatalities-0>.
 21. Michigan Department of Health & Human Services. Michigan mortality statistics [Internet]. Lansing, MI : State of Michigan; 2023 [cité le 9 mai 2023]. Source : <https://www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/statisticsreports/vitalstats/mortality>
 22. Organisation mondiale de la santé (OMS). Règlement sanitaire international (2005) – Troisième édition. Genève : OMS ; 2023. Source : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241580496>
 23. Bubela T, Flood CM, McGrail K, Straus SE, Mishra S. How Canada's decentralised covid-19 response affected public health data and decision making. *BMJ*. 2023;382:e075665. Source : <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075665>
 24. Landguth EL, Holden ZA, Graham J, Stark B, Mokhtari EB, Kaleczyc E, et al. The delayed effect of wildfire season particulate matter on subsequent influenza season in a mountain west region of the USA. *Environ Int*. 2020 ; 139:105668. Source : <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105668>
 25. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Preventing the next zoonotic pandemic. Strengthening and extending the One Health approach to avert pandemics of animal origin in the region [Internet]. Budapest : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ; 2020 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://www.fao.org/3/cb2017en/CB2017EN.pdf>.
 26. Société royale du Canada. Renforcer l'approche Une seule santé pour lutter contre les zoonoses émergentes [Internet]. Ottawa, Ontario : Société royale du Canada ; 2022 [cité le 20 juillet 2023]. Source : https://rsc-src.ca/sites/default/files/OH%20PB_FR.pdf.
 27. McKenzie K. Socio-demographic data collection and equity in covid-19 in Toronto. *EClinicalMedicine*. 2021;34:100812. Source : <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100812>
 28. Mishra S, Stall NM, Ma H, Odutayo A, Kwong JC, Allen U, et al. A vaccination strategy for Ontario COVID-19 hotspots and essential workers [Internet]. Toronto, Ontario : Ontario COVID-19 Science Advisory Table ; 2021 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/a-vaccination-strategy-for-ontario-covid-19-hotspots-and-essential-workers/>.
 29. Ontario. Salle de presse. L'Ontario adopte une stratégie de vaccination ciblée pour protéger les quartiers à risque élevé [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2021

- [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://news.ontario.ca/fr/release/61124/lontario-adopte-une-strategie-de-vaccination-ciblee-pour-protoger-les-quartiers-a-risque-eleve>.
30. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tracer la voie - Vers la gouvernance respectueuse des données de l'ICIS sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis, mis à jour en août 2020 [Internet]. Ottawa, Ontario : ICIS ; 2020 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/path-toward-respectful-governance-fnim-2020-report-fr.pdf>.
 31. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ; Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie ; Conseil de recherches en sciences humaines. Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2022). Ottawa, Ontario : Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé et le ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie ; 2022. Source : https://ethics.gc.ca/fr/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html
 32. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet]. Winnipeg, Manitoba : Commission de vérité et réconciliation du Canada ; 2015 [cité le 27 juillet 2023]. Source : https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-8-2015-fra.pdf
 33. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Rapport 3 du Comité consultatif d'experts : vers un système de données sur la santé de calibre mondial [Internet]. Ottawa, Ontario : gouvernement du Canada ; 2023 [modifié le 3 mai 2022 ; cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/organismes-consultatifs-externes/liste/strategie-pancanadienne-sante-rapports-sommaires/rapport-03-comite-consultatif-experts-vers-systeme-donnees-sante-calibre-mondial.html>
 34. Ontario. Ministère de la Santé. Rapport du Conseil des données sur la santé de l'Ontario : Une vision pour l'écosystème des données sur la santé de l'Ontario [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023 [mis à jour le 29 décembre 2022 ; cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/rapport-du-conseil-des-donnees-sur-la-sante-de-lontario-une-vision-pour-lecosysteme-des-donnees-sur-la-sante-de-lontario>
 35. Huston P, Edge VL, Bernier E. Reaping the benefits of Open Data in public health. *Can Commun Dis Rep.* 2019 ; 45(11) : 252-6. Source : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v45i10a01>
 36. Pyper E, Henry D, Yates EA, Mecredy G, Ratnasingham S, Slegers B, et al. Walking the path together: Indigenous health data at ICES. *Healthc Q.* 2018;20(4):6-9. Source : <https://doi.org/10.12927/hcq.2018.25431>
 37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Behavioral risk factor surveillance system: history [Internet]. Atlanta, GA : CDC; [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://www.cdc.gov/brfss/factsheets/pdf/brfss-history.pdf>
 38. Academy Health. Health datapalooza [Internet]. Washington, DC : Academy Health; 2023 [cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://academyhealth.org/blog/topic/health-datapalooza>
 39. Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). Trusted exchange framework and common agreement (TEFCA) [Internet]. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services; 2023 [cité le 27 juillet 2023]. Source : <https://www.healthit.gov/topic/interoperability/policy/trusted-exchange-framework-and-common-agreement-tefca>
 40. *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chap. 3, annexe A*
 41. Knowledge Management. Acute care enhances surveillance: user manual [Internet]. Kingston, Ontario : Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington ; 2020 [cité le 20 juillet 2023]. Source : https://www.kflaphi.ca/docs/ACES-User-Manual_v01032020.pdf.
 42. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Grippe (influenza) : Surveillance ÉpiGrippe [Internet]. Ottawa, Ontario : Sa Majesté le Roi du chef du Canada ; 2023 [cité le 20 juillet 2023].

- Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/grippe-influenza/surveillance-influenza.html>
43. Ontario. Ministère de la Santé. 2022 : Écoles absentéisme [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2022 [cité le 12 juillet 2023]. Source : <https://data.ontario.ca/fr/dataset/summary-of-cases-in-schools/resource/e3214f57-9c24-4297-be27-a1809f9044ba>
 44. Santé Manitoba. Provincial respiratory surveillance report : COVID-19 and seasonal influenza, 2022-23: week 17 (April 23-April 29, 2023) [Internet]. Winnipeg, Manitoba : Manitoba Health; [2023] [cité le 9 mai 2023]. Source : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/influenza/index.html>.
 45. Organisation mondiale de la santé (OMS). Health Data as a global public good – a call for Health Data Governance 30 September [Internet]. Genève : OMS ; 2021 [cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://www.who.int/news-room/articles-detail/health-data-as-a-global-public-good-a-call-for-health-data-governance-30-september#:~:text=Health%20data%20is%20both%20a,in%20countries%20to%20address%20fragmentation>.
 46. Halabi S, Wilder R, Gostin LO, Hurtado ML. Sharing pathogen genomic sequence data - toward effective pandemic prevention, preparedness, and response. *N Engl J Med*. 2023;388(26):2401-4. Source : <https://doi.org/10.1056/NEJMp2304214>
 47. Wolfe MK, Yu AT, Duong D, Rane MS, Hughes B, Chan-Herur V, et al. Use of wastewater for mpox outbreak surveillance in California. *N Engl J Med*. 2023;388(6):570-2. Source : <https://doi.org/10.1056/NEJMc2213882>
 48. Mercier E, D'Aoust PM, Thakali O, Hegazy N, Jia JJ, Zhang Z, et al. Municipal and neighbourhood level wastewater surveillance and subtyping of an influenza virus outbreak. *Sci Rep*. 2022 ; 12(1) : 15777. Source : <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20076-z>
 49. Mercier E, Wan S, Mackenzie A, Delatolla R, Thampi N. Application of wastewater surveillance to inform the start of the pediatric RSV season: a tale of two cities in Ontario, Canada. In: CoVaRR-Net Spring 2023 Meeting, Ottawa: May 17, 2023.
 50. Hyllestad S, Myrmel M, Lomba JAB, Jordhøy F, Schipper SK, Amato E. Effectiveness of environmental surveillance of SARS-CoV-2 as an early warning system during the first year of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *J Water Health*. 2022;20(8):1223-42. Source : <https://doi.org/10.2166/wh.2022.115>
 51. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résultats du sondage sur la surveillance de la COVID-19 dans les eaux usées [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario ; 2022 [cité le 20 juillet 2023]. Source : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/phm/2022/08/covid-wastewater-surveillance-survey-results.pdf?sc_lang=fr
 52. Naughton CC, Roman FA, Jr., Alvarado AGF, Tariqi AQ, Deeming MA, Kadonsky KF, et al. Show us the data: global COVID-19 wastewater monitoring efforts, equity, and gaps. *FEMS Microbes*. 2023 ; 4 : xtad003. Source : <https://doi.org/10.1093/femsmc/xtad003>
 53. Akingbola S, Fernandes R, Borden S, Gilbride K, Oswald C, Straus S, et al. Early identification of a COVID-19 outbreak detected by wastewater surveillance at a large homeless shelter in Toronto, Ontario. *Can J Public Health*. 2023;114(1):72-9. Source : <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00696-8>
 54. Smith KA. Nipissing the initial First Nation on Turtle Island to test wastewater for COVID-19. *Anishinabek News* [Internet], 2021 Jan 26 [cité le 20 juillet 2023] ; Health. Source : <https://anishinabeknews.ca/2021/01/26/nipissing-the-initial-first-nation-on-turtle-island-to-test-wastewater-for-covid-19/>
 55. Manuel D, Amadei CA, Campbell JR, Brault JM, Veillard J. Strengthening public health surveillance through wastewater testing: an essential investment for the COVID-19 pandemic

- and future health threats [Internet]. Washington, DC : World Bank Group; 2022 [cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36852>.
56. Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. Utiliser les données sur la santé pour le bien public [Internet]. Toronto, Ontario : Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario ; 2023 [modifié le 4 août 2021 ; cité le 26 juillet 2023]. Source : <https://www.cipvp.ca/utiliser-les-donnees-sur-la-sante-pour-le-bien-public/>
 57. Hillmer MP, Feng P, McLaughlin JR, Murty VK, Sander B, Greenberg A, et al. Ontario's COVID-19 modelling consensus table : mobilizing scientific expertise to support pandemic response. *Can J Public Health*. 2021;112(5):799-806. Source : <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00559-8>
 58. Fagerlin A, Valley TS, Scherer AM, Knaus M, Das E, Zikmund-Fisher BJ. Communicating infectious disease prevalence through graphics: results from an international survey. *Vaccine*. 2017 ; 35(32) : 4041-7. Source : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.05.048>
 59. Thorpe A, Scherer AM, Han PKJ, Burpo N, Shaffer V, Scherer L, et al. Exposure to common geographic COVID-19 prevalence maps and public knowledge, risk perceptions, and behavioral intentions. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2033538. Source : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33538>
 60. van Ingen T, Brown KA, Buchan SA, Akingbola S, Daneman N, Warren CM, et al. Neighbourhood-level socio-demographic characteristics and risk of COVID-19 incidence and mortality in Ontario, Canada: a population-based study. *PLoS ONE*. 2022;17(10):e0276507. Source : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276507>
 61. Srivastava P, Lau NTT, Ansari D, Thampi N. Effects of school-level and area-level socio-economic factors on elementary school student COVID-19 infections: a population-based observational study. *BMJ Open*. 2023;13(3):e065596. Source : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065596>
 62. RE-AIM. What is RE-AIM? [Internet]. Omaha, NE : RE-AIM ; 2023 [cité le 20 juillet 2023]. Source : <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/>
 63. Fralick M, Nott C, Moggridge J, Castellani L, Raudanskis A, Guttman DS, et al. Detection of covid-19 outbreaks using built environment testing for SARS-CoV-2. *NEJM Evid*. 2023;2(3):EVIDo2200203. Source : <https://doi.org/10.1056/EVIDo2200203>
 64. Dowdy DW, Zwerling AA, Stennett A, Searle A, Dukhanin V, Taylor HA, et al. Measuring stigma to assess the social justice implications of health-related policy decisions: application to novel treatment regimens for multidrug-resistant tuberculosis. *MDM Policy Pract*. 2020;5(1):2381468320915239. Source : <https://doi.org/10.1177/2381468320915239>
 65. Henning KJ. Overview of syndromic surveillance what is syndromic surveillance? *MMWR*. 2004;53(Suppl);5-11. Source : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5301a3.htm>
 66. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018 [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2018 [cité le 4 août 2023]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Relationship_with_Indigenous_Communities_Guideline_fr.pdf
 67. *Loi de 2001 sur les municipalités, L.O. 2001, chap. 25.*
 68. Agence de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Le système de santé publique ontarien : histoire de la santé publique [Internet]. Toronto, Ontario ; Imprimeur de la Reine pour l'Ontario ; 2020 [cité le 23 juin 2023]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/fr/About/news/2020/Ontario-Public-Health-System>.
 69. Schünemann H BJ, Guyatt G, Oxman A. *GRADE handbook*. London : Cochrane Collaboration; 2013. Source : <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>

Glossaire

Agences : groupement de personnes qui se mobilisent pour offrir un service, transmettre de l'information, défendre une cause ou établir des liens avec des personnes sur une question commune. Les agences peuvent être actives dans les secteurs non gouvernementaux ou à but non lucratif, notamment dans les milieux de vie collectifs comme des refuges et des établissements de soins de longue durée.

Bureaux de santé publique : administrations locales qui offrent de l'information et des programmes sur l'adoption d'un mode de vie sain et la prévention des maladies dans leur communauté. Chaque bureau est dirigé par un médecin hygiéniste qui doit rendre des comptes à un conseil de santé local.⁶⁸

Établissements de soins de santé : institutions, notamment les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les cliniques de santé, qui fournissent des soins ou des traitements aux personnes.

Lacune : manque de connaissances ou de politique qui contribue souvent à une compréhension limitée d'un problème ou à une distribution différentielle de l'information ou de ressources dans l'ensemble d'un système.

Municipalités : zone géographique dans laquelle les habitants sont constitués en personne morale, y compris les administrations régionales plus importantes qui assument certains rôles pour des administrations locales de plus petite taille.⁶⁷

Organisations et agences autochtones : autorités de santé des Premières Nations, organisations provinciales ou territoriales des Premières nations, Métis, Inuits et tables de partenaires fédérales et provinciales. Ces organisations sont décrites dans les lignes directrices des Normes de santé publique de l'Ontario : [Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018](#).⁶⁶

Parties prenantes : organisations ou personnes qui sont affectées par les épidémies et pandémies de virus respiratoires ou qui y répondent.

Surveillance de la santé publique : collecte, analyse et interprétation continues et systématiques des données relatives à la santé, essentielles à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des pratiques de santé publique.¹⁵

Surveillance des capacités de soins de santé : surveillance régulière et systématique de la capacité et de l'utilisation des soins de santé, par le biais de rapports complets ou de systèmes basés sur sentinelle, afin d'éclairer la préparation et la réponse.¹⁵

Surveillance sentinelle : implique un nombre limité de participants recrutés, tels que des fournisseurs de soins de santé ou des hôpitaux, qui signalent des événements sanitaires spécifiques risquant de s'étendre à l'ensemble de la population.¹⁵

Systèmes d'information syndromique clinique : approche de la surveillance de la santé publique axée sur le suivi d'indicateurs de maladies préalables au diagnostic (c'est-à-dire avant la confirmation en laboratoire) et qui sont souvent fondés sur la déclaration des fournisseurs de soins de santé d'événements liés à un syndrome (par exemple, maladie de type grippal).⁶⁵

Une seule santé : Une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large, y compris les écosystèmes, est liée.¹⁵

Annexe A. Approche de l'élaboration des recommandations

Chacune des neuf recommandations a été élaborée de manière itérative par les membres du groupe de travail. Pour élaborer chaque recommandation, des méthodes standardisées ont été appliquées dans le cadre d'une approche triangulée comprenant quatre processus visant à :

1. Identifier et prendre en compte les meilleures données disponibles, principalement dans la littérature publiée (c'est-à-dire un examen rapide des articles sur les virus respiratoires).
2. Identifier et prendre en compte l'information contextuelle (par exemple, une analyse des régions/provinces).
3. Solliciter les connaissances d'experts externes.
4. Intégrer l'expertise et l'expérience collectives des membres du groupe de travail.

Pour élaborer les neuf recommandations, les membres du groupe de travail ont évalué les données synthétisées issues de ces quatre processus et se sont engagés dans un processus itératif et collaboratif d'examen et d'affinement pour chacune d'entre elles. Le groupe de travail est parvenu à un accord final sur les neuf recommandations à l'issue d'une série de réunions consacrées à l'examen de chacune d'entre elles. Une approche de prise des décisions basées sur des données probantes a été utilisée pour garantir la prise en compte de critères clés pour chacune des neuf recommandations, comme les données, la certitude sur les données, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité.⁶⁹ Les membres du groupe de travail ont ensuite évalué chacune des neuf recommandations sur la base de ces critères et ont pu apporter des commentaires supplémentaires pour clarifier leur choix d'évaluation. Ces évaluations ont fait l'objet d'une discussion ouverte lors d'une réunion spécifique entre les membres du groupe de travail afin de raffiner et de clarifier les questions qui s'y rapportent. Les évaluations finales de chaque recommandation ont été rapportées en fonction de la réponse majoritaire, définie comme une majorité des deux tiers (par exemple, deux tiers ont répondu « oui » à la question de l'acceptabilité).

Après l'élaboration des neuf recommandations par le groupe de travail, l'ensemble des membres du CCSOUSH a apporté deux séries de commentaires sur chaque recommandation. Pour le consensus final, une approche systématique a permis aux membres du CCSOUSH d'indiquer leur niveau d'accord avec chaque recommandation.

Le groupe de travail et le CCSOUSH ont participé à des réunions en ligne pour discuter de manière itérative et convenir des approches les plus appropriées à ce moment-là. Il convient de noter que les éléments importants de la mise en œuvre, les préoccupations en matière d'équité et les données probantes supplémentaires ont été systématiquement pris en compte et discutés en fonction de l'information disponible au moment de la discussion.

Le secrétariat du CCSOUSH a mené les travaux scientifiques afin de fournir des données supplémentaires pour aider le groupe de travail à élaborer le rapport technique et ses neuf recommandations fondées sur des données probantes. Ces activités comprenaient le codéveloppement des concepts et des modèles d'étude, l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des données, la rédaction des rapports et la révision critique du contenu intellectuel d'importance. En outre, le directeur scientifique (Dr Paul Hébert) et le directeur scientifique adjoint (Dr Kieran Quinn) ont apporté leur contribution et leurs conseils sur la direction scientifique générale et la supervision des méthodes scientifiques.

Processus d’approbation des recommandations par le CCSOUSP

Le processus d’approbation des recommandations par les membres du CCSOUSP a commencé par la présentation, par les présidents et co-présidents des groupes de travail, des recommandations les plus récentes afin d’en souligner les éléments clés. Chaque présentation a été suivie d’une brève discussion afin de clarifier certains points. Ensuite, le CCSOUSP a indiqué dans quelle mesure il approuvait (oui ou non) chacune des neuf recommandations individuelles.

Le mandat du CCSOUSP prévoit qu’une majorité des deux tiers du quorum (participation des deux tiers des membres) est nécessaire pour qu’une recommandation soit approuvée. Par conséquent, si les deux tiers d’un quorum de participants du Comité sont d’accord avec la recommandation (telle qu’elle a été rédigée, avec la possibilité d’y apporter des modifications mineures), la recommandation est considérée comme approuvée. En cas de désaccord, la recommandation individuelle a été discutée plus en détail à la lumière du retour d’information fournie afin d’améliorer le niveau général d’accord. Si des modifications majeures ont été apportées sur la base du retour d’information, l’ancienne recommandation et la(les) recommandation(s) révisée(s) ont été présentée(s) pour un second tour de vote, avec les réponses du premier tour à titre de référence.

À propos du Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique

Le Comité consultatif scientifique des urgences de santé publique de l'Ontario (CCSOUSP) est un groupe d'experts multidisciplinaires indépendants dont le rôle consiste à améliorer la capacité provinciale à répondre à un spectre d'urgences de santé publique avec les meilleures preuves disponibles. Le CCSOUSP fournit des avis scientifiques indépendants à Santé publique Ontario afin de guider la gestion des urgences de santé publique, notamment la COVID-19. Pour en savoir plus sur le CCSOUSP et ses membres, visitez la page [web de l'OPHESAC \(CCSOUSP\)](#) ou écrivez à communications@oahpp.ca.

Membres du CCSOUSP

Dr Upton Allen, président
Professeur de pédiatrie
Université de Toronto

Dr Eric Kennedy
Professeur agrégé en gestion des désastres et
des situations d'urgence
Université York

Dre Na-Koshie Lamptey
Médecin hygiéniste en chef adjointe
Ville de Toronto

Dr Christopher Mushquash,
Professeur et titulaire de la Chaire de recherche
du Canada
Département de psychologie
Université Lakehead

Dr Aaron Orkin
Professeur agrégé de médecine familiale,
médecine d'urgence et santé publique
Université de Toronto

Stephanie Premji
Professeure agrégée à la School of Labour
Studies (faculté des sciences sociales)
Université McMaster

Dre Lynda Redwood-Campbell
Professeure de médecine familiale et directrice
de l'enseignement supérieur en santé mondiale
Université McMaster

Dre Gilla Shapiro
Psychologue
Centre de cancérologie de Princess Margaret

Dr Marek Smieja
Médecin infectiologue et microbiologiste
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton
et Hamilton Health Sciences

Dr Maxwell J. Smith
Bioéthicien et professeur adjoint
École de santé
Université Western

Dre Kednapa Thavorn
Scientifique principale et directrice scientifique
en économie de la santé
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Ingrid Waldon
Professeure et titulaire de la chaire HOPE en
paix et en santé du programme de Paix et
justice sociale dans le monde
Université McMaster

Dr J. Scott Weese
Interniste vétérinaire et professeur
Collège vétérinaire de l'Ontario
Université de Guelph

Remerciements

Le CCSOUSP remercie de leur contribution les membres du groupe de travail, y compris Marek Smieja (coprésident), Nisha Thampi (coprésidente), Maxwell Smith, Eric Kennedy, Chris Musquash, Doug Manuel, Charles Hui, Tiffany Fitzpatrick, Karen Johnson, Romy Olsha, Maan Hasso, Karam Ramotar, Fiona Kouyoumdjian, Michelle Murti et la Dre Tiffany Fitzpatrick, Karen Johnson, Romy Olsha, Dr Maan Hasso, Dr Karam Ramotar, Dre Fiona Kouyoumdjian, Dre Michelle Murti, Dr Scott Weese, Dr Paul Hébert (directeur scientifique), et Dr Kieran Quinn (directeur scientifique adjoint). Le CCSOUSP remercie également les membres du personnel de son secrétariat, ainsi que les membres du Comité consultatif scientifique et des équipes des relations avec les intervenants, des communications, des services de bibliothèque et du développement de produits et de publication de Santé publique Ontario.

Citation

Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique. Rapport scientifique : renforcement du système de surveillance des virus respiratoires en Ontario. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario ; 2023.

Avertissement

Le Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique (CCSOUSP) a préparé le présent document à l'intention de Santé publique Ontario. Le CCSOUSP fournit des avis scientifiques à Santé publique Ontario afin de guider la gestion des urgences de santé publique, notamment la COVID-19. Son travail est fondé sur les données probantes disponibles au moment de la préparation du présent document. La responsabilité de l'application et de l'utilisation du présent document incombe aux utilisateurs. Santé publique Ontario n'assume aucune responsabilité à l'égard d'une telle application ou utilisation. Le présent document peut être utilisé librement sans autorisation à des fins non commerciales, mais seulement si Santé publique Ontario est mentionnée de façon appropriée. Aucune modification ne peut être apportée au contenu sans l'autorisation explicite écrite de Santé publique Ontario.

Les questions au sujet des renseignements communiqués dans le présent document peuvent être envoyées à communications@oahpp.ca.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023