Public Health Ontario | Santé publique Ontario

Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario



Notes techniques

Mise à jour : novembre 2026

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario (SPO) est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des 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 fournisseurs de soins de 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 environnementale et santé au 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 obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Notes techniques : Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2026.

Comment citer l'outil

Citation générique

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario >> [titre avec majuscule initiale] [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; © AAAA [modifié le JJ mois AAAA, cité le JJ mois AAAA]. Disponible à : URL

Exemple de citation

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario >>; titre exact du tableau avec majuscule initiale [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, © 2024 [modifié le 25 octobre 2024, cité le 31 octobre 2024]. Disponible à : URL

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

Avis de non-responsabilité

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

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. 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 ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Table des matières

Introduction 5

Aperçu des sources de données 6

Remarques et mises en garde concernant les données 9

Activité : COVID-19, grippe et VRS 12

Sources des données pour les niveaux de positivité et l'évolution hebdomadaire des indicateurs 12

Niveaux de positivité 12

Évolution hebdomadaire des indicateurs 15

Activité virale par BSP : grippe 15

Sensibilité antivirale de la grippe 15

Données sur les analyses de laboratoire : tous les virus respiratoires 15

Cas : COVID-19, grippe et VRS 16

Données extraites du SILO 16

Données déclarées par les BSP 17

Indicateurs de gravité : COVID-19, grippe et VRS 18

Hospitalisations 18

Occupation des lits d'hôpital 18

Occupation des lits d'USI 19

Décès : COVID-19 19

Éclosions : infections respiratoires 20

COVID-19 21

Grippe, VRS et autres virus respiratoires 22

Mesures de gravité de l'éclosion : tous les virus respiratoires 22

Projections : COVID-19, grippe et VRS 24

Calcul de l'évaluation des changements 26

Projections du pourcentage de positivité 26

Projections du risque d'hospitalisation 26

Références 28

Annexe A : Indicateurs de COVID-19 30
Cas 30
Pourcentage de positivité 30
Éclosions 31
Évolution hebdomadaire globale des indicateurs 31
Annexe B : Indicateurs de grippe 32
Cas 32
Pourcentage de positivité 32
Éclosions de grippe 33
Évolution hebdomadaire globale des indicateurs 33
Annexe C : Indicateurs de VRS 34
Cas 34
Pourcentage de positivité 34
Éclosions 35
Évolution hebdomadaire globale des indicateurs 35
Annexe D : Données relatives aux résultats pour les hôpitaux et les USI et dates de début 36
Annexe E : Sources de données pour les niveaux de positivité et l'évaluation de l'évolution hebdomadaire des indicateurs 38
Annexe F : Indicateurs des projections 39
Projections du pourcentage de positivité 39
Projections du risque d'hospitalisation 39
Annexe G : Lacunes dans les données 40
Annexe H : But et objectifs du programme de surveillance des virus respiratoires en Ontario 41
Annexe I : Semaines de surveillance 42

Introduction

L'Outil de surveillance des virus respiratoires en Ontario est une ressource interactive qui offre des renseignements épidémiologiques hebdomadaires sur l'activité des virus respiratoires dans la province, y compris ceux de la COVID-19, de la grippe et du virus respiratoire syncytial (VRS). Il permet aux utilisateurs d'explorer et de télécharger des données à jour sur les tendances des cas, les résultats, les analyses de laboratoire, les éclosions et les projections. Grâce à des visualisations interactives, les utilisateurs peuvent personnaliser les affichages et les données, examiner les tendances dans le temps et générer des aperçus pour permettre de prendre des décisions éclairées au moment opportun. L'outil est mis à jour le vendredi tout au long de l'année en reprenant les données remontant jusqu'au samedi précédent.

Le document de notes techniques aidera à interpréter les données présentées dans l'outil dans la mesure où on y trouvera les sources des données sous-jacentes et les méthodologies, des définitions des données, ainsi que des mises en garde et des limitations importantes. Il s'adresse à tous les utilisateurs de l'outil, notamment aux professionnels de la santé publique, aux chercheurs, aux décideurs et aux personnes qui souhaitent mieux comprendre l'activité des virus respiratoires en Ontario, les sources des données reprises dans l'outil, ainsi que les méthodes d'analyse employées.

Aperçu des sources de données

- **Analyses de laboratoire (nombre d'analyses, pourcentage de positivité) :** Les données pour tous les virus respiratoires sont fondées sur les informations reçues du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO). Ces données comprennent les analyses réalisées sur des virus respiratoires par les laboratoires participants à partir du 29 décembre 2019 et sont traitées chaque semaine par Santé publique Ontario (SPO). Les données antérieures à cette date sont de qualité insuffisante et ne sont pas incluses dans l'outil. Les données recueillies avant le 1er juin 2026 sont fixes, tandis que celles recueillies à partir du 1er juin 2026 sont retraitées chaque semaine afin d'intégrer les mises à jour des semaines précédentes. Pour plus de détails, voir la section Données sur les analyses de laboratoire.

- **Cas :** La méthodologie et les sources de données utilisées pour dénombrer les cas ont évolué au fil du temps. Pour plus de détails, voir le tableau 1.

    - **Cas extraits du SILO :** Les données sur les cas de COVID-19, de grippe et de VRS sont extraites du même ensemble de données (SILO) que celui utilisé pour les analyses de laboratoire (voir ci-dessus). Les données sur les cas extraites du SILO sont disponibles pour la période commençant le 21 septembre 2025 pour la grippe, le 2 juin 2024 pour la COVID-19 et le 29 décembre 2019 pour le VRS. Pour plus de détails, voir la section Cas – Données extraites du SILO.

    - **Cas déclarés par les bureaux de santé publique (BSP) :** Les données sur les cas de grippe confirmés étaient auparavant extraites du SIISP ou reçues sous forme de données agrégées déclarées directement à SPO; ces données sont disponibles pour la période se terminant le 20 septembre 2025. Les données sur les cas de COVID-19 jusqu'au 1er juin 2024 ont été extraites de la solution CCM de la santé publique. Pour plus de détails, voir la section Cas –Données déclarées par les BSP.

- **Éclosions :** Les données sur les éclosions d'infections respiratoires pour la saison d'infections respiratoires en cours sont fondées sur les informations extraites chaque semaine du SIISP par SPO. Les données sur les précédentes saisons d'infections respiratoires (2017-2018 à 2025-2026) seront extraites le 30 septembre 2026 et resteront fixes pendant la saison 2026-2027. Les données sur les éclosions de COVID-19 jusqu'au 1er juin 2024 ont été extraites de CCM par SPO le 27 juin 2024. Pour plus de détails, voir la section Éclosions.

- **Décès liés à la COVID-19 :** Les données sur les cas de COVID-19 entraînant un décès sont fondées sur les données du SIISP extraites par SPO pour les dossiers créés après le 1er juin 2024. Les données sur les cas entraînant un décès jusqu'au 1er juin 2024 ont été extraites de la solution CCM le 27 juin 2024. Pour plus de détails, voir la section Décès : COVID-19.

- **Sensibilité antivirale du virus de la grippe :** Ces données, reçues chaque semaine de la Direction générale du Laboratoire national de microbiologie (DGLNM) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), sont présentées dans les Constatations clés. Pour plus de détails, voir la section Sensibilité antivirale du virus de la grippe.

- **Séquençage du génome entier :** Les données sur le séquençage du génome entier (SGE) pour le SARS-CoV2, la grippe et le VRS fournies par SPO sont publiées régulièrement dans des rapports. Les constatations pertinentes sur le SGE sont intégrées dans la section Constatations clés lorsqu'elles sont disponibles. La caractérisation des souches de grippe a été retirée de l'outil.

- **Hospitalisations :** Les données sur les hospitalisations (I9) sont obtenues du ministère de la Santé chaque semaine pour la COVID-19, la grippe et le VRS. Pour plus de détails, voir la section Hospitalisations.

- **Occupation des lits d'hôpital :** Les données de recensement des lits (I9) sont obtenues du ministère de la Santé chaque semaine pour la COVID-19, la grippe et le VRS. Pour plus de détails, notamment le moment où certains éléments des données ont été communiqués, voir la section Occupation des lits d'hôpital.

- **Occupation des lits d'USI :** Les données proviennent du Système d'information sur les soins aux malades en phase critique, offert par CritiCALL Ontario. Pour plus de détails, voir la section Occupation des lits d'USI.

- **Projections de l'activité du SARS-CoV-2, de la grippe et du VRS :** Les données utilisées pour les projections du pourcentage de positivité des virus respiratoires sont tirées du SILO. Les données supplémentaires utilisées pour les projections du risque d'hospitalisation proviennent des données du ministère de la Santé sur les hospitalisations (I9). Voir la section Projections pour plus de détails.

- **Données démographiques de l'Ontario :** Les estimations démographiques ont été reçues de Statistique Canada pour les années 2016 à 2024[1], et les projections démographiques ontariennes ont été reçues du ministère des Finances de l'Ontario pour les années 2025 et 2026[2].

Tableau 1 : Source et dates de disponibilité des données pour les indicateurs de cas

Indicateur	Source des données	Dates
Cas de COVID-19	CCM	Déclarés jusqu'au 1er juin 2024 Dernière extraction : 27 juin 2024
Cas de COVID-19	SILO	Déclarés à partir du 2 juin 2024
Décès liés à la COVID-19	CCM	Déclarés jusqu'au 1er juin 2024 Dernière extraction : 27 juin 2024

Indicateur	Source des données	Dates
Décès liés à la COVID-19	SIISP	Déclarés à partir du 2 juin 2024
Cas de grippe	SIISP/Données sous forme agrégée*	Déclarés jusqu'au 20 septembre 2025 Dernière extraction : 2 septembre 2026 (cas déclarés jusqu'au 30 septembre 2025)
Cas de grippe	SILO	Déclarés à partir du 21 septembre 2025
Cas de VRS	SILO	Déclarés à partir du 29 décembre 2019

*Les cas de grippe étaient auparavant déclarés exclusivement dans le SIISP, à l'exception de deux BSP qui les ont déclarés sous forme agrégée, à compter de mars 2020 et de décembre 2023. Du 13 octobre 2024 au 20 septembre 2025, d'autres BSP ont déclaré les cas de grippe sous forme agrégée directement à SPO.

Remarques et mises en garde concernant les données

- Il faut interpréter avec prudence les tendances constatées au fil du temps en ce qui concerne la plus récente période en raison des décalages dans les signalements et la saisie des données.

- Tous les chiffres concernant la COVID-19, la grippe et le VRS présentent des degrés variables de sous-déclaration et peuvent représenter une sous-estimation du nombre réel de personnes malades en raison de divers facteurs, comme la conscience de la maladie et le recours ou non à des soins médicaux, qui peuvent varier selon la gravité de la maladie, les pratiques cliniques, les changements en matière d'analyses de laboratoire, l'accès aux analyses et les comportements liés aux signalements. Par conséquent, il faut interpréter les données avec prudence.

- La COVID-19 et la grippe sont des maladies importantes sur le plan de la santé publique en Ontario et les cas doivent donc être déclarés à la province conformément au Règlement de l'Ontario 135/18 (Désignation de maladies), pris en application de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[4,5], et à ses modifications. Les autres virus respiratoires, y compris le VRS, sont uniquement déclarés en nombre sommaire d'éclosions s'ils sont l'agent étiologique responsable des éclosions d'infections respiratoires dans les établissements et les hôpitaux publics.

- Le SIISP et le SILO, systèmes dynamiques de déclaration des maladies, permettent la mise à jour continue des données précédemment saisies. Les données qui en sont extraites donnent un aperçu de la situation au moment de leur extraction et peuvent donc différer de celles des rapports précédents ou suivants.

- Le SILO est une source de données complète qui regroupe toutes les analyses réalisées en laboratoire en Ontario. Les méthodes d'analyse et les types de rapports varient d'un laboratoire à l'autre et au fil du temps. Pour remédier à cela, les données du SILO sont nettoyées et traitées en utilisant une version modifiée de la méthode mise au point par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) (COVID19_processing.ipynb), qui a été repartagée avec l'IRSS[3]. Étant donné que cette méthode utilise un texte de résultats très variable pour classer les résultats des analyses (c.-à-d. les virus recherchés et les résultats d'analyse), il est possible qu'une petite proportion de résultats soient attribués au mauvais virus lors du traitement hebdomadaire des données de SPO.

- Les données extraites du SIISP, y compris les décès liés à la COVID-19 et les éclosions de COVID-19 et d'infections respiratoires dans les établissements ou les hôpitaux publics, sont mises à jour chaque semaine pour la saison d'infections respiratoires en cours. Les données des saisons antérieures sont mises à jour chaque année.

- Les données sur les cas déclarées par les BSP concernent les personnes visées par une analyse ou un signalement aux BSP et recensées dans un système provincial de déclaration. Les systèmes provinciaux de déclaration servant de sources de données pour les indicateurs ont changé au fil du temps. Voir le tableau 1 afin d'obtenir la source des données et les dates pertinentes pour les indicateurs associés aux cas.

- En raison des différences dans les délais de déclaration, les indicateurs de l'outil peuvent ne pas correspondre aux indicateurs définis de façon similaire sur les sites Web des BSP. En cas de discordance, il faut présumer que les données présentées sur les sites Web des BSP sont les plus exactes.

- À partir du 1er janvier 2025, le ministère de la Santé de l'Ontario a approuvé la fusion volontaire de neuf BSP locaux en quatre entités. Nous avons intégré les nouveaux noms de ces entités dans l'outil le 3 octobre 2025. Les mises à jour rétroactives pour les BSP fusionnés sont uniquement apportées dans les graphiques de l'outil et les données extraites correspondantes. Voir le tableau 2 pour obtenir un sommaire des changements.

- Les saisons d'infections respiratoires commencent vers le 1er septembre d'une année et se terminent le 31 août de l'année suivante. Dans les outils et les graphiques En ligne qui décrivent les données sur les virus respiratoires par semaine de surveillance, la semaine de surveillance qui contient habituellement le 1er septembre (semaine 35) est la première semaine de la saison des infections respiratoires.

    - Les semaines de surveillance correspondent aux semaines de surveillance de la grippe du programme ÉpiGrippe+ de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)[6]. La liste des semaines de surveillance de la saison d'infections respiratoires en cours se trouve à l'annexe I.

    - Les saisons d'infections respiratoires 2020-2021 et 2025-2026 comprenaient une semaine 53, qui survient tous les cinq ou six ans. En 2025-2026, la semaine 53 correspond à la période du 28 décembre 2025 au 3 janvier 2026, tandis qu'en 2020-2021, la semaine 53 correspondait à la période du 27 décembre 2020 au 2 janvier 2021.

    - Une exception notable à cette définition de la saison des infections respiratoires concerne les projections estimatives. Pour ces analyses, les saisons d'infections respiratoires vont du 1er juillet au 30 juin de l'année suivante afin de permettre un délai suffisant pour établir des projections estimatives plus précises.

- Concernant les indicateurs pour lesquels les taux cumulatifs sont calculés, l'année marquant le début de la saison d'infections respiratoires est celle qui a été retenue pour déterminer l'année du décompte démographique utilisé comme dénominateur. Par exemple, pour la saison d'infections respiratoires 2025-2026, le taux de cas cumulatif se calcule en utilisant les projections démographiques de 2025 comme dénominateur.

- Les dossiers pour lesquels l'âge est inconnu ou manquant sont exclus des analyses fondées sur l'âge.

- En septembre 2026, par souci d'uniformité, les groupes d'âge pour plusieurs indicateurs présentés dans l'outil ont été mis à jour. Ces changements ne concernent pas les données sur les hospitalisations (I9).
- Cependant, les groupes d'âge mis à jour peuvent être agrégés de façon à correspondre aux groupes d'âge actuels dans les données I9.
- La stratification selon le sexe n'est pas proposée dans l'outil étant donné qu'elle présente une valeur ajoutée insuffisante pour comprendre les tendances provinciales des virus respiratoires saisonniers.
- Il peut y avoir des lacunes dans les données associées à divers indicateurs. Pour consulter la liste détaillée des lacunes actuelles dans les données, voir l'annexe G.

Tableau 2 : Bureaux de santé publique fusionnés et accessibilité des données sur les cartes

Bureau de santé publique actuel	Anciens bureaux de santé publique	Les données sur les saisons d'infections respiratoires sont accessibles à compter de
Santé publique du Sud-Ouest	Bureau de santé Elgin-St. Thomas Bureau de santé du comté d'Oxford	2018-2019
Bureau de santé publique de Huron Perth	Santé publique Huron Santé publique Perth	2020-2021
Santé publique Grand Erie	Bureau de santé du comté de Brant Bureau de santé d'Haldimand-Norfolk	2025-2026
Santé publique Lakelands	Bureau de santé du district de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge Bureau de santé de Peterborough	2025-2026
Santé publique du Nord-Est	Bureau de santé Porcupine Services de santé du Timiskaming	2025-2026
Santé publique du Sud-Est	Bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Edward Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark	2025-2026

Activité : COVID-19, grippe et VRS

Sources des données pour les niveaux de positivité et l'évolution hebdomadaire des indicateurs

- Le niveau de positivité des virus respiratoires (p. ex., faible, élevé) est établi en fonction des données de laboratoire.
- L'évaluation de l'évolution hebdomadaire des indicateurs a été effectuée en prenant en compte une combinaison d'indicateurs, qui sont présentés en détail dans l'annexe A (COVID-19), l'annexe B (grippe) et l'annexe C (VRS).
- Les indicateurs et les sources de données pour les seuils de positivité des virus respiratoires et l'évolution hebdomadaire des indicateurs ont changé au fil du temps. Pour en savoir plus sur les données du SILO dans cet outil, voir la section Données sur les analyses de laboratoire ainsi que l'annexe E.

Niveaux de positivité

- Le pourcentage de positivité désigne le pourcentage d'analyses dont le résultat est positif pour un virus donné.
    - Il est calculé en divisant le nombre total d'analyses positives par le nombre total d'analyses effectuées pour ce virus sur une période donnée.
    - L'admissibilité au dépistage diffère pour la COVID-19, la grippe et le VRS, tout comme le nombre de tests effectués. Pour obtenir des renseignements à jour sur les critères d'admissibilité au dépistage, consulter les directives provinciales en vigueur pour les virus respiratoires (notamment la grippe)[7].
- Le pourcentage de positivité provincial doit être interprété avec prudence car il ne correspond pas nécessairement aux niveaux d'activité observés dans certains sous-groupes à un moment donné. De plus, le pourcentage de positivité provincial pour un virus donné peut varier en fonction de changements dans le nombre global de tests effectués, particulièrement en période d'activité accrue d'un autre virus recherché dans la même série de tests. Par exemple, une augmentation de l'activité grippale pourrait entraîner un plus grand nombre de tests de dépistage de virus respiratoires en général, ce qui pourrait réduire le pourcentage de positivité de la COVID-19 même si le nombre absolu de cas de COVID-19 détectés reste similaire.
- Les niveaux de positivité pour la COVID-19, la grippe et le VRS sont établis par SPO et servent à surveiller l'activité des virus respiratoires. Pour simplifier, on a privilégié le pourcentage de positivité comme mesure unique plutôt qu'un indicateur composite alliant plusieurs mesures, car le pourcentage de positivité suit généralement de près les tendances observées dans le nombre de cas et les éclosions. Ces niveaux sont examinés tous les deux ans afin de tenir compte des changements touchant les critères d'admissibilité au dépistage ainsi que l'algorithme et pouvant avoir une incidence sur le nombre de tests et, par conséquent, sur le pourcentage de positivité.

- À des fins de surveillance, la COVID-19, la grippe et le VRS sont classés au niveau de positivité faible, modéré, élevé ou très élevé, selon le cas, pour fournir une vue d'ensemble de la circulation de ces virus respiratoires. Ces niveaux peuvent différer de ceux utilisés à l'échelle nationale par l'ASPC et à l'échelle locale par les bureaux de santé publique pour décrire le pourcentage de positivité.
- Les niveaux de positivité provinciaux de la COVID-19 ont été examinés pour la dernière fois en juin 2026 et sont définis comme suit :
    - Faible : positivité inférieure à 10,0 %.
    - Modéré : positivité de 10 % à 16,9 %.
    - Élevé : positivité de 17 % à 24,9 %.
    - Très élevé : positivité d'au moins 25,0 %.
- Les niveaux de positivité provinciaux de la grippe (c.-à-d. grippe A et grippe B combinées) ont été examinés pour la dernière fois en juin 2026 et sont définis comme suit :
    - Faible : positivité inférieure à 10,0 %.
    - Modéré : positivité de 10 % à 16,9 %.
    - Élevé : positivité de 17 % à 24,9 %.
    - Très élevé : positivité d'au moins 25,0 %.
- Les niveaux de positivité provinciaux de la COVID-19 ont été examinés pour la dernière fois en juin 2026 et sont définis comme suit :
    - Faible : positivité inférieure à 5,0 %.
    - Modéré : positivité de 5,0 % à 9,9 %.
    - Élevé : positivité de 10 % à 14,9 %.
    - Très élevé : positivité d'au moins 15,0 %.
- Le seuil marquant le début de la saison grippale est un niveau de positivité provincial de 5 % ou supérieur. Le seuil marquant le début de l'activité intersaisonnière est un niveau de positivité provincial de moins de 5 %. Cela correspond aux seuils saisonniers nationaux[8].
- Les niveaux de positivité de la grippe ont été mis à jour pour la saison d'infections respiratoires 2024-2025 parce que l'examen des niveaux de 2023-2024 a révélé une justification solide de l'harmonisation avec les niveaux de la COVID-19 pour 2024-2025 (p. ex., changements dans le dépistage). Les niveaux ont été réexaminés avant la saison d'infections respiratoires 2026-2027 et aucune mise à jour n'a été nécessaire.

- Les niveaux de positivité du VRS ont été établis pour la première fois pour la saison d'infections respiratoires 2024-2025 en utilisant le pourcentage de positivité du VRS déclaré au cours des cinq saisons précédentes (2019-2020 à 2023-2024). Les niveaux de positivité propres au VRS ont été jugés nécessaires, car le pourcentage hebdomadaire de positivité du VRS est généralement inférieur à celui de la COVID-19 et de la grippe, particulièrement pendant les saisons post-pandémiques. Les niveaux ont été réexaminés avant la saison d'infections respiratoires 2026-2027 et aucune mise à jour n'a été nécessaire.

- Les niveaux de positivité de la COVID-19 ont été fixés selon l'approche suivante :

    - Des niveaux de positivité de la COVID-19 ont été établis initialement pour la saison d'infections respiratoires 2022-2023. Les pourcentages de positivité de la COVID-19 déclarés en 2022 ont été évalués en fonction des niveaux de positivité établis par SPO pour la grippe et d'autres virus respiratoires avant la pandémie. Il a été déterminé qu'il convenait d'établir des niveaux de positivité propres à la COVID-19 étant donné que le pourcentage de positivité de la COVID-19 était inférieur aux pourcentages de positivité utilisés pour établir les niveaux de positivité de la grippe.

    - Les niveaux de positivité ont été ajustés et réduits en fonction de ceux observés pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, pendant la montée du variant Omicron (5^{e} vague), le système de santé ontarien a connu un nombre écrasant de cas et un taux d'hospitalisation supérieur à la normale; le pourcentage de positivité hebdomadaire a alors atteint son plus haut niveau, soit plus de 29,4 %, fournissant ainsi un contexte additionnel pour la fixation du niveau très élevé à au moins 25 %. Après avoir examiné les pourcentages de positivité minimal, maximal et médian, les niveaux de positivité ont été sélectionnés et ceux-ci ont été examinés par le ministère de la Santé et les partenaires locaux des bureaux de santé publique avant d'être confirmés.

    - Les niveaux de positivité de la COVID-19 ont été réexaminés avant la saison d'infections respiratoires 2026-2027 et aucune mise à jour n'a été nécessaire.

- Les niveaux de positivité ont été établis à des fins de surveillance et de connaissance de la situation. Les décisions concernant les mesures de santé publique ou la prévention et le contrôle des infections devraient prendre en compte non seulement les seuils de positivité, mais aussi les indicateurs liés au contexte (p. ex., groupe à risque, évolution des tendances, couverture vaccinale, transmissibilité, gravité, tolérance au risque et facteurs locaux comme la capacité en matière de soins de santé et l'accès aux soins, les mesures en place, etc.).

- Les estimations des pourcentages de positivité des virus respiratoires établies à partir des données du SILO avant la pandémie de COVID-19 étant incomplètes et de qualité insuffisante, elles ne sont pas incluses dans l'outil.

Évolution hebdomadaire des indicateurs

- La saisie rapide des données sur les éclosions par les BSP, y compris la date de déclaration de la fin de l'éclosion, est cruciale pour évaluer l'activité grippale ainsi que l'activité concernant la COVID-19 et le VRS.
- Les éclosions d'infections respiratoires sans date de déclaration de fin d'éclosion sont considérées comme étant toujours en cours.
- Toute éclosion sans « date de déclaration de fin d'éclosion » et sans « date ou heure d'apparition du dernier cas » est systématiquement définie comme étant terminée lorsque la date de déclaration de l'éclosion remonte à plus de 90 jours avant la semaine visée par le rapport.

Activité virale par BSP : grippe

- Les niveaux d'activité des bureaux de santé publique pour la grippe, notamment la carte de l'activité de la grippe et l'indicateur des niveaux d'activité des bureaux de santé publique, ont été retirés de l'outil à la suite de l'abandon de cette méthode d'évaluation par l'Agence de la santé publique du Canada.

Sensibilité antivirale de la grippe

- Des tests de sensibilité antivirale sont effectués pour les isolats reçus par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et provenant de laboratoires de partout au Canada, et les données sont disponibles dans l'outil pour l'Ontario et à l'échelle nationale. L'oseltamivir et le zanamivir sont les deux médicaments antiviraux surveillés, la sensibilité étant classée comme résistante ou sensible.

Données sur les analyses de laboratoire : tous les virus respiratoires

- En raison de l'intégration graduelle des laboratoires qui saisissent les résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 dans le SILO, les données peuvent être incomplètes pour les premiers mois de la pandémie de COVID-19.
- Les données des dernières semaines peuvent être incomplètes, car les tests ne sont pas tous finalisés au cours de la semaine où l'échantillon est prélevé.
- Les critères d'admissibilité au dépistage et les algorithmes des analyses de laboratoire peuvent différer au fil du temps, ce qui peut avoir une incidence sur les tendances relatives au nombre d'analyses effectuées et la capacité à comparer les tendances d'une saison d'infections respiratoires à l'autre.
    - Pour obtenir des renseignements à jour sur les critères d'admissibilité au dépistage, consulter les directives provinciales en vigueur pour le dépistage des virus respiratoires (notamment la grippe)[7].

- La semaine de surveillance est déterminée selon la date de prélèvement des échantillons si celle-ci a été fournie et, sinon, selon la date de réception ou d'analyse des échantillons.

- Une personne peut faire l'objet d'analyses à différentes dates. Par conséquent, il est possible que le nombre d'analyses effectuées ne corresponde pas au nombre de personnes testées, et que le pourcentage d'analyses positives ne corresponde pas au nombre d'échantillons ou de personnes affichant un résultat d'analyse positif. Selon la hiérarchie établie par SPO, un seul résultat d'analyse par personne par jour est retenu.

- Chaque analyse est attribuée à un BSP à l'aide d'un code postal selon la hiérarchie suivante : code postal de la personne testée > code postal du praticien > code postal du laboratoire d'analyse. Cette méthode pourrait faire en sorte que des résultats d'analyses soient attribués à un BSP qui ne correspond pas au lieu de résidence de la personne visée par une analyse.

Cas : COVID-19, grippe et VRS

Données extraites du SILO

- Les données sur les cas de COVID-19, de grippe et de VRS sont actuellement extraites du même ensemble de données (SILO) que celui utilisé pour les analyses de laboratoire (ci-dessus). Pour plus de détails sur le SILO et les analyses de laboratoire, voir la section Données sur les analyses de laboratoire.

- Pour la COVID-19, un résultat positif au test PCR/TAAN est considéré comme un cas si un intervalle d'au moins 90 jours le sépare d'un résultat positif antérieur. Ces données sont accessibles à compter du 2 juin 2024.

- Pour la grippe A et la grippe B, un résultat positif au test PCR/TAAN est considéré comme un cas si un intervalle d'au moins 30 jours le sépare d'un résultat positif antérieur. Des résultats positifs pour la grippe A obtenus dans un intervalle de 30 jours ou moins sont considérés comme des cas distincts seulement si le sous-type est connu pour les deux échantillons et qu'il est différent. Ces données sont disponibles à compter du 21 septembre 2025.

    - Les cas de grippe A sont classés par sous-type (H1N1 et H3N2). Les cas de grippe A confirmés en laboratoire ne sont pas tous classés en sous-type. Les détails sur les cas de grippe A sont accessibles dans l'onglet CAS de l'outil.

- Pour le VRS, un résultat positif au test PCR/TAAN est considéré comme un cas si un intervalle d'au moins 30 jours le sépare d'un résultat positif antérieur. Ces données sont disponibles à compter du 29 décembre 2019.

- Un BSP est attribué à chaque cas en fonction du plus ancien résultat d'analyse positif obtenu pour le cas.

- Les cas de COVID-19, de grippe et de VRS extraits du SILO ne sont pas les mêmes que les cas déclarés par les BSP et sont calculés à l'aide des données sur les analyses de laboratoire tirées du SILO, tandis que les cas déclarés par les BSP (COVID-19 et grippe seulement) sont calculés après notification aux BSP, qui appliquent les définitions de cas provinciales et procèdent à leur consignation dans un système de déclaration des maladies.

Données déclarées par les BSP

- Les données sur les cas de COVID-19 tirées de la solution CCM ne sont plus mises à jour. Toutefois, les données allant jusqu'au 1er juin 2024 resteront accessibles dans l'outil, et les considérations suivantes sur les données s'appliquent :

    - Seuls sont inclus les cas correspondant à la classification des cas confirmés selon la définition de cas du ministère de la Santé pour la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) au moment du signalement[10].

    - Les cas confirmés de réinfection, au sens des définitions de cas provinciales, sont comptés comme des cas distincts.

    - La date de signalement est la date à laquelle le cas de COVID-19 a été signalé à la santé publique.

    - Sont exclus les cas de COVID-19 consignés dans la solution CCM dont la classification ou l'issue correspond à ENTRÉ PAR ERREUR, NON CONFORME À LA DÉFINITION, IGNORER, CAS EN DOUBLE, ou toute variation de ces valeurs. Le dénombrement de cas de COVID-19 dans la province peut inclure certains enregistrements en double, si ces enregistrements n'ont pas été identifiés et résolus.

    - La répartition géographique des nombres de cas se fonde sur l'emplacement du bureau de santé permanent (le bureau de santé d'où provient le diagnostic ou BSD). Le BSD fait référence à l'unité de santé publique de résidence du cas au moment de l'apparition de la maladie et pas nécessairement au lieu d'exposition. Les cas dont le BSD déclaré est le ministère de la Santé ou SPO (indiquant que le cas n'est pas un résident de l'Ontario) sont exclus des analyses.

- Les données sur les cas de COVID-19 tirées du SIISP ne sont plus mises à jour. Toutefois, les données allant jusqu'au 20 septembre 2025 resteront accessibles dans l'outil, et les considérations suivantes sur les données s'appliquent :

    - La date utilisée pour les cas de grippe confirmés en laboratoire est la date de signalement du cas au BSP consignée dans le SIISP, ou de déclaration directe à SPO sous forme agrégée par certains BSP.

    - Les cas de grippe A et B sont pris en compte dans le nombre de cas de grippe A. Lors des saisons d'infections respiratoires antérieures à la pandémie de COVID-19, les cas de grippe A et B représentaient moins de 0,4 % de tous les cas de grippe.

- Les cas de grippe A peuvent être classés selon le sous-type (H3 et H1). Les cas de grippe A confirmés en laboratoire ne sont pas tous classés en sous-type.
- Pour tous les cas de grippe déclarés sous forme agrégée à SPO, le groupe d'âge indiqué est « inconnu ».

Indicateurs de gravité : COVID-19, grippe et VRS

Hospitalisations

- Les données sur les hospitalisations présentent le nombre total de nouveaux patients dont les tests positifs ont été confirmés et qui ont été admis dans l'établissement dans les 24 heures précédant minuit (00 h 00).
- Les données sur les hospitalisations par BPS sont déterminées en fonction de l'emplacement de l'hôpital, et non de l'adresse du domicile du patient ou du bureau de santé de résidence.
- Les données sur les hospitalisations sont disponibles par groupe d'âge pour la COVID-19, mais ne sont pas disponibles par groupe d'âge pour la grippe ou le VRS à l'heure actuelle. Les groupes d'âge présentés pour ces indicateurs diffèrent de ceux figurant ailleurs dans l'outil, tels que les cas par groupe d'âge.

Occupation des lits d'hôpital

- Les données sur l'occupation des lits d'hôpital présentent l'occupation quotidienne moyenne par semaine par des personnes hospitalisées [y compris en unité de soins intensifs (USI)] atteintes d'une infection active à la COVID-19, à la grippe ou au VRS (c.-à-d. qui ont eu un résultat de test positif). Les personnes peuvent être comptées dans les données relatives à l'occupation des lits pour plusieurs jours si la durée du séjour dépasse un jour.
    - L'indicateur « Occupation des lits d'hôpital (total) » rend compte de l'occupation des lits d'hôpital par les personnes hospitalisées atteintes d'une infection active à la COVID-19 ou à la grippe (que la raison de l'admission ait été la COVID-19 ou la grippe, ou une maladie non liée à la COVID-19 ou à la grippe avec un résultat positif aux tests de la COVID-19).
    - L'indicateur « Occupation des lits d'hôpital (en raison d'une infection) » rend compte de l'occupation des lits d'hôpital parmi les personnes hospitalisées en raison d'une infection active à la COVID-19 ou à la grippe (c.-à-d. admises, déclarées positives à la COVID-19 ou à la grippe et principalement traitées contre la COVID-19 ou la grippe).
- L'indicateur « Occupation des lits d'hôpital (combinée) » établi par SPO fait état de l'occupation quotidienne moyenne combinée par semaine par des personnes hospitalisées (y compris en USI) atteintes de la COVID-19, de la grippe ou du VSR (c.-à-d. que leur test était positif pour au moins une de ces infections). Les personnes peuvent être comptées dans les données relatives à l'occupation des lits pour plusieurs jours si la durée du séjour dépasse un jour.

- Les données sur l'occupation des lits par BSP sont déterminées en fonction de l'emplacement de l'hôpital, et non de l'adresse du domicile du patient ou du bureau de santé de résidence.
- Les données sur l'occupation des lits sont disponibles par groupe d'âge, mais les groupes d'âge présentés pour ces indicateurs diffèrent de ceux figurant ailleurs dans l'outil, tels que les cas selon le groupe d'âge. Les groupes d'âge présentés ont changé à partir de septembre 2025 pour mieux prendre en compte les groupes à risque élevé.
- Les dates de début des indicateurs d'occupation des lits varient. Voir le tableau D1 à l'annexe D pour plus de détails.

Occupation des lits d'USI

- L'occupation des lits d'USI – COVID-19 (total) représente le nombre quotidien moyen d'occupations par semaine des personnes se trouvant en USI avec confirmation en laboratoire du SARS-CoV-2 (c.-à-d. que leur test était positif).
    - La source de données pour cet indicateur a été mise à jour le 25 octobre 2024 et comprend le « total » de personnes aux soins intensifs ayant obtenu un résultat positif pour la COVID-19. Auparavant, cet indicateur représentait les personnes en USI « en raison » de la COVID-19, y compris les personnes qui sont actuellement négatives pour la COVID-19, mais qui sont admises ou réadmises à l'USI en raison de leur maladie à la COVID-19 antérieure.
- L'occupation des lits d'USI – grippe représente le nombre total de patients avec confirmation en laboratoire de la grippe A ou de la grippe B admis en USI.
- L'occupation des lits d'USI – VRS représente le nombre total de patients ayant un résultat positif pour le VRS.
- La confirmation en laboratoire de la COVID-19, de la grippe ou du VSR peut se faire à partir de n'importe quelle date à compter de l'admission actuelle du patient en USI jusqu'à sa sortie de l'USI ou son décès.
- Les dates de début des indicateurs d'occupation des lits varient. Voir le tableau D1 à l'annexe D pour plus de détails.

Décès : COVID-19

- Les données portant sur les décès dans la solution CCM (jusqu'au 1er juin 2024) et le SIISP (après le 1er juin 2024) sont probablement sous-déclarées, car ces événements peuvent se produire après le suivi des cas effectué par la santé publique. Certains décès après l'achèvement du suivi des cas ne sont pas saisis dans la solution CCM et le SIISP.
- Aux fins de la surveillance, tout décès associé à la COVID-19 est défini comme une maladie clinique compatible chez un cas confirmé de COVID-19, sauf s'il y a une autre cause manifeste du décès qui n'est pas associée à la COVID-19 (p. ex., un traumatisme). Il ne doit pas y avoir de période de rétablissement complet entre la maladie et le décès signalé.

- Le nombre de décès est déterminé à l'aide des champs de résultat et de type de décès dans la solution CCM ou le SIISP. Les décès attribuables à la COVID-19 sont pris en compte quand la valeur indiquée dans le champ de résultat est « Fatal » et que le type de décès n'est pas « maladie importante sur le plan de la santé publique non liée à la cause du décès », « maladie à déclaration obligatoire non liée à la cause du décès » ou « en cours d'examen par le BSP ».

- Les décès associés à la COVID-19 sont situés dans le temps au moyen du champ « Date de décès » de la solution CCM ou du champ de date de résultat du SIISP.

    - Si la date de décès n'est pas indiquée dans la solution CCM, le champ de la date du résultat de la solution CCM sert de donnée de remplacement. En l'absence de date du résultat dans la solution CCM ou le SIISP, la date de signalement du cas est utilisée.

- Les décès associés à la COVID-19 chez les cas de 0 à 17 ans ne sont pas stratifiés par BSP en raison de préoccupations concernant les faibles nombres dans cette sous-population, particulièrement dans le cas des petits BSP.

- Les données sur les résultats historiques liés à la COVID-19 du 15 janvier 2020 au 31 mars 2023 ont été mises à jour dans le cadre d'une initiative provinciale concernant la qualité des données. En conséquence, les changements touchant les nombres historiques de cas de COVID-19 et de décès ont été inclus dans l'outil à compter du 1er décembre 2023.

- Les décès attribuables à la grippe et au VRS sont exclus, car ces données sont incomplètes et ne sont pas disponibles dans un délai convenable pour la surveillance provinciale habituelle. Les données du SIISP sur les résultats relatifs aux décès pour la grippe et le VRS sont incomplètes.

Éclosions : infections respiratoires

- La semaine de signalement de l'éclosion est déterminée selon la date de signalement de l'éclosion (p. ex., la date à laquelle l'éclosion a été signalée au BSP) ou, si elle n'est pas disponible, selon la date où le BSP a consigné l'éclosion dans le système de déclaration provincial.

- Les éclosions sont déclarées par le médecin-hygiéniste local ou son délégué, conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et aux critères énoncés dans les documents d'orientation du ministère[5].

- Les éclosions de cocirculation de virus respiratoires autres que le SARS-CoV-2 et la grippe sont signalées comme ayant été causées par « plus d'un agent pathogène ».

- Les éclosions confirmées dans les établissements (selon la définition de la LPPS) et les hôpitaux publics sont indiquées dans quatre catégories dans l'outil : foyers de soins de longue durée (FSLD), maisons de retraite (MR), hôpitaux et autre[5].

- Les éclosions sans information sur les milieux d'exposition et dans des milieux autres que les FSLD, les MR et les hôpitaux (p. ex., milieux communautaires, garderies et écoles) sont exclues des analyses sur la gravité des éclosions.

- Les BSP indiquent le milieu de l'éclosion à l'aide du champ du milieu d'exposition dans le SIISP et des champs d'emplacement dans le CCM pour les éclosions de COVID-19 signalées jusqu'au 1er juin 2024. Lorsqu'il n'y a pas d'informations sur le milieu de l'éclosion, celui-ci est signalé comme provenant d'un milieu inconnu ou manquant, peu importe les informations saisies dans le champ de texte du nom de l'éclosion.

- D'autres mises en garde et méthodes relatives aux cas associés à l'éclosion et à la gravité de l'éclosion sont décrites dans la section Mesures de gravité de l'éclosion.

COVID-19

- Les éclosions confirmées de COVID-19 sont définies dans l'Annexe 1 : Définitions de cas et information propre à chaque maladie du ministère de la Santé[10]. Les documents d'orientation à l'intention de milieux particuliers comprennent les Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif[11].

    - Les définitions des éclosions ont évolué au cours de la pandémie, et chaque éclosion a été déclarée en fonction de la définition en vigueur au moment où elle est survenue.

    - Remarque : Avant le 5 mai 2021, il y avait éclosion confirmée de COVID-19 dans un foyer de soins de longue durée ou une maison de retraite dès qu'un cas de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel était confirmé en laboratoire.

- Les données sur les milieux d'éclosion sont fondées sur les informations saisies dans la solution CCM jusqu'au 1er juin 2024 et dans le SIISP à compter du 2 juin 2024. Les éclosions pour lesquelles il manque des informations sur le milieu et celles provenant des milieux autres que les foyers de soins de longue durée (FSLD), les maisons de retraite (MR) et les hôpitaux sont exclues des analyses sur la gravité de l'éclosion.

- Toutes les données relatives aux cas d'éclosion de COVID-19, aux hospitalisations et aux décès dans les FSLD, les MR ou les hôpitaux publics sont fondées sur les chiffres sommaires déclarés dans la solution CCM jusqu'au 1er juin 2024 et dans le SIISP à compter du 2 juin 2024. Les dénombrements sommaires comprennent les cas symptomatiques ou positifs au test antigénique rapide (TAR) ou au test PCR/amplification des acides nucléiques. Le nombre de cas de COVID-19, d'hospitalisations et de décès déclarés antérieurement dans les FSLD et les MR était fondé sur des rapports individuels de cas confirmés par le test PCR, qui ont été identifiés dans la solution CCM par lien avec un facteur de risque et/ou une éclosion associée à un FSLD, à une MR ou à un hôpital. En raison de cette différence dans la détermination de l'état de l'éclosion, le nombre sommaire d'éclosions dans cet outil ne devrait pas être comparé directement aux indicateurs d'éclosion dans d'autres rapports fondés sur des cas confirmés en laboratoire déclarés individuellement.

- Le nombre sommaire de cas d'éclosions de COVID-19 pour la saison d'infections respiratoires 2022-2023 pourrait être moins précis que pour les périodes ultérieures. Même si les BSP étaient tenus de saisir le nombre sommaire de cas d'éclosion, on a mis davantage l'accent sur la saisie des données concernant les cas individuels jusqu'au 1er avril 2023, date à laquelle l'exigence de déclaration a été modifiée pour permettre aux BSP de se concentrer sur la saisie du nombre sommaire de cas pour les éclosions dans les FSLD, les MR et les hôpitaux plutôt que sur le couplage individuel des cas aux éclosions dans ces établissements.

- Les éclosions de COVID-19 sont déclarées séparément, et le dénombrement sommaire de cas d'éclosion est attribué au SARS-CoV-2 lorsque plusieurs virus sont répertoriés dans le dossier d'éclosion dans le SIISP.

- Toutes les éclosions déclarées confirmées sont comptées même si aucun nombre de cas sommaire n'a été entré dans la section sommaire du SIISP, à l'exception de l'onglet Éclosions > Gravité, où seules les éclosions dont le nombre de cas sommaire est entré sont incluses dans les analyses.

Grippe, VRS et autres virus respiratoires

- Les éclosions qui ne répondent pas à la définition provinciale d'éclosion sont exclues des analyses. Voir les définitions actuelles d'éclosion à l'annexe 1 : Éclosions d'infections respiratoires dans les établissements et les hôpitaux publics[12].

- Les éclosions où la grippe est décelée sont consignées dans la catégorie de grippe appropriée (grippe A ou grippe B), même si d'autres virus (autres que le SARS-CoV-2) sont également décelés dans l'éclosion. Les éclosions de grippe A et B sont comprises dans les nombres d'éclosions de grippe A.

- Pour les analyses sur la gravité des éclosions, tous les types de grippe sont regroupés sous la seule catégorie « Grippe (tous les types) ».

Mesures de gravité de l'éclosion : tous les virus respiratoires

- Toutes les données relatives aux cas, aux hospitalisations et aux décès associés à une éclosion sont fondées sur le nombre de cas sommaire déclaré dans la section sur le résumé de l'éclosion du SIISP ou de la solution CCM (pour la COVID-19 jusqu'au 1er juin 2024).

- Les cas associés à une éclosion sont des personnes qui ont été répertoriés dans le cadre de l'éclosion (c.-à-d. liées à l'éclosion) et qui peuvent comprendre des cas symptomatiques avec ou sans lien épidémiologique et/ou qui sont positifs au test antigénique rapide (COVID-19 seulement) ou à une analyse en laboratoire approuvée (p. ex., test PCR/test d'amplification des acides nucléiques). Comme les dénombrements sommaires sont déterminés différemment des cas confirmés en laboratoire déclarés individuellement, les comparaisons directes sont plus susceptibles d'être inexactes.

- Les cas hospitalisés associés à une éclosion sont des personnes qui figuraient sur la liste des cas d'éclosion et répondaient à la définition de cas d'éclosion et qui ont ensuite été admises à l'hôpital en raison de leur infection.

- Les décès sont comptés comme des décès liés à l'éclosion (c.-à-d. excluant les décès où la maladie n'était pas liée à la cause du décès) qui se sont produits chez les personnes inscrites sur la liste des cas d'éclosion et qui répondaient à la définition de cas d'éclosion.

- Les taux d'attaque sont calculés comme suit :

$$\frac{\text{Cas parmi les résidents ou les members du personnel}}{\text{Nombre de résidents ou membres du personnel dans la région touchée}}$$

    - Si le nombre de cas ou le nombre de résidents/membres du personnel dans la région touchée n'était pas disponible, le taux d'attaque pour cette éclosion n'a pas été calculé et n'a pas été inclus dans le résumé des taux d'attaque.

    - Les taux d'attaque calculés à plus de 100 % ont été fixés à 100 % aux fins de l'outil.

- Les taux d'hospitalisation des cas sont calculés comme suit :

$$\frac{\text{Hospitalisations parmi les résidents ou les membres du personnel en raison de leur infection}}{\text{Nombre de cas parmi les résidents ou les membres du personnel}}$$

    - Si le nombre d'hospitalisations est manquant, le taux d'hospitalisation n'a pas été calculé et n'a pas été inclus dans le sommaire des taux d'hospitalisation.

    - Les taux d'hospitalisation calculés à plus de 100 % ont été fixés à 100 % aux fins de l'outil.

- Les taux de létalité des cas sont calculés comme suit :

$$\frac{\text{Décès parmi les résidents ou les membres du personnel en raison de leur infection}}{\text{Nombre des cas parmi les résidents ou les membres du personnel}}$$

    - Si le nombre de décès était manquant, le taux de létalité n'a pas été calculé et n'a pas été inclus dans le sommaire des taux de létalité.

    - Les taux de létalité calculés à plus de 100 % ont été fixés à 100 % aux fins de l'outil.

- La durée de l'éclosion est mesurée en jours et calculée comme suit : « Date d'apparition de la maladie dans le dernier cas – Date d'apparition de la maladie dans le premier cas ». Elle n'est pas calculée pour les éclosions n'ayant pas l'une ou l'autre de ces dates. Si une éclosion avait une durée calculée inférieure à 0 jour, l'éclosion a été exclue des calculs des mesures sommaires de la durée. La durée n'est pas calculée pour les éclosions en cours.

- L'écart interquartile (EI) utilisé pour les taux d'attaque, d'hospitalisation et de décès ainsi que la durée de l'éclosion se situe entre le 25^{e} et le 75^{e} centile des données.

Projections : COVID-19, grippe et VRS

- Les projections présentées dans l'outil visent à créer une conscience situationnelle des changements potentiels à court terme du pourcentage de positivité du virus respiratoire et du risque d'hospitalisation pour l'ensemble de la province de l'Ontario; elles ne reflètent pas le risque individuel ni ne fournissent d'estimations du nombre attendu de cas ou d'hospitalisations attribuables au SARSCoV2, à la grippe ou au VRS. Ces projections doivent être interprétées en tenant compte d'indicateurs contextuels (p. ex., le groupe à risque, la trajectoire actuelle des tendances, la couverture vaccinale), de facteurs locaux (p. ex., la capacité des soins de santé et l'accès aux soins) et d'autres mesures pour évaluer l'activité des virus respiratoires (p. ex., la concentration de SARS-CoV-2 dans les eaux usées, les hospitalisations).
    - Il convient de noter que les hospitalisations peuvent amener à sous-estimer le taux réel de maladies respiratoires virales graves dans la population, car certaines personnes atteintes d'une maladie grave peuvent ne pas chercher de soins hospitaliers et donc ne pas être incluses dans les données.
- Une méthodologie fondée sur les estimations pour l'immédiat[13] est employée pour créer les indicateurs de projections.
- Les données sont disponibles pour les groupes d'âge suivants et classées comme suit : les moins de 18 ans, attribués à la catégorie « enfant », les 18 à 64 ans, attribués à la catégorie « adulte », et les 65 ans et plus, attribués à la catégorie « personne âgée ».
    - Toutes les analyses excluent les personnes dont le groupe d'âge est manquant.
    - Pour le groupe des personnes âgées, l'interprétation des projections doit, en outre, tenir compte des différences dans les tendances d'hospitalisation, ainsi que de la probabilité de résidence en établissement collectif (p. ex., en foyer de soins de longue durée), plus forte dans ce groupe d'âge que dans celui des adultes (18 à 64 ans).
- Les projections ne sont pas disponibles par BSP.
- Les projections sur le pourcentage de positivité de la COVID-19, de la grippe et du VRS doivent être évaluées de façon indépendante en raison des différences dans les stratégies provinciales de dépistage et les populations admissibles au dépistage.
- Il faut interpréter les tendances avec prudence étant donné que la plus récente période de données peut comporter des décalages dans les signalements et la saisie des données, ce qui peut avoir une incidence sur l'exactitude des projections. Les changements touchant l'admissibilité au dépistage au fil du temps ainsi que les pratiques de dépistage et de signalement en vigueur dans les différents laboratoires peuvent aussi avoir une incidence sur l'exactitude des projections.

- SPO évalue régulièrement le degré de précision de ces modèles afin d'assurer des projections exactes et opportunes de l'activité des virus respiratoires en Ontario. Ainsi, des activités d'affinement et de recalibrage des modèles peuvent avoir lieu tout au long de la saison des virus respiratoires, avec des mises à jour présentées dans les publications à venir. Les modèles peuvent être mis à jour en raison de changements dans l'admissibilité au dépistage, de l'évolution des données disponibles, de variantes émergentes et de nouveaux schémas ou de nouvelles tendances saisonnières qui apparaissent à mesure que la saison des virus respiratoires progresse.

- Il faut interpréter les estimations de prédiction avec prudence lorsque le pourcentage de positivité est faible, car de légères variations dans les résultats des tests peuvent entraîner d'importantes fluctuations dans les estimations du pourcentage de positivité et se traduire par des intervalles de prédiction plus larges.

- Les validations du modèle ont démontré une probabilité de surestimation de l'activité à mesure que les virus respiratoires se rapprochent de leurs pics saisonniers. Ce schéma suggère que les valeurs projetées pour les semaines précédant les pics saisonniers pourraient dépasser l'activité observée par la suite.

Calcul de l'évaluation des changements

- L'annexe F précise comment les changements hebdomadaires sont évalués et rapportés dans la section Survol de l'onglet Projections. Les changements sont déterminés en comparant le pourcentage d'écart entre les valeurs observées de la ligne ajustée pour le dernier jour de données observées et les valeurs prévues pour la date de prévision la plus récente (c.-à-d. le dernier jour de données observées plus 14 jours).

Projections du pourcentage de positivité

- Pour chaque pathogène et chaque groupe d'âge, des modèles additifs généralisés sont adaptés aux données quotidiennes sur le pourcentage de positivité observées extraites du SILO pour la période couvrant les deux dernières années afin de générer des projections de 14 jours sur le pourcentage de positivité propre à chaque pathogène, avec des intervalles de prévision à 95 %.

- Les modèles additifs généralisés sont redressés à l'aide de splines cubiques restreintes appliquées à la date du dépistage, avec des nœuds espacés de 28 jours tout au long de l'été (c.-à-d. du 1er juin au 31 août inclusivement) et espacés de 14 jours pour le reste de la saison des virus respiratoires. Le nœud le plus récent est situé 14 jours après le dernier jour de données observées inclus dans le modèle, ce qui signifie que la projection de positivité est basée sur une interpolation linéaire du pourcentage de positivité.

- Les estimations projetées pour chaque groupe d'âge sont combinées afin d'estimer une projection globale pour chaque virus.

- Pour le modèle concernant la grippe, les pourcentages de positivité de la grippe A et B sont modélisés séparément et combinés pour former une projection globale de la grippe.

Projections du risque d'hospitalisation

- Les modèles linéaires généralisés sont fondés sur des variables indépendantes : le pourcentage de positivité quotidien propre au pathogène, la date, ainsi que les termes de Fournier sur la saisonnalité annuelle et semestrielle (pour redressement selon les tendances sous-jacentes des maladies respiratoires virales). Le nombre total d'hospitalisations rapportées selon l'âge pour la COVID-19, la grippe et le VRS correspond aux résultats d'intérêt (variable dépendante).

    - Les pourcentages de positivité de la grippe A et B sont inclus en tant que covariables distinctes selon l'âge.

    - Le modèle de calibrage est basé sur le pourcentage de positivité et les données d'hospitalisation pour la dernière période de deux ans à compter de la date d'extraction des données. Il est ensuite appliqué aux projections du pourcentage de positivité propre au virus (décrites ci-dessus, voir « Méthodes : projections du pourcentage de positivité ») afin d'obtenir des estimations hebdomadaires du risque projeté d'hospitalisation sur la période de 14 jours à venir, avec des intervalles de prévision à 95 %.

        - Pour assurer l’exactitude continue des poids de calage, des activités de calibrage et des évaluations de la performance prédictive ont lieu tout au long de la saison des virus respiratoires, et les changements sont documentés dans les rapports ultérieurs.

    - Plusieurs spécifications de modèle ont été envisagées, y compris différentes méthodes pour tenir compte de la saisonnalité (p. ex., le nombre de termes de Fourier), différentes approches pour l’application des splines de lissage (p. ex., la régression cubique), ainsi que différentes formes fonctionnelles de modèles (par exemple, les modèles linéaires généralisés et les modèles additifs généralisés). Le modèle le mieux ajusté a été défini comme celui présentant la plus petite erreur de prévision, comparé à un ensemble de données de test qui n’avait pas été inclus lors de l’entraînement du modèle.

- Le risque relatif d’hospitalisation est calculé en fonction d’une période où le risque d’hospitalisation est historiquement faible. Pour le calcul du risque, les risques hebdomadaires moyens estimés entre le 1er mai 2025 et le 30 juin 2026pour chaque groupe d’âge ont été utilisés. À titre indicatif, le nombre total moyen de nouvelles hospitalisations observées pour la COVID-19, la grippe et le VRS (c.-à-d. tous les virus combinés) durant cette période s’élevait à :

    - 10,8 par semaine chez les enfants;

    - 23,3 par semaine chez les adultes;

    - 47,2 par semaine chez les personnes âgées.

- Les seuils utilisés pour évaluer le risque d’hospitalisation et représentant un risque faible, moyen, élevé ou très élevé d’hospitalisation sont déterminés à l’aide d’une combinaison d’analyses empiriques de quintiles pour chaque groupe d’âge et de l’expertise disponible sur le sujet.

    - Ces seuils sont : 2,0, 3,0 et 5,0 respectivement.

Références

1. Statistique Canada. Tableau 17-10-0157-01 : Estimations de la population, 1er juillet, selon la région sociosanitaire et le groupe de régions homologues, limites de 2023 [En ligne]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada; 18 février 2026 [extrait le 9 mars 2026].

2. Rapport démographique. Population projections public health unit, 2024–2051 [dossier de données]. Toronto (Ontario) : ministère des Finances [producteur]; Toronto (Ontario) : ministère de la Santé, SavoirSanté Ontario [distributeur]; [données extraites le 12 septembre 2025].

3. GitHub. icescentral/covid19-lab-results [En ligne]. S.l.: GitHub; c2025 [cité le 25 août 2025]. Disponible à : https://github.com/icescentral/COVID19-Lab-Results/blob/master/COVID19_processing.ipynb

4. *Désignation de maladies*, Règl. de l'Ont. 135/18. Disponible à : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/180135

5. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7. Disponible à : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07

6. Gouvernement du Canada. Calendrier de la semaine ÉpiGrippe [En ligne]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2024 [modifié le 31 août 2026, cité le 09 septembre 2026]. Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/grippe-influenza/surveillance-influenza/calendrier-semaines-fluwatch.html

7. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Index de renseignements sur les analyses : respiratory viruses (including influenza) [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2026 [mis à jour le 31 août 2026, cité le 09 septembre 2026]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/fr/laboratory-services/test-information-index/virus-respiratory

8. Agence de la santé publique du Canada. Grippe : Rapport canadien de surveillance des virus respiratoires [En ligne]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, 2025 [modifié le 04 septembre 2026, cité le 09 septembre 2026]. Disponible à : https://sante-infobase.canada.ca/surveillance-virus-respiratoires/grippe.html

9. Agence de la santé publique du Canada. Rapport hebdomadaire sur l'influenza [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada; 2024 [modifié le 14 janvier 2026, cité le 3 juin 2026]. Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/grippe-influenza/surveillance-influenza/rapports-influenza-hebdomadaires.html

10. 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. Maladie : maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) Entrée en vigueur : octobre 2024 [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024 [cité le 4 octobre 2024]. Disponible à : https://www.ontario.ca/files/2024-11/moh-ophs-coronavirus-disease-2019-fr-2024-11-01.pdf

11. Ontario. Ministère de la Santé. Recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les établissements et les lieux d'hébergement collectif. Entrée en vigueur : février 2025 [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025 [cité le 31 juillet 2025]. Disponible à : https://www.ontario.ca/files/2025-02/moh-recommendations-for-outbreak-prevention-and-control-in-institutions-and-cls-fr-2025-02-28.pdf

12. 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. Maladie : Éclosions d'infections respiratoires dans les établissements et les hôpitaux publics. Entrée en vigueur : septembre 2025 [En ligne]. Toronto (Ontario) : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025 [cité le 1er octobre 2025]. Disponible à : https://www.ontario.ca/files/2025-09/moh-ophs-respiratory-infection-outbreaks-en-2025-09-17.pdf

13. Albani VVL, Albani RAS, Massad E, Zubelli JP. Nowcasting and forecasting COVID-19 waves: the recursive and stochastic nature of transmission. R Soc Open Sci. 2022;9(8):220489. Disponible à : https://doi.org/10.1098/rsos.220489

Annexe A : Indicateurs de COVID-19

Cas

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de cas durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 cas ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 cas → **Similaire**
    - diminution de 5 cas ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10% ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10% → **Similaire**
    - diminution de 10% ou plus → **En baisse**

Pourcentage de positivité

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était inférieur à 10 % :
    - augmentation de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 0,5 point de pourcentage → **Similaire**
    - diminution de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était de 10 % ou plus :
    - augmentation de 5 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 % → **Similaire**
    - diminution de 5 % ou plus → **En baisse**

Éclosions

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 éclosions ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 éclosions → **Similaire**
    - diminution de 5 éclosions ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10 % → **Similaire**
    - diminution de 10 % ou plus → **En baisse**

Évolution hebdomadaire globale des indicateurs

Pour interpréter l'évolution hebdomadaire des indicateurs, on tient compte du contexte épidémiologique actuel, qui comprend le nombre de cas, le nombre d'éclosions et le pourcentage de positivité. Lorsqu'un niveau de positivité est franchi (p. ex., de faible à modéré), cela peut également être pris en compte. En cas de discordance entre les évaluations des indicateurs individuels, on examine l'ampleur de la variation de chaque indicateur.

Annexe B : Indicateurs de grippe

Cas

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de cas durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 cas ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 cas → **Similaire**
    - diminution de 5 cas ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10 % → **Similaire**
    - diminution de 10 % ou plus → **En baisse**

Pourcentage de positivité

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était inférieur à 10 % :
    - augmentation de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 0,5 point de pourcentage → **Similaire**
    - diminution de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était de 10 % ou plus :
    - augmentation de 5 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 % → **Similaire**
    - diminution de 5 % ou plus → **En baisse**

Éclosions de grippe

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 éclosions ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 éclosions → **Similaire**
    - diminution de 5 éclosions ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10 % → **Similaire**
    - diminution de 10 % ou plus → **En baisse**

Évolution hebdomadaire globale des indicateurs

Pour interpréter l'évolution hebdomadaire des indicateurs, on tient compte du contexte épidémiologique actuel. Lorsqu'un niveau de positivité est franchi (p. ex., de faible à modéré), cela peut également être pris en compte. En cas de discordance entre les évaluations des indicateurs, on examine l'ampleur de la variation de chaque indicateur.

Annexe C : Indicateurs de VRS

Cas

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de cas durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 cas ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 cas → **Similaire**
    - diminution de 5 cas ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10 % → **Similaire**
    - diminution de 10 % ou plus → **En baisse**

Pourcentage de positivité

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était inférieur à 10 % :
    - augmentation de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 0,5 point de pourcentage → **Similaire**
    - diminution de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était de 10 % ou plus :
    - augmentation de 5 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 % → **Similaire**
    - diminution de 5 % ou plus → **En baisse**

Éclosions

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était inférieur à 50 :
    - augmentation de 5 éclosions ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 éclosions → **Similaire**
    - diminution de 5 éclosions ou plus → **En baisse**
- Si le nombre de nouvelles éclosions durant la semaine précédente était supérieur à 50 :
    - augmentation de 10 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 10 % → **Similaire**
    - diminution de 10 % ou plus → **En baisse**

Évolution hebdomadaire globale des indicateurs

Pour interpréter l'évolution hebdomadaire des indicateurs, on tient compte du contexte épidémiologique actuel. Lorsqu'un niveau de positivité est franchi (p. ex., de faible à modéré), cela peut également être pris en compte. En cas de discordance entre les évaluations des indicateurs, on examine l'ampleur de la variation de chaque indicateur.

Annexe D : Données relatives aux résultats pour les hôpitaux et les USI et dates de début

Tableau D1 : Dates de début des indicateurs d'occupation des lits

Maladie	Indicateur	Population	Date de début
COVID-19	Occupation des lits d'hôpital (total)	Global	1er avril 2020
COVID-19	Occupation des lits d'hôpital (total)	Par groupe d'âge*	11 octobre 2021
COVID-19	Occupation des lits d'hôpital (en raison d'une infection)	Global	9 janvier 2022
COVID-19	Occupation des lits d'USI	Global	1er avril 2020
COVID-19	Hospitalisations	Global	1er avril 2020
COVID-19	Hospitalisations	Par groupe d'âge*	11 octobre 2021
Grippe	Occupation des lits d'hôpital (total)	Global et par groupe d'âge**	27 novembre 2022
Grippe	Occupation des lits d'hôpital (en raison d'une infection)	Global	27 novembre 2022
Grippe	Occupation des lits d'USI	Global	8 août 2023
Grippe	Hospitalisations	Global	27 novembre 2022
VRS	Occupation des lits d'hôpital	Global et par groupe d'âge†	27 novembre 2022
VRS	Occupation des lits d'USI	Global	15 octobre 2024 (enfants) 20 octobre 2024 (tous les groupes)
VRS	Hospitalisations	Global	27 novembre 2022

*À partir du 2 septembre 2025, les groupes d'âge associés à l'occupation des lits et aux hospitalisations pour la COVID-19 ont changé et sont présentés comme suit : 0 à 4 ans, 5 à 17 ans, 18 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus. Les données par groupe d'âge ne seront pas mises à jour de façon rétroactive pour refléter les nouvelles catégories.

** L’occupation des lits pour la grippe chez les personnes âgées de 0 à 17 ans est présentée du 27 novembre 2022 au 31 octobre 2023 comme une strate unique et à partir du 1er novembre 2023 comme trois groupes d’âge mutuellement exclusifs (0 à 4 ans, 5 à 11 ans, 12 à 17 ans). À partir du 2 septembre 2025, les groupes d’âge concernant l’occupation des lits et les hospitalisations pour la grippe ont changé et sont présentés comme suit : 0 à 4 ans, 5 à 17 ans, 18 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus. Les données par groupe d’âge ne seront pas mises à jour de façon rétroactive pour refléter les nouvelles catégories.
†À partir du 2 septembre 2025, les groupes d’âge concernant l’occupation des lits et les hospitalisations pour le VRS ont changé et sont présentés comme suit : moins de 1 an, 1 an, 2 à 4 ans, 5 à 17 ans, 18 à 49 ans, 50 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus. Les données par groupe d’âge ne seront pas mises à jour de façon rétroactive pour refléter les nouvelles catégories.

Annexe E : Sources de données pour les niveaux de positivité et l'évaluation de l'évolution hebdomadaire des indicateurs

Tableau E1 : Source des données et dates pour les indicateurs utilisés dans les évaluations de l'évolution hebdomadaire des indicateurs par maladie

Maladie	Indicateur	Source des données et dates
COVID-19	Cas*	Solution CCM (jusqu'au 1er juin 2024) Extraits du SILO (à partir du 2 juin 2024)
COVID-19	Pourcentage de positivité	CO-RPD (jusqu'au 1er juin 2024)** SILO (après le 1er juin 2024)
COVID-19	Éclosions	Solution CCM (jusqu'au 1er juin 2024) SIISP (après le 1er juin 2024)
Grippe	Cas	SIISP pour tous les BSP, sauf Santé publique Toronto et Santé publique Ottawa (jusqu'au 12 octobre 2024) SIISP ou déclaration sous forme agrégée directement à SPO (du 12 octobre 2024 au 20 septembre 2025) Extraits du SILO (à partir du 21 septembre 2025)
Grippe	Pourcentage de positivité	Tableaux de détection des virus respiratoires du CIERPPC de l'ASPC (jusqu'au 12 octobre 2024)** SILO (après le 12 octobre 2024)
Grippe	Éclosions	SIISP
VRS†	Cas	Extraits du SILO (à partir du 30 août 2026)
VRS†	Pourcentage de positivité	SILO
VRS†	Éclosions	SIISP

*L'indicateur des cas de COVID-19 n'a pas été utilisé lors de l'évaluation de l'évolution hebdomadaire des indicateurs qui a eu lieu du 1er juin 2024 au 21 septembre 2025.

**Les sources de données que sont le CO-RPD et l'ASPC ont été éliminées de l'outil et remplacées par le SILO.

†Les évaluations du pourcentage de positivité et de l'évolution hebdomadaire de l'indicateur pour le VRS ont commencé la semaine du 13 octobre 2024. Les cas ont été inclus comme indicateur dans l'évaluation hebdomadaire de l'évolution des indicateurs du VRS à partir de la semaine du 30 août 2026.

Annexe F : Indicateurs des projections

Projections du pourcentage de positivité

- Toute variation à partir de 0 → **En hausse**
- Toute variation vers 0 → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était inférieur à 10 % :
    - augmentation de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 0,5 point de pourcentage → **Similaire**
    - diminution de 0,5 point de pourcentage ou plus → **En baisse**
- Si le pourcentage de positivité de la semaine précédente était de 10 % ou plus :
    - augmentation de 5 % ou plus → **En hausse**
    - variation de moins de 5 % → **Similaire**
    - diminution de 5 % ou plus → **En baisse**

Projections du risque d'hospitalisation

- augmentation de 5 % ou plus → **En hausse**
- variation de moins de 5 % → **Similaire**
- diminution de 5 % ou plus → **En baisse**

Annexe G : Lacunes dans les données

Tableau G1 : Liste des indicateurs et des lacunes actuelles dans les données

Indicateur	Lacune dans les données
Occupation des lits d'USI	Données d'USI manquantes pour la COVID-19, la grippe et le VRS en raison d'une panne de système touchant les données du 9 septembre au 20 octobre 2023
Hospitalisations	Données d'hospitalisation manquantes du 22 août au 1er septembre 2025
Occupation des lits d'hôpital	Données d'hospitalisation manquantes du 22 août au 1er septembre 2025
Données sur les analyses de laboratoire	Un changement apporté à la description de test dans la nomenclature du SILO a été mis en place par Santé Ontario le 30 avril 2026. Étant donné que les laboratoires ont adopté ce changement de manière graduelle, il y a eu des tests rejetés et des données d'analyse de virus respiratoires manquantes à partir de la semaine du 26 avril 2026. Les données ont été corrigées pour la période qui a suivi, mais les données historiques n'ont pas été mises à jour. Pour plusieurs laboratoires, le mappage des analyses de virus respiratoires dans le SILO a posé des problèmes qui ont entraîné des données de dépistage manquantes ou des soumissions inexactes. Ces problèmes ont été résolus pour la période qui a suivi; cependant, certaines données historiques restent manquantes ou ont été exclues en raison de ces problèmes. Les données manquantes ou exclues concernent notamment : • le Système de santé de Niagara, du 9 novembre 2024 au 1er octobre 2025; • Northwestern Health Unit Laboratories (Dr Peter D. Pan, Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre, Centre régional de santé de Dryden, Riverside Health Centre Facilities Inc.), du 1er janvier 2020 au 22 janvier 2026; • Humber River Hospital, du 1er janvier 2020 au 17 mars 2026.

Annexe H : But et objectifs du programme de surveillance des virus respiratoires en Ontario

But : Promouvoir une détection précoce et fournir des renseignements opportuns et complets sur les infections respiratoires virales en Ontario, y compris la grippe, la COVID-19 et le virus respiratoire syncytial (VRS), afin d'orienter les activités de prévention et de contrôle.

Objectifs :

1. Diffuser à plus grande échelle l'information sur l'activité des virus respiratoires et appuyer la mise en œuvre de mesures appropriées de prévention et de contrôle, ainsi que la collecte d'informations précises et opportunes qui permettront de faire ce qui suit :
    - déterminer l'apparition, la durée, la fin, les schémas géographiques, la gravité et la progression de l'activité saisonnière des virus respiratoires;
    - déterminer les événements inhabituels (p. ex., nouveaux agents pathogènes respiratoires, résultats ou syndromes inhabituels, sévérité ou répartition inhabituelles, et nouvelles souches grippales incluant des souches épizootiques, dérive ou décalage antigénique);
    - identifier les virus respiratoires dominants en circulation;
    - identifier les types et les sous-types de grippe afin de permettre des comparaisons entre les souches de grippe en circulation et les souches incluses dans le vaccin antigrippal de la saison en cours ou recommandées pour celui-ci;
    - estimer les indicateurs des maladies respiratoires virales tels que les taux d'attaque, les visites aux services des urgences, les taux d'hospitalisation et les taux de létalité;
    - identifier les groupes à risque élevé pour les maladies respiratoires virales et les complications qui s'ensuivent;
    - établir des comparaisons avec l'activité des virus respiratoires à l'échelle nationale et internationale.
2. Partager des données de surveillance exactes et opportunes avec les partenaires de la santé publique à l'échelle locale, provinciale, nationale et internationale afin de pouvoir faire ce qui suit :
    - prévoir et orienter les activités de prévention, d'intervention et de contrôle;
    - évaluer le traitement, la prophylaxie et les mesures de contrôle dans la gestion et la fin des éclosions;
    - orienter et éclairer une recherche opportune.

Annexe I : Semaines de surveillance

Tableau I1 : Semaines de surveillance pour la saison d'infections respiratoires 2026-2027

Semaine de surveillance	Date de début (dimanche)	Date de fin (samedi)
Semaine 35	30-août-2026	05-sept-2026
Semaine 36	06-sept-2026	12-sept-2026
Semaine 37	13-sept-2026	19-sept-2026
Semaine 38	20-sept-2026	26-sept-2026
Semaine 39	27-sept-2026	03-oct-2026
Semaine 40	04-oct-2026	10-oct-2026
Semaine 41	11-oct-2026	17-oct-2026
Semaine 42	18-oct-2026	24-oct-2026
Semaine 43	25-oct-2026	31-oct-2026
Semaine 44	01-nov-2026	07-nov-2026
Semaine 45	08-nov-2026	14-nov-2026
Semaine 46	15-nov-2026	21-nov-2026
Semaine 47	22-nov-2026	28-nov-2026
Semaine 48	29-nov-2026	05-déc-2026
Semaine 49	06-déc-2026	12-déc-2026
Semaine 50	13-déc-2026	19-déc-2026
Semaine 51	20-déc-2026	26-déc-2026
Semaine 52	27-déc-2026	02-janv-2027
Semaine 1	03-janv-2027	09-janv-2027
Semaine 2	10-janv-2027	16-janv-2027

Semaine de surveillance	Date de début (dimanche)	Date de fin (samedi)
Semaine 3	17-janv-2027	23-janv-2027
Semaine 4	24-janv-2027	30-janv-2027
Semaine 5	31-janv-2027	06-fév-2027
Semaine 6	07-fév-2027	13-fév-2027
Semaine 7	14-fév-2027	20-fév-2027
Semaine 8	21-fév-2027	27-fév-2027
Semaine 9	28-fév-2027	06-mars-2027
Semaine 10	07-mars-2027	13-mars-2027
Semaine 11	14-mars-2027	20-mars-2027
Semaine 12	21-mars-2027	27-mars-2027
Semaine 13	28-mars-2027	03-avr-2027
Semaine 14	04-avr-2027	10-avr-2027
Semaine 15	11-avr-2027	17-avr-2027
Semaine 16	18-avr-2027	24-avr-2027
Semaine 17	25-avr-2027	01-mai-2027
Semaine 18	02-mai-2027	08-mai-2027
Semaine 19	09-mai-2027	15-mai-2027
Semaine 20	16-mai-2027	22-mai-2027
Semaine 21	23-mai-2027	29-mai-2027
Semaine 22	30-mai-2027	05-juin-2027
Semaine 23	06-juin-2027	12-juin-2027
Semaine 24	13-juin-2027	19-juin-2027
Semaine 25	20-juin-2027	26-juin-2027

Semaine de surveillance	Date de début (dimanche)	Date de fin (samedi)
Semaine 26	27-juin-2027	03-juill-2027
Semaine 27	04-juill-2027	10-juill-2027
Semaine 28	11-juill-2027	17-juill-2027
Semaine 29	18-juill-2027	24-juill-2027
Semaine 30	25-juill-2027	31-juill-2027
Semaine 31	01-août-2027	07-août-2027
Semaine 32	08-août-2027	14-août-2027
Semaine 33	15-août-2027	21-août-2027
Semaine 34	22-août-2027	28-août-2027
Semaine 35 (2027-2028)	29-août-2027	04-sept-2027

Santé publique Ontario
661, avenue University, bureau 1701
Toronto (Ontario)
M5G 1M1
416 235-6556
communications@oahpp.ca
publichealthontario.ca

Ontario