

Ministry of Health

Office of Chief Medical Officer
of Health, Public Health

Box 12
Toronto ON M7A 1N3
Tel.: 416 212-3831
Fax: 416 325-8412

Ministère de la Santé

Bureau du médecin hygiéniste
en chef, santé publique

Boîte à lettres 12
Toronto (Ontario) M7A 1N3
Tél. : 416 212-3831
Télééc. : 416 325-8412

20 mai 2022

**ARTICLE 77.6 DE LA LOI SUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA
SANTÉ**

ORDRE DU MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF

**(Ordre enjoignant les hôpitaux publics à communiquer des renseignements en
lien avec l'hépatite aiguë grave d'origine inconnue chez les enfants)**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO

**ORDRE DU MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF EN APPLICATION DE L'ARTICLE 77.6
DE LA LOI SUR LA PROTECTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ**

L.R.O. 1990, ch. H.2 (la « loi »)

ATTENDU QUE, en application de l'article 77.6 de la loi, le médecin hygiéniste en chef, s'il est d'avis qu'il existe un danger immédiat et grave pour la santé de personnes quelque part en Ontario, peut donner un ordre enjoignant à tout dépositaire de renseignements sur la santé, comme le définit la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, de lui fournir ou de fournir à son délégué tout renseignement qui y est précisé;

ET ATTENDU QUE, en application du paragraphe 77.6 (2), le médecin hygiéniste en chef, est d'avis, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, que les renseignements sont nécessaires pour enquêter sur le danger immédiat et grave existant pour la santé de toute personne en Ontario atteinte de l'hépatite aiguë grave d'origine inconnue chez les enfants, ou pour éliminer ou réduire celle-ci;

ET ATTENDU QUE, en application du paragraphe 77.6 (3), les renseignements fournis dans cet ordre peuvent être divulgués ou utilisés uniquement pour enquêter sur le danger, ou pour éliminer ou réduire celui-ci et à nulle autre fin;

ET ATTENDU QUE, en application du paragraphe 77.6 (1), le médecin hygiéniste en chef peut demander à tout dépositaire de renseignements sur la santé qui est précisé dans cet ordre de divulguer les renseignements, notamment des renseignements personnels sur la santé, à un délégué;

ET COMPTE TENU de l'hépatite aiguë grave d'origine inconnue chez les enfants, les cas suivants ont été observés à l'échelle internationale : Depuis octobre 2021, il y a eu, à la date du présent ordre, au moins 348 cas probables d'hépatite aiguë d'origine inconnue déclarés chez les enfants âgés d'un mois à 16 ans dans 21 pays.

Ces cas sont négatifs pour les virus de l'hépatite A, B, C, D et E, et présentent des niveaux d'aspartate aminotransférase (AST) ou d'alanine aminotransférase (ALT) supérieurs à 500 U/L. L'étiologie est inconnue et une enquête active se poursuit, bien que le SRAS-CoV-2 et l'adénovirus ont été identifiés chez certains cas.

ET COMPTE TENU de certains cas ayant nécessité des transferts dans des unités spécialisées dans le foie des enfants, certains ont nécessité une transplantation du foie, et au moins un décès est survenu à la suite d'une infection.

LE MÉDECIN HYGIÉNISTE EN CHEF ORDONNE DONC, conformément aux dispositions de l'article 77.6 de la loi, que :

1. Toute personne ou entité qui exploite un hôpital au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics* (« hôpital public »), tout établissement, immeuble ou autre lieu établi aux fins de traitement des patients et qui est approuvé en application de la *Loi sur les hôpitaux publics* en tant qu'hôpital public, doit communiquer au délégué du médecin hygiéniste en chef et à l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (« Santé publique Ontario »), les renseignements décrits à l'annexe B (« Formulaire de déclaration de cas ») concernant tous les cas d'hépatite aiguë grave d'origine inconnue chez les enfants (« patients ») et les cas qui répondent à la définition de cas probable de l'annexe A (les « renseignements »). L'hôpital public doit déployer tous les efforts possibles pour obtenir les renseignements auprès du parent ou du tuteur (ou de l'enfant, le cas échéant) mentionnés dans les sections 7 à 11 du Formulaire de déclaration de cas (annexe B).
2. Chaque hôpital public doit divulguer les renseignements à Santé publique Ontario dans un délai d'un (1) jour ouvrable suivant la date à laquelle il

apprend qu'il a un patient qui répond à la définition de cas probable de l'annexe A.

3. Tous les hôpitaux publics doivent divulguer les renseignements à Santé publique Ontario. Si un hôpital public a un patient qui répond à la définition de cas probable de l'annexe A, celui-ci doit communiquer avec Santé publique Ontario au 647 260-7619 et fournir le nom et les coordonnées du patient pour que Santé publique Ontario communique avec un représentant de l'hôpital public afin de déclarer les renseignements sur le Formulaire de déclaration de cas. En dehors des heures d'ouverture, le représentant de l'hôpital public peut composer le numéro de téléphone ci-dessus et laisser un message sans fournir de renseignements personnels sur la santé.

Cet ordre entre immédiatement en vigueur et le demeure jusqu'à ce qu'il soit révoqué.

Fait à Toronto le 20 jour de mai 2022.



Dr Kieran Moore

Médecin hygiéniste en chef

Pour plus d'informations sur l'hépatite aiguë et les communications publiées par le Bureau du médecin hygiéniste en chef, veuillez visiter https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/acute_hepatitis/default.aspx.

ANNEXE A

DÉFINITIONS DES CAS d'hépatite aiguë grave d'origine inconnue chez les enfants.

Cas confirmé

- S.O. pour le moment.

Cas probable

- Une personne âgée de 16 ans et moins présentant des signes cliniques¹ d'une hépatite aiguë sévère depuis le 1er octobre 2021 et nécessitant une hospitalisation,

ET

- une transaminase sérique élevée >500 UI/L (AST ou ALT) ou un RIN >2.0,

ET

- à l'exclusion d'hépatite causée ou attribuée à un virus de l'hépatite (A, B, C, D, E²) ou à une présentation connue ou attendue d'une drogue ou d'un médicament ; une condition génétique, congénitale ou métabolique ; une condition oncologique, vasculaire, ou ischémique; ou une aggravation aiguë d'une hépatite chronique.

¹ Les signes cliniques de l'hépatite peuvent inclure une jaunisse, une urine foncée, des selles pâles ou des symptômes non spécifiques (par exemple, nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales).

² Si les résultats de la sérologie de l'hépatite D ou E sont en attente ou le test n'a pas été effectué, mais que les autres critères sont remplis, ils peuvent être déclarés et seront classés comme des cas probables.

ANNEXE B

Ce formulaire de déclaration de cas nécessitera des informations de la part de l'équipe clinique et du parent/tuteur de l'enfant (ou du cas lui-même s'il s'agit d'un adulte).

Date de déclaration à l'ASPC (jj/mm/aaaa) :		Déclaration initiale Mise à jour de la déclaration	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Section 1 : Détails de l'enquêteur			
Autorité de santé publique			
Nom :		Titre :	
Téléphone portable :		Adresse électronique :	
Province ou territoire :			
Clinicien			
Nom :		Titre :	
Téléphone portable :		Adresse électronique :	
Organisation:		Date de l'entrevue (jj/mm/aaaa) :	

PARTIE A : INFORMATIONS CLINIQUES

Section 2 : Information sur le cas

Prénom :		Nom de famille :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)):		Identifiant personnel de santé :	
Sexe	Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Adresse au cours des 5 mois précédant le diagnostic Précisez s'il y avait une autre adresse pendant la période	

Section 3 : État actuel du cas

Vivant, a récupéré et est sorti de l'hôpital	<input type="checkbox"/>
Vivant, sorti de l'hôpital, en convalescence	<input type="checkbox"/>
Vivant, hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Vivant, aux soins intensifs	<input type="checkbox"/>
Décédé	<input type="checkbox"/>
Inconnu	<input type="checkbox"/>
Plus d'informations :	
Nom de l'hôpital où le diagnostic d'hépatite aiguë a été posé:	----- Inconnu <input type="checkbox"/>

Une transplantation hépatique a-t-elle été nécessaire?	Oui <input type="checkbox"/>	Nom de l'hôpital et date de la transplantation hépatique, si applicable :	Nom de l'hôpital -----
	Non <input type="checkbox"/>		Inconnu <input type="checkbox"/>
	Inconnu <input type="checkbox"/>		Date -----
			Inconnu <input type="checkbox"/>

Section 4 : Présentation de la maladie du cas

Veillez fournir un résumé des symptômes et des signes de la maladie présentée (y compris les symptômes prodromiques) et les dates d'apparition si elles sont connues :

Symptôme	Présence du symptôme	Date d'apparition des symptômes (jj/mm/aaaa)
Jaunisse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Nausées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Douleurs abdominales/crampes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Selles sanglantes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Selles pâles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Urines foncées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Éruptions cutanées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Vomissements	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Symptômes respiratoires - essoufflement, toux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /

Section 4 : Présentation de la maladie du cas

Veillez fournir un résumé des symptômes et des signes de la maladie présentée (y compris les symptômes prodromiques) et les dates d'apparition si elles sont connues :

Symptôme	Présence du symptôme	Date d'apparition des symptômes (jj/mm/aaaa)
Symptômes des voies respiratoires supérieures - écoulement nasal, congestion, mal de gorge	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Fièvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Malaise/ fatigue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Conjonctivite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /
Autre (veuillez préciser ci-dessous) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	/ /

Veillez fournir les coordonnées cliniques de cette présentation :

Contact clinique	Contacts cliniques pendant cette présentation	Date d'admission- Date de congé (jj/mm/aaaa)
Visite chez le médecin de famille ou le pédiatre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Visite aux urgences	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Admission à l'hôpital (pour au moins une nuit)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Admission aux soins intensifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

Marqueur de laboratoire	Résultats	Non testé	En attente	Date de collecte de l'échantillon (jj/mm/aaaa)
Taux le plus élevé d'ALT				/ /
Taux le plus élevé d'AST				/ /
Taux le plus élevé de bilirubine				/ /
RNI le plus élevé (IRN)				/ /
Taux le plus élevé de ferritine				/ /

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

Maladies infectieuses	Déecté	Non déecté	Non testé	En attente	Date de collecte de l'échantillon
CMV : PCR à partir du sang (indiquer la charge virale si connue)					/ /
VEB : PCR à partir du sang (indiquer la charge virale si disponible)					/ /
Entérovirus : PCR à partir du sang (indiquer la charge virale si connue)					/ /
VHS-1 : PCR à partir du sang (indiquer la charge virale si connue)					/ /
VHS-2 : PCR à partir du sang (indiquer la charge virale si connue)					/ /
VHA : PCR à partir du sang si réalisée, ou selles (préciser)					/ /
VHA : IgG					/ /
VHA : IgM					/ /
VHB (AgHBs)					/ /

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

VHB : ADN					/ /
Test d'anticorps contre l'hépatite B (veuillez préciser)					/ /
VHC : Ac					/ /
VHC : ARN					/ /
VHE : IgM					/ /
VHE : IgG					/ /
VHE : PCR à partir du sang (ou des selles) - veuillez préciser					/ /
Adénovirus - échantillon de selles					/ /
Adénovirus - échantillon respiratoire					/ /
Adénovirus - échantillon de sang (indiquer la charge virale)					/ /
Adénovirus - autre échantillon					/ /

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

Adénovirus – géotypage (indiquer l'échantillon utilisé)					/ /
SARS-CoV-2 PCR - échantillon respiratoire					/ /
Taux d'anticorps anti- protéine S et/ou anti-N SARS-CoV-2					/ /
VRS : PCR - échantillon respiratoire					/ /
Influenza : PCR - échantillon respiratoire					/ /
Entérovirus : PCR - échantillon respiratoire					/ /
Varicelle : PCR dans le sang					/ /
Parvovirus B19 : IgM ou IgG ou PCR, veuillez préciser					/ /
PCR à partir des selles : norovirus et/ou entérovirus (sélectionnez ceux qui sont inclus s'ils ne sont pas tous disponibles)					/ /

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

Toxicologie	Détecté	Non détecté	Non testé	En attente	Date de collecte de l'échantillon
Détection de métaux lourds : Plomb					/ /
Dépistage des métaux lourds : Arsenic					/ /
Dépistage des métaux lourds : Mercure					/ /
Dépistage de drogues : Concentration maximale d'acétaminophène					/ /
Dépistage toxicologique urinaire (veuillez fournir les détails de tout résultat positif)					/ /

Section 5 : Résultats de laboratoire / Toxicologie / Investigations

NOTE : veuillez suivre les lignes directrices/directives provinciales pour les tests de laboratoire. Veuillez fournir les résultats de tous les tests effectués.

Enquêtes	Exécuté	Si oui, veuillez résumer les résultats :	Date du test
Radiologie :			
Biopsie du foie* (résumez le rapport histopathologique, en précisant si les lésions commencent au niveau des voies portales ou si elles sont diffuses)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		/ /
Liste des colorations immunohistochimiques réalisées (adénovirus/CMV/VEB etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		/ /

*Ne pas être considéré comme un test recommandé / obligatoire, en fonction des besoins cliniques.

Section 6 : Antécédents médicaux et de santé du cas

Le cas avait-il la COVID-19 ? Oui Suspect Inconnu Non

A-t-il été confirmé par un test (épisode le plus récent) ? Oui [PCR ; test rapide
Non

Date d'apparition des symptômes (épisode le plus récent) (jj/mm/aaaa) :

Veillez résumer toute autre maladie antérieure ayant nécessité un traitement/des soins dans les 5 mois précédant le diagnostic.

Type de maladie (p.ex. maladie gastro-intestinale, blessure)	Hospitalisation nécessaire (oui/non)	Date d'apparition/jours jusqu'à la résolution	Symptômes primaires	Prise de médicaments en vente libre ou prescrits
Veillez décrire tout autre médicament prescrit au cas dans les 5 mois précédant le diagnostic.				
Le cas présente-t-il une pathologie sous-jacente ? Y compris les troubles hépatiques/métaboliques/auto-immuns/ischémiques.		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, détails : (diagnostic, date du diagnostic, médicaments)		/ /		
Le cas est-il immunodéprimé ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, détails : (condition (y compris si elle est primaire, secondaire ou liée à un médicament), date du diagnostic, médication)				

Le cas prend-il ou a-t-il pris des suppléments ou des médicaments acquis, en vente libre, achetés sur Internet ou accédés par toute autre méthode ? (Y compris des plantes médicinales, des médecines alternatives, des vitamines ou d'autres suppléments) ; plus précisément, du acétaminophène/des anti-inflammatoires (par ex. aspirine, ibuprofène)/des anticonvulsivants dans les 5 mois précédant le diagnostic	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, détails : (produit, dose et fréquence, lieu d'achat)	
Le cas a-t-il reçu un vaccin dans les 5 mois précédant le diagnostic ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, détails : (type, date d'administration)	
Le patient a-t-il reçu un vaccin contre la COVID-19?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date:
Le patient a-t-il une hépatite auto-immune? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Si oui, détails:
Le patient a-t-il une LHH (Lymphohistiocytose hémophagocytaire)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Si oui, détails:

PARTIE B : INFORMATIONS SUR LES EXPOSITIONS

Section 7 : Détails de la personne interrogée (parent/tuteur ou cas lui-même)

Nom de la personne interrogée :		Relation avec le cas (si la personne interrogée n'est pas le cas) :	
Téléphone portable :		Adresse électronique :	

Section 8 : Exposition à des contacts malades³

Le cas va-t-il régulièrement à la garderie ou à l'école ? Oui Non

Fournissez des détails récents sur les maladies ou les infections parmi les contacts étroits, y compris les contextes de groupe (p.ex. éclosion en classe) dans les 5 mois précédant le diagnostic du cas, si connus :

Nature du contact (ménage, garderie, etc.)	Type de maladie (par exemple, gastro, COVID-19)	Date d'apparition des symptômes ou résultat du test (si asymptomatique)
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

Des contacts étroits ont-ils eu la jaunisse ou une affection similaire (symptômes gastro-intestinaux, etc.) dans les 5 mois précédant le diagnostic du cas ?

Oui Non

Section 9: Exposition à un animal

Le cas a-t-il eu des contacts avec des animaux? Oui Non

Si oui, précisez le type d'animal (p. ex. chien, chat, cochon d'Inde, bétail, volaille de basse-cour, petite ferme):

³ Les contacts étroits sont définis comme ayant soigné, vécu avec, passé beaucoup de temps à proximité (par exemple, un collègue, une garderie) ou avoir eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires et d'autres liquides corporels (par exemple, des matières fécales) dans les 5 mois précédant le début du cas

Section 10 : Historique des voyages

Au cours des 5 mois précédant le diagnostic de l'hépatite aiguë, le cas a-t-il effectué des excursions d'une journée, des voyages et/ou des visites de nuit dans d'autres ménages ou lieux)?
Veuillez-vous assurer d'inclure tout voyage ou séjour dans une autre province du Canada et à l'extérieur du Canada.

Oui Non

Si oui, précisez la province, le territoire (cercle) ou le pays :

CB AB SK MB ON QC NB NÉ IPÉ TNL YT TNO
NT

Un contact familial a-t-il voyagé ou le cas a-t-il été en contact étroit avec des visiteurs au cours des 5 mois précédant le diagnostic ? Veuillez-vous assurer d'inclure tout voyage ou visiteur d'une autre province au Canada et à l'extérieur du Canada.

Oui Non

Si oui, précisez la province, le territoire (cercle) ou le pays :

CB AB SK MB ON QC NB NÉ IPÉ TNL YT TNO
NT

Section 11 : Toute autre information

Y a-t-il d'autres événements, interactions ou expériences remarquables au cours des 5 mois précédant le diagnostic qui n'ont pas été abordés jusqu'à présent et qui pourraient être importants ou que vous soupçonnez d'avoir causé ou contribué à la maladie ? Cela peut inclure des fêtes ou des réceptions.

FIN DU QUESTIONNAIRE