



Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des infections à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des patients vaccinés contre la COVID-19 dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée

Juin 2021

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario fournit un soutien scientifique et technique expert au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne :

- les maladies transmissibles et infectieuses
- la prévention et contrôle des infections
- la santé environnementale et au travail
- la préparation aux situations d'urgence
- la promotion de la santé, la prévention des maladies chroniques et des blessures
- les services de laboratoire en santé publique

Les activités de Santé publique Ontario comprennent aussi la surveillance continue, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour de plus amples renseignements, rendez-vous à www.publichealthontario.ca.

Modèle proposé pour citer le document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Lignes directrices provisoires sur la prévention et le contrôle des infections à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des patients vaccinés contre la COVID-19 dans les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée. Toronto (ONTARIO) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.

Santé publique Ontario remercie le Gouvernement de l'Ontario pour son soutien financier.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.

Avis de non-responsabilité

Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses sur la prévention et le contrôle des infections (CCPMI-PCI) a conçu le présent document. Le CCPMI-PCI est un organisme consultatif scientifique multidisciplinaire qui fournit des conseils fondés sur des données probantes à Santé publique Ontario (SPO) concernant la prévention et le contrôle des infections associées aux soins de santé. Les travaux du CCPMIIPC s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication et sont mis à jour au besoin. Les documents de pratiques exemplaires et outils produits par le CCPMI-PCI reflètent les positions consensuelles sur ce que le comité considère comme des pratiques prudentes et sont mis à la disposition des professionnels de la santé publique et des fournisseurs de soins de santé. 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.

REMARQUES : Le présent document vise uniquement à présenter des pratiques exemplaires.

Nous invitons les établissements de soins de santé à faire le nécessaire pour mettre en œuvre ces pratiques exemplaires afin d'améliorer la qualité des soins.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Tél. : 647-260-7100 Courriel : pidac@oahpp.ca

Auteurs/collaborateurs

Santé publique Ontario tient à souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes, qui ont participé à l'élaboration du présent document :

Membres du CCPMI-PCI :

Dr Matthew Muller, président

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, Hôpital St. Michael, Toronto

Maria Louise Azzara

Spécialiste de la prévention et du contrôle des infections, York Region Community and Health Services, Richmond Hill

Natalie Bruce

Cheffe, prévention et contrôle des infections, Hôpital d'Ottawa, Ottawa

Dr William Ciccotelli

Maladies infectieuses et microbiologie médicale, Hôpital Grand River, Kitchener

Zahir Hirji

Chef, vie privée et gestion du risque, Scarborough Health Network, Toronto

Dre Susy Hota

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, University Health Network, Toronto

Dr Dominik Mertz

Professeur agrégé, directeur médical, contrôle des infections, Centre des sciences de la santé de Hamilton, Hamilton

Vydia Nankooosingh

Cheffe, prévention et contrôle des infections, Scarborough Health Network, Toronto

Dr Herveen Sachdeva

Médecin hygiéniste adjointe, Bureau de santé publique de Toronto, Toronto

Laurie Streitenberger

Cheffe principale, prévention et contrôle des infections, The Hospital for Sick Children, Toronto

Membres d'office

Sandra Callery

Conseillère principale, protection de la santé, science et santé publique, PHO

Melissa Helferty

Cheffe, politiques et programmes en matière de maladies infectieuses, ministère de la Santé

Dr Samir Patel

Microbiologiste clinicien et directeur général adjoint, recherches de laboratoires, SPO

Dr Nikhil Rajaram

Médecin provincial, Direction de la santé et de la sécurité au travail, ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences

Dre Michelle Science

Médecin, prévention et contrôle des infections, SPO

Experts-conseils :

Dre Jennie Johnstone

Directrice médicale, prévention et contrôle des infections, Sinai Health, Toronto

Dr Kevin Katz

Directeur médical, prévention et contrôle des infections, Hôpital général de North York, Toronto

Personnel de Santé publique Ontario :

Dre Maureen Cividino (jusqu'en avril 2021)

Médecin, prévention et contrôle des infections

Mabel Lim

Spécialiste en programmes, prévention et contrôle des infections

Dre Jeya Nadarajah

Médecin, prévention et contrôle des infections

Dariusz Pajak

Spécialiste régional, prévention et contrôle des maladies infectieuses à l'échelle régionale

Dre Jennifer Robertson

Cheffe, soutien en recherche, évaluation et amélioration continue de la qualité

Jeff Smith

Coordonnateur de la recherche

Table des matières

| | |
|---|----|
| Glossaire..... | 2 |
| Préambule..... | 4 |
| 1. Test de dépistage pour les FSS et les patients vaccinés | 6 |
| 2. Pratiques courantes..... | 9 |
| 3. Mesures de précaution additionnelles pour les soins aux patients présumés ou confirmés atteints de la COVID-19 ou aux patients exposés à la COVID-19 | 10 |
| 4. Placement des patients vaccinés..... | 11 |
| 5. Vaccination des FSS contre la COVID-19 | 12 |
| 6. Affectation clinique des FSS selon leur statut vaccinal | 13 |
| 6.1 Considérations pour l'affectation des FSS afin de réduire les risques qu'ils contractent la COVID-19 | 13 |
| 6.2 Considérations pour l'affectation des FSS afin de réduire les risques de contraction de la COVID-19 pour les patients | 14 |
| 7. Gestion de FSS vaccinés..... | 15 |
| 7.1 Les FSS qui présentent des symptômes..... | 15 |
| 7.2 Les FSS exposés à la COVID-19..... | 15 |
| 7.3 Les FSS travaillant dans une unité touchée par une éclosion..... | 17 |
| 8. Recommandations..... | 18 |
| Bibliographie | 19 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Recommandations pour les tests de dépistage de la COVID-19 des patients vaccinés | 7 |
| Tableau 2. Recommandations pour les tests de dépistage de la COVID-19 des FSS vaccinés..... | 8 |
| Tableau 3. Façons d'évaluer et de gérer les risques que présentent les FSS qui ont été exposés à un cas de COVID-19. [¶] | 16 |

Abréviations

| | |
|------------|---|
| IMGA | Intervention médicale générant des aérosols |
| COVID-19 | Maladie à coronavirus 2019 |
| FSS | Fournisseur de soins de santé |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| SLD | Soins de longue durée |
| FSLD | Foyer de soins de longue durée |
| SST | Santé et Sécurité au travail |
| ÉPI | Équipement de protection individuelle |
| SRAS-CoV-2 | Syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2 |
| VP | Variant préoccupant |

Glossaire

Précaution contre la transmission par contacts : Précautions adoptées en plus des pratiques de base pour réduire les risques de transmission d'agents infectieux par contact avec une personne infectée.

Précautions contre la transmission par gouttelettes : Précautions adoptées en plus des pratiques de base pour les clients/patients/résidents qui ont une infection ou qui sont soupçonnés d'avoir une infection qui se transmet par de grosses gouttelettes infectieuses.

Hygiène des mains : Expression faisant référence à tout ce qui touche le nettoyage des mains. L'hygiène des mains consiste à enlever la saleté visible et à éliminer ou tuer les microorganismes transitoires se trouvant sur les mains. Elle comprend l'utilisation de savon et d'eau courante ou d'un désinfectant pour les mains à base d'alcool. Elle comprend aussi l'antisepsie chirurgicale des mains.

Établissement de soins de santé : Un ensemble d'infrastructures matérielles permettant la prestation de services reliés à la santé. Le domicile du client/patient/résident n'est pas une installation de soins de santé ni les cabinets de médecins, de dentistes ou d'autres professionnels de la santé où des soins de santé peuvent être prodigués.

Fournisseur de soins de santé (FSS) : Toute personne prodiguant des soins à un patient. Il peut s'agir, entre autres, des personnes suivantes : intervenants des services d'urgence, médecins, dentistes, personnel infirmier, thérapeutes respiratoires et autres professionnels de la santé, préposés aux services de soutien à la personne, enseignants cliniques, étudiants et préposés aux soins à domicile. Les bénévoles qui prodiguent des soins dans des centres de soins non actifs font également partie des fournisseurs de soins de santé. Voir aussi [personnel](#).

Milieu de soins de santé : Milieu où des soins de santé sont prodigués, y compris les milieux qui dispensent des soins d'urgence, les hôpitaux, les établissements de soins continus complexes, les hôpitaux de réadaptation, les foyers de soins de longue durée, les établissements de santé mentale, les cliniques de consultation externes, les centres et les cliniques de santé communautaires, les cabinets de médecins, de dentistes et d'autres professionnels de la santé et les soins à domicile.

Équipement de protection individuelle (ÉPI) : Vêtement ou matériel porté pour se protéger contre des substances dangereuses.

Personnel : Toute personne qui exerce des activités dans des milieux de soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les [fournisseurs de soins de santé](#).

Personnes vaccinées : Les fournisseurs de soins de santé et les patients qui sont entièrement vaccinés, c'est-à-dire qui ont reçu TOUTES les doses requises d'un vaccin contre la COVID-19 approuvé par Santé Canada et pour qui une période de 14 jours s'est écoulée suivant leur dernière dose du vaccin. ¹

Variant préoccupant (VP) : Un variant est préoccupant lorsque dans le cadre d'une étude comparative il est démontré qu'il répond à l'une ou plusieurs des conditions suivantes :

i) Il est associé à une transmission accrue ou un changement défavorable de l'épidémiologie de la COVID-19; à une virulence accrue ou un changement dans le tableau clinique de la maladie; ou à une diminution de l'efficacité des diagnostics, des vaccins, des thérapies ou des mesures sanitaires; OU (ii) l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) détermine qu'il s'agit d'un variant préoccupant (VP) ; OU (iii) le groupe d'experts canadiens sur les variants du SRAS-CoV-2 détermine qu'il s'agit d'un VP.²

Préambule

Il existe quatre vaccins contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) approuvés pour leur utilisation au Canada.³ Tous offrent une protection importante contre la COVID-19 symptomatique et contre les formes graves de la maladie exigeant l'hospitalisation.⁴⁻¹⁴ Des données préliminaires donnent à penser que ces vaccins réduisent la transmission de la COVID-19,¹⁵⁻³⁰ soit en prévenant l'infection au virus du syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2 (SRAS-CoV-2) soit en réduisant l'incidence de la maladie symptomatique, qui se transmet davantage que la COVID-19 asymptomatique.³¹ La durée de cette protection et l'impact des nouveaux VP sur l'efficacité vaccinale ne sont pas totalement connus pour le moment.

En Ontario, les fournisseurs de soins de santé (FSS) ont été un des premiers groupes prioritaires pour la vaccination³² et on a offert à tous le vaccin, quoique bon nombre d'entre eux demeurent non vaccinés ou partiellement vaccinés.³³

Dans un tel contexte, la question se pose à savoir quels tests de dépistage et quelles interventions en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) demeurent requis pour les FSS vaccinés et lesquels ne sont plus nécessaires vu le risque réduit pour les FSS vaccinés. Des questions similaires se poseront également dans le cas des patients vaccinés lorsqu'un pourcentage plus élevé de la population générale sera vacciné.

Le présent document formule des recommandations provisoires à savoir si et de quelles façons les pratiques en matière de prévention et contrôle des infections (PCI) et de santé et sécurité au travail (SST) doivent être modifiées pour la gestion des patients et des FSS vaccinés contre la COVID-19 dans des établissements de soins de santé actifs, de soins non actifs et de soins de longue durée. Ces recommandations changeront lorsqu'un pourcentage plus élevé de la population sera vacciné et que l'incidence de la COVID-19 aura diminué et lorsque nous comprendrons mieux l'impact des nouveaux VP sur l'efficacité vaccinale et l'impact de la vaccination dans différents milieux de soins de santé et sur différentes populations de patients. Aux fins du présent document, les FSS et les patients sont considérés comme vaccinés quatorze jours après avoir reçu la dernière dose d'un ou l'autre des vaccins approuvés par Santé Canada (c.-à-d. "entièrement vaccinés").

Sauf indication contraire, la gestion des FSS ou des patients qui ne sont pas encore entièrement vaccinés sera similaire à la gestion des patients ou des FSS non vaccinés. Dans le présent document, le terme "patient" comprend les personnes qui reçoivent des soins de santé à l'hôpital ou dans un foyer de soins de longue durée.

Les personnes vaccinées (FSS ou patients) sont celles qui sont entièrement vaccinées, c'est-à-dire qui ont reçu TOUTES les doses requises d'un ou l'autre des vaccins contre la COVID-19 approuvés par Santé Canada et lorsqu'une période de quatorze jours s'est écoulée depuis la dernière dose.

Le présent document s'adresse aux personnes qui ont un rôle à jouer en matière de prévention et contrôle des infections (PCI), de sécurité des patients, d'amélioration de la qualité, de gestion du risque ou de santé et sécurité au travail (SST) dans les établissements de soins actifs, de soins non actifs ou de soins de longue durée. Aussi, l'information qu'il contient sera également utile pour les administrateurs et les cliniciens.

Ces recommandations doivent être interprétées dans le contexte des recommandations de la Santé publique pour la gestion des personnes vaccinées (entièrement ou partiellement) et non vaccinées au sein de la collectivité.

1. Test de dépistage pour les FSS et les patients vaccinés

Étant donné qu'aucun des vaccins contre la COVID-19 approuvés n'est efficace à cent pour cent, ^{13, 14, 34-36} les tests de dépistage de la COVID-19 demeureront importants pour une période indéfinie, quoique les conditions pour le dépistage changeront. Pour le moment, il est prudent de continuer d'effectuer des tests auprès des FSS et des patients qui présentent des symptômes de la COVID-19 et de surveiller les personnes dont le niveau d'exposition au virus de la COVID-19 est élevé. ³⁷

Inversement, la probabilité que des personnes non exposées à la COVID-19 et asymptomatiques soient infectées est beaucoup plus faible que dans le cas de personnes symptomatiques. Il n'est pas clair si les tests de dépistage préalables à une intervention ou à un transfert ont été utiles, même dans le cas de patients et de FSS non vaccinés.³⁸⁻⁴⁵ La vaccination réduira davantage la probabilité de dépister des cas de COVID-19 dans cette population (vaccinée), entraînant par conséquent une probabilité prétest réduite et augmentant la probabilité qu'un résultat positif soit un faux positif. Il n'y a presque aucune situation où les tests effectués sur des patients vaccinés asymptomatiques et qui n'ont pas été exposés à la maladie sont utiles, à l'exception peut-être des patients qui se trouvent dans le lieu de l'écllosion.^{38, 39, 42} Ceci s'apparente à la recommandation qui dispense les personnes guéries de la COVID-19 de certaines conditions entourant les tests de dépistage pour personnes asymptomatiques. La vaccination devrait réduire le besoin d'effectuer des tests de dépistage chez les FSS et patients asymptomatiques vaccinés.

Quoique les tests de dépistage des résidents avant leur admission dans un foyer de soins de longue durée (FSLD) demeurent obligatoires, ⁴⁶ ces tests sont vraisemblablement inutiles pour les résidents vaccinés vu l'incidence réduite de COVID-19 chez les résidents vaccinés et la période d'incubation du SRAS-CoV-2.

Un sommaire des conditions et des recommandations pour les tests de dépistage des patients et des FSS vaccinés sont présentés dans les documents suivants : [Tableau 1](#) et [Tableau 2](#).

Tableau 1. Recommandations pour les tests de dépistage de la COVID-19 des patients vaccinés

| Conditions | Recommandations du CCPMI | Lignes directrices actuelles |
|---|-----------------------------|---|
| Personnes symptomatiques | Recommandé | Recommandé |
| Niveau d'exposition élevé | Recommandé | Recommandé |
| Tests de prévalence ponctuelle dans une unité d'éclosion | À considérer* | Recommandé |
| Personnes asymptomatiques et non exposées : au moment d'un transfert vers un établissement de soins actifs ou de soins non actifs. | Non recommandé [†] | Recommandé [†] |
| Personnes asymptomatiques et non exposées : Avant une intervention | Non recommandé [†] | Recommandé quand l'incidence communautaire n'est pas faible |
| Personnes asymptomatiques et non exposées : Précédant un traitement contre le cancer, y compris la chimiothérapie et la radiothérapie | Non recommandé [†] | Recommandé |
| Avant l'admission ou la réadmission dans un FSLD | Non recommandé [†] | Obligatoire |

* Le rendement des tests de prévalence ponctuelle chez les patients asymptomatiques et vaccinés est faible et les tests positifs correspondent le plus souvent à des tests positifs antérieurs. Les tests de prévalence ponctuelle chez les patients ne sont pas requis dans la plupart des cas, mais devraient être envisagés lors d'éclosions importantes et persistantes ou lorsque l'éclosion est connue ou présumée attribuable à un VP potentiellement associé à une efficacité vaccinale réduite (p. ex. P.1, B.1.351). Les tests de prévalence ponctuelle peuvent également être importants chez des patients vaccinés qui sont fortement immunodéprimés et ne développent pas de réponse immunologique efficace à la vaccination (p. ex. unité de transplantation de moelle osseuse).

[†] Les lignes directrices du ministère de la Santé ^{37,46} recommandent actuellement de procéder à des tests de dépistage dans ces conditions. Même si cette directive a été émise avant la disponibilité des vaccins contre la COVID-19, elle devrait être appliquée jusqu'à une prochaine mise à jour par le ministère.

Tableau 2. Recommandations pour les tests de dépistage de la COVID-19 des FSS vaccinés

| Conditions | Recommandations du CCPMI | Lignes directrices actuelles |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Personnes symptomatiques | Recommandé | Recommandé |
| Niveau d'exposition élevé | Recommandé | Recommandé |
| Tests de prévalence ponctuelle dans une unité d'éclosion | À considérer* | Recommandé |
| Tests de dépistage des personnes asymptomatiques (1-3 fois par semaine) dans les FSLD | Non recommandé [§] | Obligatoire ⁴⁷ |

‡ Le rendement des tests de prévalence ponctuelle chez les FSS asymptomatiques et entièrement vaccinés est faible et les tests positifs correspondent le plus souvent à des tests positifs antérieurs. Les tests de prévalence ponctuelle chez les FSS ne sont pas requis dans la plupart des cas, mais devraient être envisagés lors d'éclosions importantes et persistantes ou lorsque l'éclosion est connue ou présumée attribuable à un VP potentiellement associé à une efficacité vaccinale réduite (p. ex. P.1, B.1.351).

§ Les lignes directrices du ministère de la Santé⁴⁷ recommandent actuellement de procéder à des tests dans ces conditions.

2. Pratiques courantes

Durant la pandémie, les pratiques courantes ont été étendues pour inclure le port universel du masque par les FSS, les visiteurs et, lorsque possible, par les patients.^{48,49} Le port d'une lunette de protection ou d'une visière pour donner des soins à des patients à moins de deux mètres de distance est également devenue pratique courante dans certains milieux de soins de santé lorsque l'incidence de la COVID-19 est élevée. On recommande aussi une distanciation physique de 2 m, lorsque possible, dans tous les milieux de soins de santé.

Nous ne connaissons pas encore le niveau de protection fourni par le vaccin ni dans quelle mesure le vaccin réduit la transmission de la maladie chez les résidents de FSLD ou chez les patients hospitalisés, y compris ceux qui sont immunodéprimés.^{14, 36, 50-56}

L'émergence des VP associée à une efficacité vaccinale réduite est également une source d'inquiétude.^{13, 57-65}

Les établissements devraient conserver la pratique actuelle du port universel du masque et de la distanciation physique malgré le taux croissant de la vaccination des FSS.^{49, 66, 67}

3. Mesures de précaution additionnelles pour les soins aux patients présumés ou confirmés atteints de la COVID-19 ou aux patients exposés à la COVID-19

Présentement, lorsque l'on fournit des soins à des patients présumés ou confirmés atteints de la COVID-19, les précautions contre la transmission par gouttelettes et contacts sont appliquées.^{48,49} Étant donné que la vaccination n'est pas efficace à cent pour cent, l'application des précautions contre la transmission par gouttelettes et contacts demeure l'exigence minimale pour les soins fournis à un patient présumé ou confirmé atteint de la COVID-19, peu importe le statut vaccinal des FSS. Cette approche est semblable à celle utilisée pour d'autres maladies évitables par vaccination comme les oreillons, la varicelle ou la grippe. Les FSS vaccinés doivent porter l'équipement de protection individuel (ÉPI) approprié lorsqu'ils donnent des soins.⁶⁸

Dans le cas de patients vaccinés contre la COVID-19 et exposés au virus suivant une exposition non protégée à un cas confirmé ou exposés en raison d'une éclosion dans leur unité, les précautions contre la transmission par gouttelettes ou contacts doivent s'appliquer pour les soins fournis.

4. Placement des patients vaccinés

Il se peut que la vaccination soit moins efficace pour les patients hospitalisés et les résidents des FSLD par rapport aux FSS et à la population étudiée dans des essais vaccinaux. Par ailleurs, elle ne protège pas à cent pour cent.^{50, 51, 69-73} Certains nouveaux VP sont également associés à une efficacité vaccinale réduite.^{13, 57, 60, 62, 65, 74-77}

Les patients asymptomatiques vaccinés ne doivent pas être placés une chambre : (i) avec un patient atteint de la COVID-19; (ii) avec un patient présumé atteint de la COVID-19; et (iii) avec un patient exposé au virus, et ce, afin de réduire le risque de transmission de la maladie aux patients asymptomatiques vaccinés.

Les patients asymptomatiques vaccinés ne doivent pas être transférés d'une unité touchée par une éclosion à une autre, sauf pour des raisons médicales essentielles (p. ex. besoin d'être transféré dans une unité de soins intensifs touchée par une éclosion en raison d'une détérioration clinique et parce qu'aucune autre unité de soins intensifs n'a de place dans l'établissement).

Remarque : Lorsqu'il y a une recrudescence importante de la COVID-19, le transfert de patients vaccinés d'unités touchées par une éclosion à d'autres peut être envisagé dans certaines circonstances. Mais ce ne doit être fait qu'après avoir envisagé d'autres solutions et en consultation avec le bureau local de santé publique et les responsables de la prévention et du contrôle des infections, le cas échéant. Les patients vaccinés transférés à une unité touchée par une éclosion doivent être informés de la raison de leur transfert, du niveau de risque et des précautions prises pour réduire le risque.

5. Vaccination des FSS contre la COVID-19

Les FSS peuvent être exposés à la COVID-19 dans leur collectivité⁷⁸⁻⁸⁵ et dans des milieux de soins de santé; et ils peuvent transmettre la maladie à leur famille, leurs collègues de travail et aux patients.⁸⁶⁻⁹⁴ Les FSS non vaccinés peuvent introduire la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, provoquer des éclosons de COVID-19 et causer la transmission nosocomiale du virus aux patients et aux membres du personnel.⁵⁹ La vaccination des FSS les protège contre la transmission communautaire et au travail de la COVID-19 et elle est cruciale pour protéger leur santé et réduire le risque de la transmission du virus à des populations vulnérables. Tous les FSS sans contrindications devraient être vaccinés afin de protéger leurs patients vulnérables et de se protéger eux-mêmes ainsi que les membres de leur famille et leurs collectivités. Tous les établissements et milieux de soins de santé devraient sensibiliser les FSS aux bienfaits de la vaccination, répondre à leurs inquiétudes entourant la sécurité des vaccins et ils devraient mettre en œuvre des stratégies pour accroître la confiance des FSS aux vaccins et augmenter leur taux de vaccination.⁹⁵ Les établissements de soins de santé devraient viser la vaccination de tous les membres de leur personnel pour assurer la protection à la fois du personnel et des patients.⁹⁶

6. Affectation clinique des FSS selon leur statut vaccinal

L'expérience en matière de transmission de la COVID-19 dans les milieux de soins de santé nous révèle plusieurs modes communs de transmission principalement responsables de la transmission nosocomiale de la COVID-19, notamment :

- Transmission de patients symptomatiques à d'autres patients ou à des FSS lorsque les symptômes n'ont pas été reconnus au départ comme étant reliés à la COVID-19.
- Transmission de patients présymptomatiques à d'autres patients et à des FSS avant la manifestation des symptômes.
- Transmission entre les membres du personnel et des membres du personnel aux patients, souvent d'employés présymptomatiques ou d'employés présentant de légers symptômes.

Dans certains milieux de soins, une formation insuffisante et la mise en œuvre déficiente des procédures de base en matière de PCI et de SST ont également contribué à la transmission nosocomiale de la COVID-19.^{88, 89, 97-99}

Les scénarios décrits précédemment se sont avérés fréquents, mais la transmission de patients atteints de la COVID-19 au personnel dans des unités réservés aux cas de COVID-19 et la transmission du virus dans les centres de dépistage sont rares.⁸⁶

Les FSS atteints de la COVID-19 peuvent introduire le virus dans les établissements de soins de santé et ainsi provoquer la transmission nosocomiale et les éclosions. Les risques de conséquences graves, dont le décès, sont considérablement accrus pour les résidents des FSLD et les autres patients hospitalisés qui contractent la COVID-19 par transmission nosocomiale en raison de leurs facteurs de risques élevés s'ils sont atteints d'une maladie grave (p. ex., âge avancé, conditions de comorbidité et maladie active). La transmission de la COVID-19 de FSS à des patients à risques élevés, comme les patients ayant subi une transplantation et qui sont en hémodialyse, peut entraîner le décès.^{93,94}

La vaccination des FSS réduit le risque pour les patients. Étant donné le risque pour les patients, qui ne portent pas d'ÉPI lorsqu'ils reçoivent des soins, les FSS admissibles à la vaccination ont l'obligation professionnelle et éthique de recevoir un vaccin sécuritaire et efficace contre la COVID-19.

6.1 Considérations pour l'affectation des FSS afin de réduire les risques qu'ils contractent la COVID-19

Des mesures de PCI doivent être appliquées dans tous les milieux de soins de santé afin de protéger les FSS contre la COVID-19. La sensibilisation, la formation, l'accès aux ÉPI appropriés et la mise en œuvre de mesures de PCI pour les soins prodigués aux patients atteints de la COVID-19 sont des moyens de

s'assurer que les FSS offrent des soins sécuritaires aux patients qui sont présumés ou confirmés atteints de la COVID-19.

Les soins pour les patients atteints de la COVID-19 sont très exigeants et l'adhésion aux pratiques de PCI recommandées protégera les FSS et elle évitera qu'ils contractent la maladie. Même si des membres du personnel vaccinés et non vaccinés peuvent continuer à prodiguer des soins dans les unités ou les établissements touchés par une éclosion et à des patients présumés ou confirmés atteints de la COVID-19, la vaccination fournit un degré accru de protection et devrait être fortement encouragée.

6.2 Considérations pour l'affectation des FSS afin de réduire les risques de contraction de la COVID-19 pour les patients

Les établissements de soins de santé ne peuvent pas pour le moment exiger que les FSS travaillant auprès de populations à risque élevé de conséquences graves si atteintes de la COVID-19 soient vaccinés ni exiger que seuls des FSS vaccinés soient affectés à des unités touchées par une éclosion.

7. Gestion de FSS vaccinés

7.1 Les FSS qui présentent des symptômes

Les symptômes de la COVID-19 recourent les symptômes d'autres maladies respiratoires transmissibles et la vaccination n'est pas efficace à cent pour cent. Les FSS qui sont symptomatiques ne devraient pas continuer de travailler, peu importe leur statut vaccinal.

7.2 Les FSS exposés à la COVID-19

La pratique tout au long de la pandémie a été de demander aux FSS dont le niveau d'exposition au virus était élevé de s'isoler à la maison les 14 jours suivant leur plus récente exposition.¹⁰⁰ Cette pratique soulève de nombreuses difficultés lorsqu'il y a pénurie de main-d'œuvre durant une recrudescence de la COVID-19 ou lorsqu'on se remet d'une éclosion. Plus précisément, les taux de contraction de la COVID-19 sont élevés dans les ménages, mais de brèves expositions non protégées au travail présentent beaucoup moins de risques.

Dans ce contexte, lorsque l'on détermine les risques au chapitre de la SST, leur statut vaccinal devrait être pris en compte ainsi que d'autres indicateurs de risque de transmission lors de l'évaluation de FSS qui ont possiblement été exposés à la COVID-19. Les autres indicateurs de risque comprennent notamment la durée de l'exposition, l'exposition à des sécrétions respiratoires, la présence durant une intervention médicale génératrice d'aérosol, des manquements au chapitre de l'hygiène des mains ou du port d'ÉPI, l'infectiosité du cas (p. ex. symptomatique vs asymptomatique, durée de la maladie préalable à l'exposition) et l'exposition à un VP associé à une transmission accrue ou à une réduction de l'efficacité vaccinale. La possibilité d'une réduction de l'efficacité vaccinale dans le cas de FSS qui sont immunodéprimés (p. ex. transplantation) devrait être prise en compte.⁵⁰

Lorsque le statut vaccinal est considéré dans le cadre d'une évaluation de risque individuelle, nous estimons que pour la plupart des expositions, si les FSS sont entièrement vaccinés, une période d'isolement à la maison n'est pas requise sauf pour les niveaux d'exposition à risque très élevé ou les expositions à une source connue atteinte d'un VP associé à une réduction de l'efficacité vaccinale (p. ex. P.1,^{60, 74, 75} B.1.351^{13, 57, 62, 65, 74, 76, 77}) (voir [Tableau 3](#)). On pourrait imposer aux FSS dont le niveau d'exposition est à risque élevé des précautions supplémentaires, notamment des tests de dépistage répétés en milieu de travail. Durant des périodes de recrudescence de la COVID-19 où il y a pénurie importante de ressources humaines, on pourra envisager différentes stratégies conciliant les risques et les avantages, notamment une réduction de la période d'isolement à la maison, un retour rapide au travail suivant un test négatif et des tests de dépistage à répétition durant une période de niveau de risque élevé. Les stratégies dans de telles situations évolueront au fil du temps à mesure que s'accumuleront des données probantes et l'expérience.

Tableau 3. Façons d'évaluer et de gérer les risques que présentent les FSS qui ont été exposés à un cas de COVID-19.[¶]

| Exposition Exemple [#] | Niveau de risque (FSS non vacciné) | Niveau de risque (FSS vacciné) | Gestion au travail des FSS vaccinés ^{**} |
|--|------------------------------------|--------------------------------|---|
| Exposé à un cas de COVID-19 à la maison | Très élevé | Élevé | Exclusion du milieu de travail |
| Exposition prolongée et étroite à un FSS atteint de la COVID-19 et aucun des FSS ne portait de masque | Très élevé | Élevé | Exclusion du milieu de travail |
| Exposition étroite à un FSS atteint de la COVID-19 et aucun des FSS ne portait de masque - mais l'exposition a été de courte durée. | Moyen | Faible | Mesures de précaution au travail si la personne est asymptomatique Suivre les lignes directrices de SST pour les tests de dépistage de la COVID-19 et appliquer les mesures de précaution au travail |
| Soins directs prolongés prodigués sans lunettes protectrices ou visière à un patient qui ne portait pas de masque et était atteint de la COVID-19. | Élevé | Moyen | Mesures de précaution au travail si la personne est asymptomatique Suivre les lignes directrices de SST pour les tests de dépistage de la COVID-19 et appliquer les mesures de précaution au travail |
| Présent durant une intervention médicale génératrice d'aérosols auprès d'un patient atteint de la COVID-19; portait une blouse, des gants, une visière et un masque de procédure au lieu du respirateur N95. | Moyen | Faible | Mesures de précaution au travail si la personne est asymptomatique Suivre les lignes directrices de SST pour les tests de dépistage de la COVID-19 et appliquer les mesures de précaution au travail |

[¶] Ce tableau ne vise pas à fournir un guide complet pour la gestion des FSS exposés à la COVID-19, mais plutôt à suggérer diverses façons d'intégrer le statut vaccinal des FSS à l'évaluation des risques en matière de SST. Par exposition étroite, on entend une exposition à moins de 2 m de distance et les soins directs désignent fournir des soins à une personne à moins de 2 m de distance.

[#]On présume que l'exposition n'était pas attribuable à un VP associé à une réduction considérable de l'efficacité vaccinale et que le FSS n'est pas immunodéprimé, ce qui aurait pour effet de réduire l'efficacité du vaccin.

**Si les établissements ne manquent pas de personnel en raison de vagues successives de la COVID-19, certains pourraient décider d'isoler les FSS ayant fait l'objet des expositions décrites ici à la maison.

7.3 Les FSS travaillant dans une unité touchée par une écloison

Pour éviter la propagation de l'infection dans des secteurs non touchés durant une écloison, il est recommandé d'éviter d'affecter des FSS à d'autres unités ou établissements lorsqu'ils travaillent dans une unité touchée par une écloison.

Ce qui peut être difficile durant une recrudescence de la COVID-19 lorsqu'on manque de personnel ou que certaines personnes jouent un rôle unique au sein de l'organisation. Il est prudent de restreindre les FSS aux unités touchées par une écloison lorsque possible, mais le statut vaccinal peut être considéré en tant qu'indicateur de risque important. Bien que ce ne doit pas être pratique courante, lorsqu'il y a une pénurie importante d'employés essentiels et que l'étendue de l'écloison semble limitée ou que l'écloison est sur le point d'être résorbée, on peut envisager de réaffecter des employés de préférence vaccinés à d'autres secteurs. Toutefois les FSS ne devraient pas faire la navette entre les unités touchées par une écloison et les unités non touchées.

Également, les étudiants ou les stagiaires vaccinés affectés à une unité touchée par une écloison, qui ont terminé leur quart de rotation, devraient informer les responsables de la SST de leur statut vaccinal au moment d'entreprendre leur prochain quart. La gestion des stagiaires qui jouent un rôle essentiel dans les soins cliniques devrait être identique à celle des autres FSS (décrit précédemment) et leur statut vaccinal devrait être considéré dans l'évaluation des risques qu'ils présentent. Dans le cas des stagiaires qui ne sont pas essentiels aux soins cliniques, une période d'isolement demeure recommandée avant la reprise de leur formation clinique.

8. Recommandations

1. Les patients et les FSS symptomatiques devraient subir des tests de dépistage de la COVID-19, peu importe leur statut vaccinal.
2. Les patients et les FSS dont le niveau d'exposition à un cas de COVID-19 est élevé devraient subir un test de dépistage de la COVID-19, peu leur statut vaccinal.
3. On ne recommande pas de test de dépistage pour les patients ou les FSS qui sont asymptomatiques ou qui n'ont pas été exposés à la COVID-19 (p. ex., test préalable à une intervention, test courant pour les FSS).
4. Les modifications aux pratiques courantes durant une pandémie, y compris le port universel du masque dans des milieux de soins de santé, s'appliquent toujours pour les FSS et les patients, peu importe leur statut vaccinal.
5. Les FSS doivent minimalement appliquer les précautions contre la transmission par gouttelettes et par contacts lorsqu'ils prodiguent des soins à des patients présumés ou confirmés atteints de la COVID, peu importe le statut vaccinal des FSS.
6. Le traitement des patients qui présentent des symptômes de la COVID-19 ou dont le niveau d'exposition au virus est élevé devrait être assujéti aux mesures de protection contre les gouttelettes et les contacts, peu importe leur statut vaccinal, lorsque possible.
7. Les patients asymptomatiques qui ne sont pas déclarés positifs à la COVID-19 ne doivent pas être placés dans la même chambre d'un patient qui est présumé ou confirmé atteint de la COVID-19 ou un patient dont le niveau d'exposition au virus est élevé.
8. Tous les FSS qui sont admissibles devraient être vaccinés contre la COVID-19.
9. Tous les milieux de soins de santé devraient encourager les FSS à se faire vacciner. Ils devraient faire de la sensibilisation et offrir des programmes pour stimuler la confiance aux vaccins. Et ils devraient faciliter la vaccination des FSS (p. ex., aider à prendre rendez-vous pour se faire vacciner, les libérer pour se faire vacciner et leur fournir un moyen de transport si nécessaire, etc.).
10. Les FSS vaccinés et non vaccinés peuvent fournir des soins à des patients présumés et confirmés atteints de la COVID-19 s'ils ont reçu une formation suffisante et portent l'ÉPI approprié.
11. Les FSS symptomatiques, peu importe leur statut vaccinal, doivent être isolés à la maison jusqu'à ce qu'ils obtiennent un test négatif et l'autorisation de rentrer au travail.
12. Le statut vaccinal des FSS devrait être pris en compte ainsi que d'autres facteurs lors de leur évaluation après une exposition à la COVID-19 au travail ou dans la communauté.
13. Les FSS travaillant dans une unité touchée par une éclosion de la COVID-19 devraient être restreints à cette unité pour la durée de l'éclosion, peu importe leur statut vaccinal. Toutefois, durant une recrudescence de COVID-19 lorsqu'il y a une grave pénurie de main-d'œuvre, on pourra considérer de réaffecter des FSS asymptomatiques et vaccinés à une autre unité après consultation des responsables de la PCI.

Bibliographie

1. Gouvernement de l'Ontario. Personnes entièrement vaccinées contre la COVID-19 : Document d'orientation provisoire sur la gestion des cas, des contacts et des éclosions [Internet]. Version 1.0. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 13 mai 2021]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/C_OVID-19_fully_vaccinated_interim_guidance.pdf
2. Agence de la santé publique du Canada. Variants du SRAS-CoV-2 : Définitions, classifications et mesures de santé publique nationales [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 4 mai 2021; cité le 17 mai 2021]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/tests-diagnostic-declaration-cas/variants-sars-cov-2-definitions-classifications-mesures-sante-publique-nationales.html>
3. Gouvernement du Canada. Vaccins approuvés contre la COVID-19 [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 12 mai 2021; cité le 20 mai 2021]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/medicaments-vaccins-traitements/vaccins.html>
4. AstraZeneca Canada Inc. Product monograph including patient medication information: AstraZeneca COVID-19 vaccine [Internet]. Ottawa, ON: AstraZeneca; 2021 [révisé le 23 avril 2021; cité le 2 mai 2021]. Source: <https://covid-vaccine.canada.ca/info/pdf/astrazeneca-covid-19-vaccine-pm-en.pdf>
5. Pfizer Canada ULC. Product monograph including patient medication information: Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine [Internet]. Kirkland, QC: Pfizer Canada ULC; 2020 [révisé le 19 mai 2021; cité le 20 mai 2021]. Source: <https://covid-vaccine.canada.ca/info/pdf/pfizer-biontech-covid-19-vaccine-pm1-en.pdf>
6. Moderna Therapeutics Inc. Product monograph including patient medication information: COVID-19 vaccine Moderna [Internet]. Cambridge, MA: Moderna Therapeutics Inc.; 2020 [révisé le 20 mai 2021; cité le 15 mai 2021]. Source: <https://covid-vaccine.canada.ca/info/pdf/covid-19-vaccine-moderna-pm-en.pdf>
7. BC Centre for Disease Control. Early findings show the first vaccine dose reduced the risk of COVID-19 by 80 per cent or more [Internet]. Vancouver, BC: Provincial Health Services Authority; 2021 [cité le 2 mai 2021]. Source : <http://www.bccdc.ca/about/news-stories/news-releases/2021/early-findings-show-the-first-vaccine-dose-reduced-the-risk-of-covid-19-by-80-per-cent-or-more>
8. Hunter PR, Brainard J. Estimating the effectiveness of the Pfizer COVID-19 BNT162b2 vaccine after a single dose. A reanalysis of a study of 'real-world' vaccination outcomes from Israel. medRxiv 21250957 [avant impression]. Le 3 février 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.02.01.21250957>
9. Vasileiou E, Simpson CR, Robertson C, Ting S, Kerr S, Agrawal U, et coll. Effectiveness of first dose of COVID-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5.4

- million people. SSRN 3789264 [avant impression]. Le 19 février 2019 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3789264>
10. Bernal JP, Andrews N, Gower C, Robertson C, Stowe J, Tessier J, et coll. Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England. medrxiv 21252652 [avant impression]. Le 2 mars 2021 [cité le 16 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>
 11. Institut national de santé publique du Québec, Comité sur l'immunisation du Québec. Données préliminaires sur l'efficacité vaccinale et avis complémentaire sur la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec en contexte de pénurie [Internet]. Québec, QC : gouvernement du Québec; 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3111_vaccination_covid19_2e_dose_contexte_penurie.pdf
 12. Rinott E, Youngster I, Lewis YE. Reduction in COVID-19 patients requiring mechanical ventilation following implementation of a national COVID-19 vaccination program — Israel, décembre 2020–février 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(9):326-8. Source : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7009e3>
 13. Janssen Inc. Product monograph including patient medication information: Janssen COVID-19 vaccine [Internet]. Toronto, ON: Janssen Inc.; 2021 [révisé le 23 avril 2021; cité le 2 mai 2021]. Source: <https://covid-vaccine.canada.ca/info/pdf/janssen-covid-19-vaccine-pm-en.pdf>
 14. Agence de la santé publique du Canada; comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Recommandations sur l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [modifié le 3 mai 2021; cité le 15 mai 2021]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/comite-consultatif-national-immunisation-ccni/recommandations-utilisation-vaccins-covid-19.html>
 15. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Decreased SARS-CoV-2 viral load following vaccination. medRxiv 21251283 [avant impression]. Le 8 février 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.02.06.21251283>
 16. Domi M, Leitson M, Gifford D, Sreenivas K. Nursing home resident and staff COVID-19 cases after the first vaccination clinic [Internet]. Washington, DC: Centre for Health Policy Evaluation in Long-Term Care; 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://www.ahcancal.org/Data-and-Research/Center-for-HPE/Documents/CHPE-Report-Vaccine-Effectiveness-Feb2021.pdf>
 17. Aran D. Estimating real-world COVID-19 vaccine effectiveness in Israel using aggregated counts. medRxiv 21251139 [avant impression]. Le 23 février 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.02.05.21251139>
 18. Weekes M, Jones NK, Rivett L, Workman C, Ferris M, Shaw A, et coll. Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection. Authorea [avant impression]. Le 24 février 2021 [cité le 2 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.22541/au.161420511.12987747/v1>

19. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et coll. BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in a nationwide mass vaccination setting. *N Engl J Med*. 2021;384(15):1412-23. Source : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101765>
20. Benenson S, Oster Y, Cohen MJ, Nir-Paz R. BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine effectiveness among health care workers. *N Engl J Med*. 2021;384(18):1775-7. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2101951>
21. Daniel W, Nivet M, Warner J, Podolsky DK. Early evidence of the effect of SARS-CoV-2 vaccine at one medical center. *N Engl J Med*. 2021;384(20):1962-3. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2102153>
22. Keehner J, Horton LE, Pfeffer MA, Longhurst CA, Schooley RT, Currier JS, et coll. SARS-CoV-2 infection after vaccination in health care workers in California. *N Engl J Med*. 2021;384(18):1774-5. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2101927>
23. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La vaccination contre la COVID-19 et ses répercussions en Ontario : Du 14 décembre 2020 au 5 juin 2021 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 30 mars 2021]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-vaccine-uptake-ontario-epi-summary.pdf?la=fr>
24. Stefanizzi P, Martinelli A, Ferorelli D, Soldano S, Marra M, Dell'Aera M, et coll; Control Room Working Group. Rapid decrease of SARS-COV-2 circulation in a big Italian hospital 6 weeks after the start of the immunization program. *J Hosp Infect*. 2021;112(6):42-4. Source : <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.03.016>
25. Thompson MG, Burgess JL, Naleway AL, Tyner HL, Yoon SK, Meece J, et coll. Interim estimates of vaccine effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infection among health care personnel, first responders, and other essential and frontline workers — huit emplacements aux É.-U., décembre 2020 à mars 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(13):495-500. Source: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7013e3>
26. Guijarro C, Galán I, Martínez-Ponce D, Pérez-Fernández E, José Goyanes M, Castilla V, et coll. Dramatic drop of new SARS-CoV-2 infections among health care workers after the first dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. medRxiv 21254238 [avant impression]. Le 26 mars 2021 [cité le 29 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.24.21254238>
27. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). L'efficacité des vaccins contre la COVID-19 en conditions réelles : ce que nous savons jusqu'à présent [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 21 avril 2021]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/04/wwksf-vaccine-effectiveness.pdf?la=fr>
28. Pritchard E, Matthews P, Stoesser N, Eyre D, Gethings O, Vitha K-D, et coll. Impact of vaccination on SARS-CoV-2 cases in the community: a population-based study using the UK COVID-19 Infection Survey. medRxiv 21255913 [avant impression]. Le 23 avril 2021 [cité le 23 avril 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.04.22.21255913>

29. Mason TFD, Whitston M, Hodgson J, Watkinson RE, Lau Y-S, Abdulrazeg O, et coll. Effects of BNT162b2 mRNA vaccine on covid-19 infection and hospitalisation among older people: matched case control study for England. medRxiv 21255461 [avant impression]. Le 22 avril 2021 [cité le 23 avril 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.04.19.21255461>
30. Haas EJ, Angulo FJ, McLaughlin JM, Anis E, Singer SR, Khan F, et coll. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. Lancet. 2021;397(10287):1819-29. Source : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)
31. Wilmes P, Zimmer J, Schulz J, Glod F, Veiber L, Mombaerts L, et coll. SARS-CoV-2 transmission risk from asymptomatic carriers: results from a mass screening programme in Luxembourg. Lancet Reg Health Euro. 2021;4:100056. Source: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100056>
32. Ontario. Ministère de la Santé. COVID-19 : Document d'orientation sur la priorisation des travailleurs de la santé en matière de vaccination contre la COVID-19 [Internet]. Version 3.0. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [modifié le 17 mars 2021; cité le 23 mars 2021]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/Guidance_for_Prioritizing_HCWCovid19_vaccination_2020-01-08-fr.pdf
33. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La vaccination contre la COVID-19 et ses répercussions en Ontario : du 14 décembre 2020 au 5 juin 2021 Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-vaccine-uptake-ontario-epi-summary.pdf?la=fr>
34. Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguti B, Charlett A, et coll. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN): a prospective, multicentre, cohort study. Lancet. 2021;397(10286):1725-35. Source: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00790-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00790-x)
35. Pilishvili T, Fleming-Dutra KE, Farrar JL, Gierke R, Mohr NM, Talan DA, et coll. Interim estimates of vaccine effectiveness of Pfizer-BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines among health care personnel — 33 U.S. Sites, January–March 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(20):753-8. Source: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7020e2>
36. Bailly B, Guilpain L, Bouiller K, Chirouze C, N'Debi M, Soulier A, et coll. BNT162b2 mRNA vaccination did not prevent an outbreak of SARS COV-2 variant 501Y.V2 in an elderly nursing home but reduced transmission and disease severity. Clin Infect Dis. Le 16 mai 2021 [publication électronique avant impression]. Source : <https://doi.org/10.1093/cid/ciab446>
37. Ontario. Ministère de la Santé. Mise à jour sur le document d'orientation sur la COVID-19 : tests de dépistage provinciaux [Internet]. Version 11. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [modifié le 5 mars 2021; cité le 17 mars 2021]. Available from: https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_guidance.pdf

38. Green R, Tulloch JSP, Tunnah C, Coffey E, Lawrenson K, Fox A, et coll. COVID-19 testing in outbreak free care homes: what are the public health benefits? *J Hosp Infect.* 2021;111(5):89-95. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.12.024>
39. Kain D, Stall NM, Allen V, Evans GA, Hopkins J, Kouyoumdjian FG, et coll. Routine asymptomatic SARS-CoV-2 screen testing of Ontario long-term care staff after COVID-19 vaccination. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table.* 2021;2(15):1-12. Source: <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.15.1.0>
40. Lewis SS, Smith BA, Akinboyo IC, Seidelman J, Wolfe C, Kirk AB, et coll. Early experience with universal preprocedural testing for SARS-CoV-2 in a relatively low-prevalence area. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020;42(3):341-3. Source: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.398>
41. Burns K, Foley M, Skally M, Cafferkey J, Duffy F, Sweeney E, et coll. Casting the net wide: universal testing of emergency admissions for SARS-CoV-2 to prevent onward transmission. *J Hosp Infect.* 2021;107:64-6. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.002>
42. Lippi G, Henry BM, Sanchis-Gomar F. Potential drawbacks of frequent asymptomatic coronavirus disease 2019 (COVID-19) testing. *Infect Control Hosp Epidemiol.* Le 29 octobre 2020 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1305>
43. Ferenczi BA, Baliga C, Akl P, Bradywood A, Blackmore C, Glenn M, et coll. Pre-procedural COVID-19 screening of asymptomatic patients: a model for protecting patients, community and staff during expansion of surgical care. *NEJM Catal Innov Care Deliv.* Le 29 juin 2020 [publication électronique avant impression]. Source: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/cat.20.0261>
44. Bence CM, Jarzembowski JA, Belter L, Berens RJ, Henrickson KJ, Hoffman GM, et coll. COVID-19 pre-procedural testing strategy and early outcomes at a large tertiary care children's hospital. *Pediatr Surg Intl.* Le 24 mars 2021 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1007/s00383-021-04878-2>
45. Moreno-Perez O, Merino E, Chico-Sánchez P, Gras-Valenti P, Sánchez-Payá J. Effectiveness of a SARS-CoV-2 infection-prevention model in elective surgery patients, a prospective study: does universal screening make sense? *J Hosp Infect.* Le 14 mai 2021 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.04.032>
46. Ontario. Médecin hygiéniste en chef; Ontario. Ministère de la Santé; Ontario. Ministère des Soins de longue durée. COVID-19 - Directive no 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée en vertu de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Diffusée en vertu de l'article 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS), L.R.O. 1990, chapitre H.7 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 13 mai 2021]. Source : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_H_PPA.pdf
47. Ontario. Ministère des Soins de longue durée. COVID-19 : Tests de dépistage en foyers de soins de longue durée et accès aux foyers [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [modifié le 15 mars 2021; cité le 26 mars 2021]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/covid-19-tests-de-depistage-en-foyers-de-soins-de-longue-duree>

48. Ontario. Médecin hygiéniste en chef; Ontario. Ministère de la Santé; Ontario. Ministère des Soins de longue durée. COVID-19 - Directive no 5 à l'intention des hôpitaux au sens de la Loi sur les hôpitaux publics et des foyers de soins de longue durée au sens de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée. Diffusée en vertu de l'article 77.7 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS), L.R.O. 1990, chapitre H.7 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 2 mars 2021]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/public_hospitals_act.pdf
49. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Recommandations en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge de personnes dont l'infection à la COVID-19 est suspectée ou confirmée [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 30 avril 2021]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/updated-ipac-measures-covid-19.pdf?la=en>
50. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, Tobian AAR, Massie AB, Segev DL, et coll. Immunogenicity of a single dose of SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine in solid organ transplant recipients. JAMA. 2021;325(17):1784-6. Source : <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4385>
51. Monin-Aldama L, Laing AG, Muñoz-Ruiz M, McKenzie DR, del Molino del Barrio I, Alaguthurai T, et coll. Interim results of the safety and immune-efficacy of 1 versus 2 doses of COVID-19 vaccine BNT162b2 for cancer patients in the context of the UK vaccine priority guidelines. medRxiv 21253131 [avant impression]. Le 17 mars 2021 [cité le 19 mars 2021]. Source : <https://doi.org/10.1101/2021.03.17.21253131>
52. Bird S, Panopoulou A, Shea RL, Tsui M, Saso R, Sud A, et coll. Response to first vaccination against SARS-CoV-2 in patients with multiple myeloma. Lancet Haematol. 2021;8(6):e389-92. Source: [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(21\)00110-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(21)00110-1)
53. Lacson E, Argyropoulos CP, Manley HJ, Aweh G, Chin AI, Salman LH, et coll. Immunogenicity of SARS-CoV-2 vaccine in dialysis. medRxiv 21254779 [avant impression]. Le 13 avril 2021 [cité le 14 avril 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.04.08.21254779>
54. Agha M, Blake M, Chilleo C, Wells A, Haidar G. Suboptimal response to COVID-19 mRNA vaccines in hematologic malignancies patients. medRxiv 21254949 [avant impression]. Le 7 avril 2021 [cité le 9 avril]. Source : <https://doi.org/10.1101/2021.04.06.21254949>
55. Teran RA, Walblay KA, Shane EL, Xydis S, Gretsches S, Gagner A, et coll. Postvaccination SARS-CoV-2 infections among skilled nursing facility residents and staff members — Chicago, Illinois, décembre 2020–mars 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(17):632-8. Source: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7017e1>
56. Anand S, Montez-Rath ME, Han J, Garcia P, Cadden L, Hunsader P, et coll. Antibody response to COVID-19 vaccination in patients receiving dialysis. medRxiv 21256768 [avant impression]. Le 12 mai 2021 [cité le 12 mai 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.05.06.21256768>

57. Madhi SA, Baillie V, Cutland CL, Voysey M, Koen AL, Fairlie L, et coll. Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Covid-19 vaccine against the B.1.351 variant. *N Engl J Med*. 2021;384(20):1885-98. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2102214>
58. Röltgen K, Nielsen SCA, Arunachalam PS, Yang F, Hoh RA, Wirz OF, et coll. mRNA vaccination compared to infection elicits an IgG-predominant response with greater SARS-CoV-2 specificity and similar decrease in variant spike recognition. *medRxiv* 21254952 [avant impression]. 7 avril 2021 [cité le 15 avril 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.04.05.21254952>
59. Cavanaugh AM, Fortier S, Lewis P, Arora V, Johnson M, George K, et coll. COVID-19 outbreak associated with a SARS-CoV2 R.1 lineage variant in a skilled nursing facility after vaccination program — Kentucky, March 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(17):639-43. Source: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7017e2>
60. Dejnirattisai W, Zhou D, Supasa P, Liu C, Mentzer AJ, Ginn HM, et coll. Antibody evasion by the Brazilian P.1 strain of SARS-CoV-2. *bioRxiv* 435194 [avant impression]. Le 19 mars 2021 [cité le 24 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.12.435194>
61. Hoffmann M, Arora P, Groß R, Seidel A, Hörnich BF, Hahn AS, et coll. SARS-CoV-2 variants B.1.351 and P.1 escape from neutralizing antibodies. *Cell*. 2021;184(9):2384-93.e12. Source: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.036>
62. Diamond M, Chen R, Xie X, Case J, Zhang X, VanBlargan L, et al. SARS-CoV-2 variants show resistance to neutralization by many monoclonal and serum-derived polyclonal antibodies. *Res Sq* 228079 [avant impression]. Le 10 février 2021 [cité le 24 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-228079/v1>
63. Wang Z, Schmidt F, Weisblum Y, Muecksch F, Barnes CO, Finkin S, et coll. mRNA vaccine-elicited antibodies to SARS-CoV-2 and circulating variants. *Nature*. 2021;592(7855):616-22. Source: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03324-6>
64. Chang X, Augusto GS, Liu X, Kündig T, Vogel M, Mohsen M. BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine induces antibodies of broader cross-reactivity than natural infection but recognition of mutant viruses is up to 10-fold reduced. *bioRxiv* 435222 [avant impression]. Le 15 mars 2021 [cité le 2 mai 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.13.435222>
65. Wang P, Nair MS, Liu L, Iketani S, Luo Y, Guo Y, et coll. Antibody resistance of SARS-CoV-2 variants B.1.351 and B.1.1.7. *Nature*. 2021;593(7857):130-5. Source: <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03398-2>
66. Ontario. Ministère de la Santé. COVID-19 : Documentation d'orientation à l'intention des établissements de soins actifs [Internet]. Version 6. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [modifié le 15 juin 2020; cité le 2 mars 2021]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_acute_care_guidance.pdf
67. Ontario. Ministère de la Santé. COVID-19 : Documentation d'orientation à l'intention des foyers de soins de longue durée [Internet]. Version 4. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine; 2020 [modifié le 15 avril 2020; cité le 2 mars 2021].

source http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_long_term_care_guidance.pdf

68. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Pratiques de base et précautions supplémentaires dans tous les établissements de soins de santé. 3^e édition. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2012. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/b/2012/bp-rpap-healthcare-settings.pdf?la=fr>
69. Britton A, Jacobs Slifka KM, Edens C, Nanduri SA, Shang N, Harizaj A, et coll. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine among residents of two skilled nursing facilities experiencing COVID-19 outbreaks — Connecticut, décembre 2020–février 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(11):396-401. Source: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7011e3>
70. Brown KA, Stall NM, Vanniyasingam T, Buchan SA, Daneman N, Hillmer MP, et coll. Early impact of Ontario's COVID-19 vaccine rollout on long-term care home residents and health care workers. Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table. 2021;2(13):1-10. Source: <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.13.1.0>
71. Lumley SF, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, Hatch SB, et coll. Antibody status and incidence of SARS-CoV-2 infection in health care workers. N Engl J Med. 2021;384(6):533-40. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034545>
72. Canaday DH, Carias L, Oyebanji O, Keresztesy D, Wilk D, Payne M, et coll. Reduced BNT162b2 mRNA vaccine response in SARS-CoV-2-naive nursing home residents. medRxiv 21253920 [avant impression]. Le 22 mars 2021 [cité le 22 mars 2021]. Source : <https://doi.org/10.1101/2021.03.19.21253920>
73. Moustsen-Helms IR, Emborg H-D, Nielsen J, Nielsen KF, Krause TG, Mølbak K, et coll. Vaccine effectiveness after 1st and 2nd dose of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in long-term care facility residents and healthcare workers – a Danish cohort study. medRxiv 21252200 [avant impression]. Le 9 mars 2021 [cité le 25 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.08.21252200>
74. Hoffmann M, Arora P, Groß R, Seidel A, Hörnich B, Hahn A, et coll. SARS-CoV-2 variants B.1.351 and P.1 escape from neutralizing antibodies. Cell. 2021;184(9):2384-93.e12. Source: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.036>
75. Wang P, Wang M, Yu J, Cerutti G, Nair MS, Huang Y, et coll. Increased resistance of SARS-CoV-2 variant P.1 to antibody neutralization. bioRxiv 433466 [avant impression]. Le 9 avril 2021 [cité le 15 mai 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.433466>
76. Kuzmina A, Khalaila Y, Voloshin O, Keren-Naus A, Bohehm L, Raviv Y, et coll. SARS CoV-2 escape variants exhibit differential infectivity and neutralization sensitivity to convalescent or post-vaccination sera. medRxiv 21252002 [avant impression]. Le 24 février 2021 [cité le 24 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.02.22.21252002>

77. Garcia-Beltran WF, Lam EC, St. Denis K, Nitido AD, Garcia ZH, Hauser BM, et coll. Multiple SARS-CoV-2 variants escape neutralization by vaccine-induced humoral immunity. *Cell*. 2021;184(9):2372-83.e9. Source: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.03.013>
78. Goldblatt D, Johnson M, Falup-Pecurariu O, Ivaskeviciene I, Spoulou V, Tamm E, et coll. Cross-sectional prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in healthcare workers in paediatric facilities in eight countries. *J Hosp Infect*. 2021;110:60-6. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.12.019>
79. Piccoli L, Ferrari P, Piumatti G, Jovic S, Rodriguez BF, Mele F, et coll. Risk assessment and seroprevalence of SARS-CoV-2 infection in healthcare workers of COVID-19 and non-COVID-19 hospitals in Southern Switzerland. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;1:100013. Source: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100013>
80. Martischang R, Iten A, Arm I, Abbas M, Meyer B, Ferrillo SY, et coll. SARS-CoV-2 seroconversion and occupational exposure of employees at a Swiss university hospital: a large longitudinal cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Le 19 mars 2021 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1017/ice.2021.117>
81. Jacob JT, Baker JM, Fridkin SK, Lopman BA, Steinberg JP, Christenson RH, et coll. Risk factors associated with SARS-CoV-2 seropositivity among US health care personnel. *JAMA Netw Open*. 2021;4(3):e211283-e. Source: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1283>
82. Garcia-Basteiro AL, Moncunill G, Tortajada M, Vidal M, Guinovart C, Jiménez A, et coll. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat Commun*. Le 8 juillet 2020 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17318-x>
83. Martin C, Montesinos I, Dauby N, Gilles C, Dahma H, Wijngaert SVD, et coll. Dynamic of SARS-CoV-2 RT-PCR positivity and seroprevalence among high-risk health care workers and hospital staff. *J Hosp Infect*. 2020;106(1):102-6. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.06.028>
84. Jeremias A, Nguyen J, Levine J, Pollack S, Engellenner W, Thakore A, et coll. Prevalence of SARS-CoV-2 infection among health care workers in a tertiary community hospital. *JAMA Intern Med*. 2020;180(12):1707-9. Source: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.4214>
85. Moscola J, Sembajwe G, Jarrett M, Farber B, Chang T, McGinn T, et coll. Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in health care personnel in the New York City area. *JAMA*. 2020;324(9):893-5. Source: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14765>
86. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). COVID-19 - Ce que nous savons jusqu'à présent sur ... les risques pour les travailleurs de la santé. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/what-we-know-risks-feb-21-2020.pdf?la=fr>
87. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résumé épidémiologique détaillé - Cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée en Ontario : 15 janvier 2020 au 28 février 2021 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le 25 mars 2021]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-ltch-residents.pdf?la=fr>

88. Paltansing S, Sikkema RS, de Man SJ, Koopmans MPG, Oude Munnink BB, de Man P. Transmission of SARS-CoV-2 among healthcare workers and patients in a teaching hospital in the Netherlands confirmed by whole-genome sequencing. *J Hosp Infect.* 2021;110:178-83. Source: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.005>
89. McDougal AN, Elhassani D, DeMaet MA, Shores S, Plante KS, Plante JA, et coll. Outbreak of SARS-CoV-2 among operating room staff of a tertiary referral center: an epidemiologic and environmental investigation. *Infect Control Hosp Epidemiol.* Le 19 mars 2021 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1017/ice.2021.116>
90. Taylor J, Carter RJ, Lehnertz N, Kazazian L, Sullivan M, Wang X, et coll. Serial testing for SARS-CoV-2 and virus whole genome sequencing inform infection risk at two skilled nursing facilities with COVID-19 outbreaks — Minnesota, avril-juin 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(37):1288-95. Source : <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6937a3>
91. Jeffery-Smith A, Dun-Campbell K, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A, et coll. Infection and transmission of SARS-CoV-2 in London care homes reporting no cases or outbreaks of COVID-19: prospective observational cohort study, England 2020. *Lancet Reg Health Eur.* 2021;3:100038. Source: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100038>
92. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et coll. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005-11. Source: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
93. Schwierzeck V, König JC, Kühn J, Mellmann A, Correa-Martínez CL, Omran H, et coll. First reported nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a pediatric dialysis unit. *Clin Infect Dis.* 2021 ; 72 (2) : 265-70. Source: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa491>
94. Yau K, Muller MP, Lin M, Siddiqui N, Neskovic S, Shokar G, et coll. COVID-19 outbreak in an urban hemodialysis unit. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(5):690-5.e1. Source: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.07.001>
95. Presseau J, Desveaux L, Allen U, Arnason T, Vuchan JL, Corace KM, et coll. Behavioural science principles for supporting COVID-19 vaccine confidence and uptake among Ontario health care workers. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table.* 2021;2(12):1-6. Source: <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.12.1.0>
96. *Établissements d'hébergement et de soins de santé*, Règl. de l'Ont. 67/93. Source : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/930067>
97. Borges V, Isidro J, Macedo F, Neves J, Silva L, Paiva M, et coll. Nosocomial outbreak of SARS-CoV-2 in a “non-COVID-19” hospital ward: virus genome sequencing as a key tool to understand cryptic transmission. *medRxiv 20248421* [avant impression]. Le 23 février [cité le 24 mars 2021]. Source: <https://doi.org/10.1101/2021.02.20.20248421>
98. Lesho EP, Walsh EE, Gutowski J, Reno L, Newhart D, Yu S, et coll. A cluster-control approach to a coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on a stroke ward with infection control

considerations for dementia and vascular units. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Le 11 janvier 2021 [publication électronique avant impression]. Source: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1437>

99. Kabesch M, Roth S, Brandstetter S, Häusler S, Juraschko E, Weigl M, et coll. Successful containment of COVID-19 outbreak in a large maternity and perinatal center while continuing clinical service. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(5):560-4. Source : <https://doi.org/10.1111/pai.13265>
100. Ontario. Ministère de la Santé. Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario [Internet]. Version 12.0. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [modifié le 6 mai 2021; cité le 20 mai 2021]. Source : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf

Santé publique Ontario

480, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario)
M5G 1V2

647.260.7100

pidac@oahpp.ca

www.publichealthontario.ca

