

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

(ARCHIVÉ) Risque de transmission de la COVID-19 par les personnes vaccinées

Publication : juin 2021

Archivé : février 2022

ARCHIVÉ

Ce matériel archivé est disponible uniquement à des fins de recherche historique et de référence. SPO ne met plus à jour ce matériel et il se peut qu'il ne reflète plus les directives actuelles.

Messages clés

- On observe une charge virale plus faible et une durée d'infection réduite chez les personnes vaccinées ayant contracté le SRAS-CoV-2.
- Peu de preuves pertinentes indiquent un risque de transmission réduit à la famille par un professionnel de la santé vacciné qui est infecté, notamment par les variants préoccupants [VP] B.1.1.7 et B.1.351.
- La plupart des administrations n'ont pas modifié leurs exigences d'isolement pour les personnes entièrement vaccinées qui contractent le virus.

Problème et question de recherche

Bien que le vaccin réduise considérablement le risque d'infection chez les personnes qui l'ont reçu, des cas sporadiques surviennent¹. Chez les personnes vaccinées, l'infection est moins grave et ne causera vraisemblablement aucun symptôme, mais le risque de transmission par les personnes entièrement vaccinées² est flou. Le présent document résume des preuves pertinentes sur le risque de transmission par les personnes vaccinées ayant contracté la COVID-19 ainsi que certaines directives des administrations sur la gestion des personnes entièrement vaccinées.

Méthode

Le présent résumé contient deux sources de données publiées : une recherche rapide dans la littérature grise et soumise à un comité de lecture, et une revue des directives sanitaires de certaines administrations et organisations de santé publique. Ont été consultés manuellement jusqu'au 26 mai 2021 des documents de littérature grise et publiée. Pour être sélectionnés, les articles devaient contenir des données indirectes sur le niveau d'infection par charge virale et la durée de la charge virale détectable ainsi que des données directes sur la transmission secondaire. Du 11 au 26 mai 2021, les

directives et recommandations de santé publique sur la gestion des personnes entièrement vaccinées des organisations et administrations suivantes ont été examinées : les Centres for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande, l'Allemagne, l'Australie, Israël et certaines provinces canadiennes (Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Québec)³⁻¹⁴. Les directives de santé publique sur la gestion des contacts entièrement vaccinés sont exclues du présent résumé.

Principaux résultats

Charge virale réduite chez les personnes vaccinées

Les niveaux de charge virale élevés sont associés à un risque accru de transmission. D'après une étude de cohorte menée en Espagne¹⁵ auprès de 282 groupes, la charge virale des cas index était le principal facteur de transmission du SRAS-CoV-2.

Selon certaines études, les personnes partiellement ou entièrement vaccinées qui contractent la COVID-19 auraient une charge virale plus faible (d'après des valeurs de cycle seuil [CS] plus élevées¹⁶) que celles non vaccinées, y compris les résidents des maisons de soins infirmiers pour personnes âgées.

- Aux États-Unis¹⁷, les résidents d'une maison de soins infirmiers ayant reçu une seule dose du vaccin de Pfizer dans les trois semaines précédentes et ayant contracté la COVID-19 sans présenter de symptômes avaient une charge virale considérablement plus faible (valeurs de CS plus élevées) que ceux qui n'étaient pas vaccinés.
- Dans un rapport sur une éclosion du variant B.1.351 dans une maison de soins infirmiers en France¹⁸, on indique que tous les résidents non vaccinés (5) ont été infectés, comparativement à seulement la moitié (50 %, soit 13 sur 26) de ceux entièrement vaccinés. La valeur de CS moyenne était beaucoup plus faible chez les résidents non vaccinés (moyenne de CS : 15; étendue : 12 à 17) que chez ceux vaccinés (moyenne de CS : 21; étendue : 13 à 32) ($p < 0,05$).
- Une étude menée en Israël¹⁹ a comparé les valeurs de CS dans les 11 jours suivant la première dose du vaccin, soit lorsqu'aucune protection immunitaire n'est attendue, à celles mesurées de 12 à 37 jours après la première dose. Les valeurs moyennes de CS étaient considérablement plus élevées pour les infections dans la deuxième période, pour une réduction de la charge virale d'environ 2,8 à 4,5 fois celle des personnes évaluées 11 jours après leur première dose. Ce lien était aussi observable lorsqu'on limitait l'analyse aux cas asymptomatiques, selon l'âge et le sexe.

Durée potentiellement écourtée de l'infection chez les personnes vaccinées

Certaines données pointent vers une durée écourtée de la détection virale chez les personnes vaccinées.

- Dans le cadre d'une étude italienne²⁰ sur l'infection au SRAS-CoV-2 menée pour évaluer le nombre de cas asymptomatiques chez les professionnels de la santé en milieu hospitalier vaccinés et non vaccinés, on a effectué chaque jour 500 prélèvements par écouvillon nasopharyngé auprès de professionnels et de patients hospitalisés. De janvier à mars 2021, sept professionnels ayant reçu le vaccin de Pfizer ont contracté le variant B.1.1.7; six avaient reçu leur deuxième dose (trois dans les huit jours suivant la deuxième dose, et trois après plus de trois semaines), et l'autre, seulement sa première. Tous ces cas ont été détectés par le dépistage régulier des personnes asymptomatiques et n'ont jamais présenté de symptômes. Trois des cas ont été déclarés négatifs le jour suivant leur résultat positif, et les quatre autres, 10 jours après.
- Dans une prépublication du Royaume-Uni²¹, les phases II et III d'un essai à simple insu randomisé sur le vaccin Astra Zeneca (AZ) examinaient l'efficacité de celui-ci contre l'infection à la COVID-19 (symptomatiques pour la plupart) du variant B.1.1.7 par rapport aux autres variants. Les personnes ayant reçu le vaccin d'AZ présentaient une charge virale beaucoup plus faible (valeurs de CS minimales). La vaccination a réduit d'une semaine la durée médiane de détection du virus (écart interquartile [EI] pour une durée médiane d'une semaine : 1,0 à 2,0 pour le vaccin d'AZ; EI pour une durée médiane de deux semaines : 1,0 à 3,0 pour le vaccin de contrôle).

Risque plus faible de transmission secondaire par les personnes vaccinées

Peu de données témoignent du risque de transmission secondaire par les personnes vaccinées en raison du faible nombre de cas sporadiques, et les études qui en font état n'évaluent que la transmission dans un même foyer.

- Une étude préliminaire a été menée au Royaume-Uni²² sur les cas et les hospitalisations documentés du 8 décembre 2020 au 3 mars 2021 chez 194 362 membres non vaccinés des ménages de 144 525 professionnels de la santé vaccinés ou non (78,3 % avaient reçu leur première dose du vaccin d'AZ ou de Pfizer depuis au moins 14 jours, et 25,1 % étaient entièrement vaccinés). Au total, 3 123 cas et 175 hospitalisations ont été recensés chez les membres de la famille non vaccinés. Le rapport de risque ajusté pour l'infection des personnes vivant dans le même foyer qu'un professionnel de la santé vacciné était de 0,70 (IC à 95 % : 0,62 à 0,78) par rapport à celles habitant avec un professionnel de la santé non vacciné. On a relevé une réduction du risque de 55 % chez les membres des ménages infectés par un professionnel de la santé entièrement vacciné par rapport à ceux non vaccinés, pour un rapport de risque ajusté de 0,46 (IC à 95 % : 0,30 à 0,70). L'étude ne précise pas si la réduction du risque chez les membres non vaccinés des ménages était causée par l'absence d'infection chez le professionnel de la santé ou par l'absence de transmission dans le ménage.
- Une autre étude préliminaire du Royaume-Uni²³, menée à l'échelle du pays du 4 janvier au 28 février 2021, portait sur un échantillon représentatif de personnes partiellement vaccinées pour la plupart (93 % avaient reçu une dose du vaccin d'AZ ou de Pfizer-BioNTech). Ont participé à cette étude 365 447 ménages ayant au moins un membre infecté. On a découvert que les

contacts des personnes infectées et vaccinées dans le ménage (jusqu'à 60 jours après la première dose) étaient moins susceptibles de se faire transmettre le virus que ceux des personnes non vaccinées. La transmission dans le ménage a été évaluée en comparant les cas index vaccinés depuis au moins 21 jours avec ceux non vaccinés : le rapport de risque ajusté était de 0,55 pour le vaccin d'AZ (IC à 95 % : 0,46 à 0,67) et de 0,57 pour celui de Pfizer (IC à 95 % : 0,43 à 0,63). Cela porte à croire que la transmission dans les ménages était environ de 40 à 50 % plus faible pour les ménages dans lesquels les cas index étaient partiellement vaccinés depuis au moins 21 jours avant le résultat positif que ceux dont le cas index n'était pas vacciné.

Analyse territoriale du changement de la façon de gérer les cas sporadiques

La plupart des administrations évaluées (États-Unis²⁴, ECDC²⁵, Royaume-Uni²⁶, Australie²⁷, provinces canadiennes¹¹⁻¹⁴) n'ont pas modifié leurs recommandations d'isolement pour les personnes entièrement vaccinées. Aucun changement n'a non plus été indiqué pour la gestion des contacts des cas sporadiques.

Les lignes directrices provisoires de l'ECDC sur les avantages de la pleine vaccination contre la transmission de la COVID-19²⁵ (21 avril 2021) ont suivi une approche d'évaluation des risques par la synthèse des preuves pertinentes existantes. Il a été conclu que le risque qu'une personne entièrement vaccinée transmette le SRAS-CoV-2 à une personne non vaccinée était de très faible à faible, et que la possibilité qu'un contact non vacciné développe une forme grave de la maladie après transmission était de faible à élevée, selon l'âge et les problèmes de santé sous-jacents de la personne. D'autres facteurs peuvent modifier le risque de transmission, tels que la présence d'un VP, la nature et la durée du contact, le recours à des mesures préventives, le type de vaccin reçu et la période écoulée depuis la vaccination (la durée de l'immunité après la vaccination n'est pas encore connue). L'ECDC a également conclu que le risque d'infection et de transmission du SRAS-CoV-2 chez les personnes entièrement vaccinées ne devrait pas être pris en compte dans l'isolement, mais devrait toujours être évalué dans le contexte épidémiologique général entourant le SRAS-CoV-2.

L'Allemagne est le seul pays à avoir mis à jour ses directives de gestion des personnes entièrement vaccinées contractant le virus⁸ : elle a réduit leur période d'isolement à cinq jours si elles reçoivent un résultat négatif et si elles restent asymptomatiques. Si le résultat du test de suivi d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) demeure positif ou si la personne devient symptomatique, les exigences régulières d'isolement s'appliquent.

Analyse et conclusions

Selon de récentes données, le risque de transmission secondaire par les personnes vaccinées qui contractent le virus est vraisemblablement plus faible que celui par les personnes non vaccinées, puisque la charge virale est potentiellement réduite et que la période de détection du virus est écourtée. La majorité des données proviennent d'endroits où le variant B.1.1.7 était dominant (quoiqu'il y ait peu de données sur les autres VP). La plupart de ces endroits ont conservé leurs exigences d'isolement sanitaire pour les personnes vaccinées, probablement en raison de l'incertitude entourant l'efficacité du vaccin chez certaines sous-populations (ex. : personnes âgées, personnes immunosupprimées) et vu le potentiel d'échappement immunitaire des nouveaux VP.

Lacunes et limites dans les connaissances

Les données prouvant le risque de transmission secondaire par les personnes partiellement ou entièrement vaccinées sont encore relativement limitées, tout comme les connaissances sur les facteurs pouvant accroître ce risque. On dispose aussi de peu de données sur les facteurs individuels pouvant réduire la protection du vaccin (ex. : âge, comorbidités) et sur le risque différentiel de transmission secondaire par une personne asymptomatique par rapport à une personne symptomatique. En outre, l'arrivée de VP ayant le potentiel de contourner le vaccin pourrait accroître le risque de transmission secondaire, même quand le cas index demeure asymptomatique. Peu de données existent sur la transmission secondaire par des personnes vaccinées à des personnes à l'extérieur du ménage, par exemple dans les milieux de soins et les établissements de soins collectifs, où il y a un faible niveau de tolérance au risque de transmission du virus aux patients ou résidents vulnérables par les personnes vaccinées.

Mise en pratique

Actuellement en Ontario, il est recommandé à la plupart des personnes entièrement vaccinées à risque élevé de contracter le virus de passer un test de dépistage, mais en général, elles n'ont pas à s'isoler si elles demeurent asymptomatiques après leur exposition²⁸. Cette directive est fondée sur les données actuelles à propos de l'efficacité du vaccin et du faible risque de transmission secondaire par les personnes vaccinées. Cependant, toutes les personnes qui reçoivent un diagnostic de COVID-19, quel que soit leur statut d'immunisation, doivent s'isoler pendant au moins 10 jours après l'apparition des symptômes (ou en l'absence de symptômes, les 10 jours suivant la réception du résultat positif), à condition qu'elles soient afébriles (qu'elles n'utilisent pas de médicaments contre la fièvre) et que leurs symptômes s'améliorent pendant au moins 24 heures, sauf si elles ont une maladie grave ou une immunodéficience sévère²⁸. Les directives actuelles ne tiennent donc pas compte de la possibilité d'un risque plus faible de transmission secondaire (surtout par des personnes asymptomatiques) ou d'une durée d'infection plus courte chez les personnes vaccinées, ni de ce qui se produit lorsqu'une personne vaccinée est déclarée négative après avoir reçu un résultat positif.

Le document *Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario*³⁰ (version 12.0) permet aux bureaux locaux de santé publique de cesser la gestion des cas et des contacts s'ils jugent que la possibilité d'infection par une personne positive est faible (ex. : personne asymptomatique présentant une faible probabilité de résultat positif avant le test, quel que soit son statut d'immunisation, et valeur de CS élevée combinée à des résultats négatifs répétés). Le statut d'immunisation pourrait être un autre facteur à prendre en compte dans l'évaluation de la « faible probabilité de résultat positif avant le test » pour de tels cas, étant donné la faible probabilité d'infection malgré l'exposition au virus, et pourrait mener à l'arrêt de la gestion des cas et des contacts.

Les données récentes peuvent aussi orienter les pratiques de santé publique sur la gestion des personnes vaccinées qui reçoivent un résultat positif et qui sont ensuite déclarées négatives avant la fin de leur période d'isolement de 10 jours, étant donné la faible possibilité et la courte durée d'infection mentionnées dans la littérature. Pour respecter les critères de l'autorisation fondée sur des tests de l'Ontario²⁹ pour la fin de l'isolement (sans égard au statut d'immunisation), il faut obtenir deux résultats négatifs à 24 heures d'intervalle après la réception d'un résultat positif. Cependant, cette exigence peut se révéler pénible. Selon les nouvelles directives de l'Allemagne⁸, l'arrêt de l'isolement après un seul test négatif serait possible pour les personnes vaccinées demeurant asymptomatiques. On ne précise toutefois pas le moment à privilégier pour le dépistage de suivi ni la durée de l'isolement pour

l'évaluation de l'apparition de symptômes. Enfin, il est nécessaire que les bureaux de santé publique fassent preuve de discrétion dans la gestion des cas et tiennent compte du contexte propre à chacun.

L'arrêt précoce de l'isolement pour les personnes entièrement vaccinées nécessitera aussi une approche semblable pour leurs contacts (qui ne sont actuellement pas dispensés de quarantaine, selon les directives provinciales pour les personnes entièrement vaccinées²). Cependant, les données sont actuellement insuffisantes pour appuyer un changement des exigences d'isolement pour ce groupe.

ARCHIVÉ

Références

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Cas confirmés de COVID-19 après la vaccination en Ontario : du 14 décembre 2020 au 15 mai 2021*, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 1^{er} juin 2021]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/covid-19-epi-confirmed-cases-post-vaccination.pdf?la=fr>.
2. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé. *Personnes entièrement vaccinées contre la COVID-19 : document d'orientation provisoire sur la gestion des cas, des contacts et des éclosions*, version 1.0, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 6 mai 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/COVID-19_fully_vaccinated_interim_guidance.pdf.
3. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19, Atlanta (Géorgie) : Centers for Disease Control and Prevention, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
4. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. COVID-19, Stockholm : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>.
5. Public Health England. Coronavirus (COVID-19), Londres : Crown Copyright, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.gov.uk/coronavirus>.
6. Gouvernement de l'Écosse. Coronavirus in Scotland, Édimbourg : Crown Copyright, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.gov.scot/coronavirus-covid-19/>.
7. Gouvernement de l'Irlande, ministère de la santé, Department of the Taoiseach. « COVID-19 resilience and recovery: the path ahead », Dublin : gouvernement de l'Irlande, 2021 [modifié le 4 juin 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.gov.ie/en/campaigns/c36c85-covid-19-coronavirus/>.
8. Robert Koch Institut. *COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung* (critères de fin de l'isolement), Berlin : Robert Koch Institut, 2021 [modifié le 18 mai 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html.
9. Gouvernement de l'Australie, ministère de la Santé. Coronavirus (COVID-19) health alert, Canberra : Commonwealth de l'Australie, 2021 [modifié le 7 juin; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert>.
10. Israël, ministère de la Santé. Coronavirus, Jérusalem : gouvernement d'Israël, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.gov.il/en/departments/topics/corona-main-sub>.

11. Alberta Health Services, Scientific Advisory Group. *COVID-19 Scientific Advisory Group Evidence Summary and Recommendations*, Edmonton (Alberta) : Alberta Health Services, 2021 [modifié le 23 mars 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-post-vaccine-transmission-rapid-review.pdf>.
12. Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique. *Interim Guidance: Public Health Management of Cases and Contacts Associated with Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community*, Vancouver (Colombie-Britannique) : Provincial Health Services Authority, 2021 [modifié le 15 avril 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Guidelines%20and%20Forms/Guidelines%20and%20Manuals/Epid/CD%20Manual/Chapter%201%20-%20CDC/2019-nCoV-Interim_Guidelines.pdf.
13. Gouvernement du Manitoba. *Interim Guidance Public Health Measures: Managing Novel Coronavirus (COVID-19) Cases and Contacts in Community*, Winnipeg (Manitoba) : Imprimeur de la Reine pour le Manitoba, 2021 [modifié le 4 juin 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : https://manitoba.ca/asset_library/en/coronavirus/interim_guidance.pdf.
14. Institut national de santé publique du Québec. *COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires*, Québec (Québec) : gouvernement du Québec, 2021 [modifié le 14 mai 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2902-mesures-gestion-cas-contacts-communaute.pdf>.
15. Marks, M., P. Millat-Martinez, D. Ouchi, C. Roberts, A. Alemany, M. Corbacho-Monne et coll. « Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study », *The Lancet Infectious Diseases*, 2021, vol. 21, n° 5, p. 629 à 636. Sur Internet : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30985-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30985-3).
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Pleins feux sur : un aperçu des valeurs de cycle seuil et de leur rôle dans l'interprétation des résultats des tests de dépistage du SARS-CoV-2 par PCR en temps réel*, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020 [cité le 1^{er} juin 2021]. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/09/cycle-threshold-values-sars-cov2-pcr.pdf?la=fr>.
17. McEllistrem, M. C., C. J. Clancy, D. J. Buehrle, A. Lucas, B. K. Decker. « Single dose of a mRNA SARS-CoV-2 vaccine is associated with lower nasopharyngeal viral load among nursing home residents with asymptomatic COVID-19 », *Clinical Infectious Diseases*, 26 mars 2021 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciab263>.
18. Bailly, B., L. Guilpain, K. Bouiller, C. Chirouze, M. N'Debi, A. Soulier 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 », *Clinical Infectious Diseases*, 16 mai 2021 [Diffusion en ligne avant impression]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1093/cid/ciab446>.
19. Levine-Tiefenbrun, M., I. Yelin, R. Katz, E. Herzel, Z. Golan, L. Schreiber et coll. « Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine », *Nature Medicine*, 2021, vol. 27, n° 5, p. 790 à 792. Sur Internet : <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01316-7>.

20. Damiani, V., D. Mandatori, S. De Fabritiis, S. Bibbo, R. Ferrante, F. Di Guiseppe et coll. « SARS-CoV-2 infection in asymptomatic vaccinated health care workers », *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 10 mai 2021 [Diffusion en ligne avant l'impression]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1017/ice.2021.224>.
21. Emary, K. R. W., T. Golubchik, P. K. Aley, C. V. Ariani, B. Angus, S. Bibi et coll. « Efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 VOC 202012/01(B.1.1.7) », SSRN 3779160 [Préimpression], 4 février 2021 [cité le 2 juin 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.2139/ssrn.3779160>.
22. Shah, A. S. V., C. Gribben, J. Bishop, P. Hanlon, D. Caldwell, R. Wood et coll. « Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in health care workers and their households », medRxiv 21253275 [Préimpression], 21 mars 2021 [cité le 2 juin 2021]. Sur Internet : <https://doi.org/10.1101/2021.03.11.21253275>.
23. Harris, R. J., J. A. Hall, A. Zaidi, N. J. Andrews, J. K. Dunbar, G. Dabrera. « Impact of vaccination on household transmission of SARS-COV-2 in England », Londres : Public Health England, 2021 [cité le 28 mai 2021]. Sur Internet : <https://khub.net/documents/135939561/390853656/Impact+of+vaccination+on+household+transmission+of+%5ble%5d%20SRAS-CoV-2+in+Angleterre.pdf/35bf4bb1-6ade-d3eb-a39e-9c9b25a8122a?t=1619601878136>.
24. Centers for Disease Control and Prevention. « COVID-19: interim public health recommendations for fully vaccinated people », Atlanta (Géorgie) : Centers for Disease Control and Prevention, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html#>.
25. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. *Technical report: interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions*, Stockholm : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2021 [modifié le 21 avril 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Interim-guidance-benefits-of-full-vaccination-against-COVID-19-for-transmission-and-implications-for-non-pharmaceutical-interventions.pdf>.
26. Public Health England. « Stay at home: guidance for households with possible or confirmed coronavirus (COVID-19) infection », Londres : Crown Copyright, 2021 [modifié le 19 mai 2021; cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-households-with-possible-coronavirus-covid-19-infection>.
27. Healthdirect Australia. COVID-19 isolation and quarantine, Canberra : gouvernement de l'Australie, 2021 [cité le 26 mai 2021]. Sur Internet : <https://www.healthdirect.gov.au/coronavirus-covid-19-self-isolation-faqs#criteria>.
28. 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*, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [cité le 30 mai 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/COVID-19_fully_vaccinated_interim_guidance.pdf.

29. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé. *COVID-19 – Aide-mémoire des conseils de la Santé publique concernant les tests et les congés*, version 14.0, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 21 mai 2021; cité le 30 mai 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_testing_clearing_cases_guidance.pdf.
30. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé. *Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario*, version 12.0, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021 [modifié le 6 mai 2021; cité le 30 mai 2021]. Sur Internet : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf.

Mention

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Risque de transmission de la COVID-19 par les personnes vaccinées*, Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021.

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été préparé par Santé publique Ontario (SPO), qui offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Son travail s'appuie sur les meilleures données probantes disponibles. L'emploi et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. SPO ne peut pas en être tenue responsable. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de SPO. Aucune modification ne peut y être apportée sans la permission écrite expresse de cette dernière.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en santé. L'organisme 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.

Pour en savoir plus sur SPO, visitez santepubliqueontario.ca.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021

Ontario 