

Le président

Réf. : Pégase D-21--006153

Paris, le 11 décembre 2021

Monsieur le Directeur général de la santé, cher Jérôme,

Par courriel en date du 8 décembre 2021, vous avez saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), afin de réévaluer certaines recommandations figurant dans son avis du 2 avril 2021 relatif à l'éviction des professionnels de santé positifs au SARS-CoV-2 travaillant en établissements de santé (ES) et en établissements médico-sociaux (EMS).¹

Dans cet avis le HCSP recommande que « les professionnels exerçant en ES et ESMS venant d'être diagnostiqués positifs vis-à-vis du virus SARS-CoV-2 avec un tableau clinique de Covid-19 asymptomatique puissent être maintenus en exercice uniquement en cas de tension hospitalière et de risque de rupture de l'offre et de la sécurité de soins ». Cette recommandation s'applique aux professionnels ayant reçu leur schéma vaccinal complet ou ayant un antécédent de Covid-19 (avec une forme symptomatique) plus de 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test diagnostique positif.

Dans le contexte de reprise épidémique lié au variant delta de SARS-CoV-2, d'émergence du variant Omicron et du constat d'une baisse d'efficacité de la vaccination après quelques mois, vous interrogez le HCSP afin d'obtenir des précisions sur les questions suivantes :

- L'émergence du variant préoccupant Omicron doit-elle conduire à la modification des recommandations de l'avis du 2 avril 2021 ?
- La possibilité de surseoir à l'isolement ou à la quarantaine des professionnels des ES et EMS, lorsque la balance/bénéfice risque pour la continuité des soins est clairement défavorable, doit-elle être restreinte aux professionnels ayant effectué leur rappel vaccinal ? Compte-tenu du risque de réinfection, doit-elle continuer à s'appliquer également aux professionnels ayant un antécédent de Covid-19 (avec une forme symptomatique) survenu plus de 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test diagnostique positif ?
- En cas de maintien en poste d'un professionnel de santé se trouvant dans l'une des situations considérées, quelles sont les mesures de réduction des risques et de dépistage à mettre en œuvre pour limiter le risque de transmission en milieu professionnel ?
- De même, en matière de contrôle sanitaire aux frontières, une quarantaine est prévue pour les personnes arrivant d'une zone dite « rouge écarlate ». Pour les professionnels concernés par cette dernière, une dérogation est-elle également envisageable en cas de tensions sur l'offre de soins ?

Monsieur Jérôme Salomon
Directeur général de la santé
Ministère des solidarités & de la santé
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=999>.

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants :

1 Données épidémiologiques

1.1 Situation en France

Au 8 décembre 2021, 8 041 931 cas de Covid-19 confirmés ont été identifiés. Depuis l'émergence du SARS-CoV-2, plusieurs vagues épidémiques caractérisées par des pics d'incidence et des tensions sur l'offre de soins se succèdent. Aujourd'hui, la France connaît une cinquième vague épidémique qui se traduit par une forte croissance du nombre de cas journalier et d'hospitalisations. Ainsi le 8 décembre 2021, 61 340 nouveaux cas ont été diagnostiqués, 13 108 personnes étaient hospitalisées pour Covid-19 dont 2 439 en services de soins critiques.

Sur la base des données de séquençage, la situation actuelle en France est toujours caractérisée par une **circulation quasi-exclusive du variant préoccupant ou VOC Delta (VOC pour *variant of concern*)**. En France métropolitaine, la prévalence de ce variant estimée par les enquêtes Flash hebdomadaires est supérieure à 99 % depuis le 10/08/2021. Les autres variants ne sont détectés que de manière sporadique.

Si le profil de mutations caractéristique du variant Omicron pose question quant à l'efficacité des vaccins actuellement disponibles, des études sont en cours pour évaluer les caractéristiques de ce virus. Ce variant fait l'objet d'une surveillance renforcée, en France et à l'international. A ce jour 59 cas importé de variant Omicron ont été identifiés en France.

1.2 Évaluation de la menace liée à l'émergence du variant Omicron (B.1.1.529) du SARS-CoV-2 selon l'ECDC²

Le 2 décembre 2021, l'ECDC a publié la 17^{ème} mise à jour de l'évaluation de la situation épidémiologique du SARS-CoV-2 dans l'Union européenne (UE)/Espace économique européen (EEE), des projections pour la période des fêtes de fin d'année et des stratégies de réponse. Il souligne que la mise en œuvre en temps utile des interventions non pharmaceutiques (INP) est essentielle à leur réussite. Il s'agit notamment de l'utilisation appropriée de masques faciaux, du télétravail, de modifications organisationnelles permettant de réduire la foule dans les transports publics, de la garantie d'une ventilation adéquate dans les espaces fermés et du maintien de mesures d'hygiène pouvant être mises en œuvre immédiatement. La fixation de limites quant au nombre de participants aux événements sociaux et publics lors des célébrations de fin d'année soutiendra les efforts de distanciation physique.

Il existe à propos du variant Omicron une grande incertitude concernant la transmissibilité plus importante par rapport aux autres variants, l'efficacité vaccinale, le risque de réinfections et d'autres propriétés. Toutefois, compte tenu de son potentiel d'échappement immunitaire et de son avantage possiblement accru en termes de transmissibilité par rapport au variant Delta, la probabilité d'une nouvelle introduction et d'une propagation communautaire dans l'UE/EEE est estimée élevée. Dans une situation où le variant Delta est résurgent dans l'UE/EEE, l'impact de l'introduction et de la propagation éventuelle du variant Omicron pourrait être très élevée. En conclusion, le niveau global de risque pour l'UE/EEE associé au variant Omicron du SARS-CoV-2 est évalué comme élevé à très élevé. Compte tenu du profil de mutation d'Omicron, un échappement immunitaire partiel est probable. En raison des incertitudes concernant le risque d'échappement immunitaire d'Omicron, une approche de précaution est pertinente et la mise en œuvre rapide et renforcée d'INP dans l'UE/EEE est fortement conseillée.

² European Centre for Disease Prevention and Control. Implications of the spread of the SARS-CoV-2 B.1.1.529 variant of concern (Omicron) for the EU/EEA – first update. 2 December 2021. ECDC: Stockholm; 2021. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/threat-assessment-covid-19-emergence-sars-cov-2-variant-omicron-december-2021.pdf>

La surveillance génomique reste de la plus haute importance pour la détection précoce de la présence de ce variant afin de permettre le suivi des tendances épidémiologiques et de guider les mesures d'endiguement. A ce stade précoce, il est fortement conseillé d'éviter les voyages à destination et en provenance des zones dans lesquelles une circulation importante du virus est connue, d'augmenter le nombre de tests (avec séquençage des cas confirmés) et de rechercher activement les contacts des cas de Covid-19 ayant un lien épidémiologique avec les zones de forte circulation virale. En raison de la circulation active du variant Delta, les pays de l'UE/EEE sont invités à accorder la plus grande priorité à la vaccination des personnes ciblées comme prioritaires par les programmes de vaccination contre le Covid-19 qui ne sont pas encore vaccinées ou pour lesquelles le schéma reste encore incomplet. Les pays devraient envisager une dose de rappel pour les personnes âgées de 40 ans et plus, en ciblant d'abord les plus vulnérables dont les personnes âgées, et pourraient ensuite envisager une dose de rappel pour tous les adultes âgés de 18 ans et plus au moins cinq mois après la fin de la série primaire.

2. Couverture vaccinale (par 2 doses vaccinales ou par un antécédent de Covid-19 + 1 dose) au sein de la population éligible

Les indicateurs sont produits par Santé publique France (SpF) sur la base des données issues des lieux de vaccination, dont la remontée est coordonnée par le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Ils permettent de suivre le nombre de personnes vaccinées en population générale, chez les résidents et les professionnels des ESMS, les professionnels de santé libéraux, ainsi que la répartition des vaccins. Tous les résultats sont accessibles sur [Géodes](#) et les indicateurs hebdomadaires dans les points épidémiologiques nationaux et régionaux permettent une interprétation et une analyse globale de la situation.

Une baisse de l'immunité vaccinale a été observée dans plusieurs études, à distance (quelques mois) d'un schéma vaccinal à deux doses, justifiant une 3^{ème} dose de rappel pour booster l'immunité et réduire le risque de transmission collective et le risque de forme grave de Covid-19 : dans toutes les catégories d'âge³ ou en particulier chez les hommes, chez les personnes âgées de 65 ans ou plus et chez les personnes immunodéprimées⁴. Il a été également montré que la protection induite par BNT162b2 contre l'infection par le SARS-CoV-2 a semblé s'estomper rapidement après avoir atteint son pic après la deuxième dose, mais la protection contre l'hospitalisation et le décès a persisté à un niveau robuste pendant 6 mois après la deuxième dose⁵.

2.1 Évolution des données relatives à l'efficacité vaccinale d'un schéma avec une dose de rappel

Compte tenu de l'affaiblissement de l'immunité conférée par le vaccin à ARNm BNT162b2 (Pfizer-BioNTech), une campagne nationale de vaccination à trois doses (dont un rappel) a été lancée en Israël en août 2021 ; d'autres pays ont également commencé à administrer une injection de rappel. Une étude israélienne a évalué le bénéfice supplémentaire initial à court terme d'un schéma à 3 doses par rapport à un schéma à 2 doses contre l'infection par le SARS-CoV-2⁶. Cette étude cas-témoins rétrospective préliminaire a utilisé deux approches complémentaires : un modèle à test négatif et un modèle cas-témoins apparié. Les participants ont été inclus à partir de la base de données nationale centralisée d'*Maccabi Healthcare Services*, un organisme israélien de maintien des soins de santé couvrant 2,5 millions de membres. Les données ont été recueillies entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 octobre 2021, et les analyses ont porté sur la période du 1^{er} août 2021 au 4 octobre 2021, car la dose de rappel a été largement administrée à partir du 1^{er} août.

³ Golberg Y et al; Waning Immunity after the BNT162b2 Vaccine in Israel. N Engl J Med. 2021 Dec 9;385(24):e85.doi: 10.1056/NEJMoa2114228. Epub 2021 Oct 27.

⁴ Levin EG et al. Waning Immune Humoral Response to BNT162b2 Covid-19 Vaccine over 6 Months. N Engl J Med 2021 Dec 9;385(24):e84. doi: 10.1056/NEJMoa2114583. Epub 2021 Oct 6.

⁵ Chemaitelly H et al. Waning of BNT162b2 Vaccine Protection against SARS-CoV-2 Infection in Qatar. N Engl J Med 2021 Dec 9;385(24):e83. doi: 10.1056/NEJMoa2114114. Epub 2021 Oct 6.

⁶ Tal Patalon et al. Odds of Testing Positive for SARS-CoV-2 Following Receipt of 3 vs 2 Doses of the BNT162b2 mRNA Vaccine. JAMA Intern Med. Published online November 30, 2021. doi:10.1001/jamainternmed.2021.7382

La population étudiée comprenait 306 710 personnes des services de santé Maccabi âgés de 40 ans et plus (55 % de femmes), ayant reçu 2 ou 3 doses du vaccin BNT162b2 et n'ayant pas eu de test RT-PCR positif pour le SARS-CoV-2 avant le début de la période de suivi. Au cours de la période d'étude, 500 232 tests PCR ont été effectués, 227 380 parmi ceux qui avaient reçu 2 doses vaccinales et 272 852 parmi ceux qui avaient reçu 3 doses, avec des tests RT-PCR positifs dans 14 989 (6,6 %) et 4941 (1,8 %) dans chaque groupe, respectivement. Quand on compare les personnes qui ont reçu 3 doses et celles qui ont reçu 2 doses, le rapport d'infection à SARS-CoV-2 est estimé à 0,14 (IC à 95 %, 0,13-0,15) 28 à 65 jours après l'injection du rappel, soit une réduction de 86 % de la probabilité de résultat positif d'un test PCR positif pour cet agent). Des études antérieures ont montré que la protection dérivée du vaccin contre le SARS-CoV-2 diminue avec le temps. Dans cette analyse cas-témoins, les auteurs ont montré une association entre la dose de rappel et la réduction du risque de test positif pour le SARS-CoV-2.

En prolongement de l'étude précédente, une autre étude menée en Israël dans la suite de la recommandation (30 juillet 2021) d'administrer une troisième dose du vaccin à ARN messenger BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) chez les personnes âgées de 60 ans et plus et ayant reçu une deuxième dose de vaccin au moins 5 mois auparavant⁷. Elle avait pour objectif d'évaluer l'effet de la dose de rappel sur le taux de Covid-19 et le taux de formes sévères de la maladie. Les auteurs ont extrait de la base de données du ministère israélien de la Santé, pour la période du 30 juillet au 31 août 2021, des données concernant 1 137 804 personnes âgées de 60 ans et plus et ayant été entièrement vaccinées (c'est-à-dire ayant reçu deux doses de BNT162b2) au moins 5 mois auparavant. Au moins 12 jours après la dose de rappel, le taux d'infection à SARS-CoV-2 confirmée était inférieur d'un facteur 11,3 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 10,4 à 12,3) dans le groupe ayant reçu la dose de rappel par rapport au groupe ayant reçu deux doses ; le taux de maladie grave était quant à lui inférieur d'un facteur 19,5 (IC à 95 %, 12,9 à 29,5). Dans une analyse secondaire comparant le taux d'infection à SARS-CoV-2 au moins 12 jours après le rappel à celui observé 4 à 6 jours après celui-ci, il était observé une diminution d'un facteur de 5,4 (IC 95 %, 4,8 à 6,1). **Au total, dans cette deuxième étude portant sur des participants âgés de 60 ans et plus et ayant reçu deux doses du vaccin BNT162b2 au moins 5 mois auparavant, les taux de Covid-19 et de maladie grave confirmés étaient significativement inférieurs chez ceux qui avaient reçu une troisième dose de rappel du vaccin BNT162b2 par rapport à ceux qui n'avaient reçu que deux doses.**

2.2 Évolution de la charge virale chez les personnes vaccinées

Une étude de cohorte rétrospective multicentrique réalisée à Singapour –actuellement disponible sur medRxiv mais non encore soumise à une revue par des pairs- a évalué si la vaccination modifie la cinétique virologique et sérologique de l'infection à SARS-CoV-2⁸. Les auteurs ont inclus des patients ayant reçu un vaccin ARNm homologué (Pfizer ou Moderna) et ayant été admis à l'hôpital pour une infection par le variant Delta B.1.617.2. Les caractéristiques cliniques, ainsi que la cinétique virologique et sérologique (titres d'anticorps anti-nucléocapside, titres d'anticorps anti-Spike et titres d'anticorps neutralisants) ont été comparées entre les personnes ayant eu un schéma vaccinal complet et les personnes non vaccinées. Sur les 218 personnes atteintes d'une infection par le variant Delta, 84 avaient reçu un vaccin à ARNm, dont 71 avaient reçu deux doses, 130 n'étaient pas vaccinées et 4 avaient reçu un autre vaccin. Malgré un âge significativement plus élevé des participants du groupe ayant reçu le vaccin, le risque de Covid-19 grave (nécessitant une supplémentation en oxygène) était significativement plus faible dans le groupe vacciné (odds ratio ajusté 0,07 ; IC95 % : 0,015-0,335, p=0,001). **Les valeurs de Ct (*cycle threshold*) de la RT-PCR SARS-CoV-2 étaient similaires entre les groupes vaccinés et non vaccinés au moment du diagnostic mais la charge virale a diminué plus rapidement chez les individus vaccinés, comme le montre la figure ci-dessous.** Un renforcement précoce et robuste des anticorps anti-

⁷ Yinon M. Bar-On et al. Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against Covid-19 in Israel. N Engl J Med 2021;385:1393-400. DOI: 10.1056/NEJMoa2114255

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2114255>

⁸ Po Ying Chia, et al. Virological and serological kinetics of SARS-CoV-2 Delta variant vaccine-breakthrough infections: a multi-center cohort study. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261295>. Now published in *Clinical Microbiology and Infection* doi: [10.1016/j.cmi.2021.11.010](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.11.010)

Spike a été observé chez les patients vaccinés, bien que les titres soient significativement plus faibles contre le variant Delta que contre la souche vaccinale. A partir de ces résultats les auteurs concluent que les vaccins à ARNm sont très efficaces pour prévenir les formes symptomatiques et sévères de Covid-19 associées à l'infection par le variant Delta. **En outre, la vaccination est associée à une diminution plus rapide de la charge virale à partir du 5^e jour et à une réponse sérologique robuste.** Ces résultats illustrent que la vaccination reste une stratégie clé pour contrôler l'infection à SARS-CoV-2.

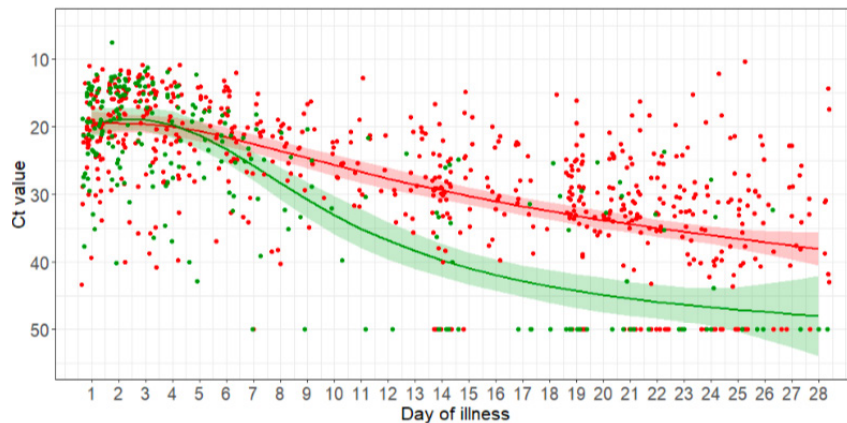


Diagramme de dispersion des valeurs de Ct chez les patients non vaccinés (points rouges) et vaccinés (points verts) au cours de l'infection par le variant Delta de SARS-CoV-2 (source ref.8)

3. Actualisation des données disponibles chez les professionnels de santé

Sur une période de 3 semaines (avril 2020), 1 032 professionnels de santé asymptomatiques ont été dépistés dans un hôpital universitaire britannique⁹. Les professionnels symptomatiques et leurs contacts familiaux symptomatiques ont été également testés. La RT-PCR en temps réel a été utilisée pour détecter l'ARN viral à partir d'un auto-écouvillonnage de la gorge et du nez : 3 % des professionnels de santé asymptomatiques ont été testés positifs pour le SARS-CoV-2 ; 17/30 (57 %) étaient totalement asymptomatiques ou pauci-symptomatiques ; 12/30 (40 %) avaient présenté des symptômes compatibles avec le Covid-19 au moins jours avant le test, la plupart d'entre eux s'étant auto-isolés et étant revenus en bonne santé. Des professionnels de santé ont été détectés positifs dans deux services indépendants à l'occasion des tests de dépistages transversaux réalisés autour des cas. La majorité des professionnels de santé était infectée par la lignée dominante B.1. Les résultats de cette étude montrent l'utilité de ne pas se limiter au dépistage des personnels symptomatiques et de prendre également en compte les personnels pauci-symptomatiques ou asymptomatiques qui participent significativement à la dissémination du virus au sein de la communauté des soignants.

Une revue systématique de la littérature a analysé 8 bases de données bibliographiques afin de déterminer la prévalence, les facteurs de risque, les caractéristiques cliniques et le pronostic du Covid-19 chez les professionnels de santé¹⁰. Un total de 97 études (toutes publiées en 2020) répondait aux critères d'inclusion. La prévalence estimée de l'infection par le SARS-CoV-2 par RT-PCR et par sérologie était respectivement de 11 % (IC 95 % : 7-15) et de 7 % (IC 95 % : 4-11). Le statut professionnel le plus fréquemment touché était les infirmiers (48 %, IC 95 % : 41, 56) et la majorité du personnel médical

⁹ Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, Young J, Pereira-Dias J, Hamilton WL, Ferris M, Torok ME, Meredith L; CITIID-NIHR COVID-19 BioResource Collaboration, Curran MD, Fuller S, Chaudhry A, Shaw A, Samworth RJ, Bradley JR, Dougan G, Smith KG, Lehner PJ, Matheson NJ, Wright G, Goodfellow IG, Baker S, Weekes MP. Screening of healthcare workers for SARS-CoV-2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. *Elife*. 2020 May 11;9:e58728. doi: 10.7554/eLife.58728. PMID: 32392129; PMCID: PMC7314537

¹⁰ Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM, Guevara SLR, Echeverría LE, Glisic M, Muka T. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol*. 2021 Jan 4;190(1):161-175. doi: 10.1093/aje/kwaa191. Erratum in: *Am J Epidemiol*. 2021 Jan 4;190(1):187. PMID: 32870978; PMCID: PMC7499478. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870978/>

positif pour SARS-CoV-2 travaillait, pendant la période de dépistage, dans des services hospitaliers autres que les urgences (43 %, IC 95 % : 28, 59). Anosmie, fièvre et myalgies étaient les seuls symptômes significativement associés à la positivité des tests chez les professionnels de santé. **Parmi les professionnels positifs, 40 % (IC 95 % : 17, 65) étaient asymptomatiques au moment du test de dépistage** Enfin, des manifestations cliniques graves sont apparues chez 5 % (IC 95 % : 3, 8) des participants et 0,5 % (IC 95 % : 0,02, 1,3) d'entre eux sont décédés.

4. Risque de transmission à partir de personnes asymptomatiques et symptomatiques

La cinétique différentielle de la charge virale dans les voies respiratoires supérieures entre patients adultes asymptomatiques et symptomatiques infectés par le SARS-CoV-2 a été peu documentée, ce qui limite les recommandations susceptibles de guider la gestion clinique, les mesures de contrôle des infections et les décisions en matière de santé au travail.

Dans une étude française portant sur 17 911 patients en consultation externe¹¹, 496 (2,8 %) d'entre eux avaient un test RT-PCR positif dans les voies respiratoires supérieures, dont 180 (36,3 %) étaient asymptomatiques. Parmi ces adultes asymptomatiques excréteurs de virus, 75 % avaient des charges virales moyennes à élevées (valeurs de Ct < 30), dont la valeur médiane était significativement plus élevée que celle observée chez les sujets symptomatiques (P = 0,029), et 50,6 % étaient positifs en culture cellulaire. **Ces résultats indiquent que les adultes ambulatoires asymptomatiques atteints de Covid-19 excrètent de manière significative le SARS-CoV-2 dans leurs voies respiratoires supérieures, jouant un rôle potentiel majeur en tant que transmetteurs du virus dans diverses chaînes de transmission épidémiologiques.**

Dans une autre étude, des auteurs ont analysé plus de 72 500 échantillons de salive testés pour SARS-CoV-2 par qRT-PCR¹², tous les échantillons ont été prélevés chez des personnes n'ayant signalé aucun symptôme associé au Covid-19 le jour du prélèvement. Parmi ceux-ci, 1 405 cas positifs ont été identifiés. La distribution des charges virales chez ces individus asymptomatiques ne se distinguait pas de ce qui avait été observé précédemment chez les individus symptomatiques. Indépendamment de l'état symptomatique, environ 50 % des personnes positives semblaient se trouver dans des phases non infectieuses de la maladie, en raison de leur faible charge virale, se situant dans une fourchette où le virus vivant a rarement été isolé. Les auteurs soulignent que 2 % des individus sont porteurs de 90 % des virions circulant au sein des communautés ; il s'agirait de "super-porteurs" viraux et peut-être aussi de super-contamineurs.

Le HCSP rappelle les grandes lignes de ses recommandations précédentes pour l'éviction des professionnels de santé détectés positifs pour le SARS-CoV-2¹³. Dans ce dernier avis daté du 2 avril 2021 (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=999>), le HCSP recommandait que les professionnels de santé avec une infection documentée à SARS-CoV-2 fassent l'objet d'une mesure d'éviction professionnelle d'une durée de 10 jours. Le HCSP précisait que les professionnels de santé positifs et asymptomatiques, sous réserve de pas être immunodéprimés et s'ils avaient reçu un schéma vaccinal complet ou s'ils avaient présenté un antécédent d'infection symptomatique plus de 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test positif de l'épisode actuel d'infection par SARS CoV-2, puissent être maintenus en exercice professionnel, mais uniquement en cas de tension hospitalière et de risque de rupture de l'offre et de la sécurité de soins.

¹¹ Glenet M, Lebreil AL, Heng L, N'Guyen Y, Meyer I, Andreoletti L. Asymptomatic COVID-19 Adult Outpatients identified as Significant Viable SARS-CoV-2 Shedders. *Sci Rep.* 2021 Oct 18;11(1):20615. doi: 10.1038/s41598-021-00142-8. PMID: 34663858; PMCID: PMC8523690. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34663858/>

¹² Yang Q, Saldi TK, Gonzales PK, Lasda E, Decker CJ, Tat KL, Fink MR, Hager CR, Davis JC, Ozeroff CD, Muhlrad D, Clark SK, Fattor WT, Meyerson NR, Paige CL, Gilchrist AR, Barbachano-Guerrero A, Worden-Sapper ER, Wu SS, Brisson GR, McQueen MB, Dowell RD, Leinwand L, Parker R, Sawyer SL. Just 2% of SARS-CoV-2-positive individuals carry 90% of the virus circulating in communities. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021 May 25;118(21):e2104547118. doi: 10.1073/pnas.2104547118. PMID: 33972412; PMCID: PMC8166196. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33972412/>

¹³ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=999>

Recommandations du HCSP, actualisant celles du 2 avril 2021, en réponse à la saisine du 8 décembre 2021 dans le contexte épidémiologique actuel de tension hospitalière en termes de ressources humaines dans les filières de soins

Le HCSP recommande :

- De placer en éviction tout professionnel de santé détecté positif vis-à-vis du SARS-CoV-2, pendant une durée de 10 jours, sans conditionner la reprise à un résultat négatif d'un test PCR.
- De réaliser chez ces professionnels, s'ils demeurent asymptomatiques, un test PCR de détection de l'ARN du SARS-CoV-2 à partir de sécrétions rhino-pharyngées à J7 suivant le résultat positif.
- Le professionnel de santé peut être autorisé à reprendre son exercice professionnel en cas de résultat négatif ou, quand cette information est disponible, de résultat positif avec une valeur élevée de Ct (> 33 pour la technique préconisée par le CNR « des virus des infections respiratoires (dont la grippe) » ou selon l'abaque figurant dans l'avis de la Société française de microbiologie (SFM) relatif à l'interprétation des valeurs de Ct pour les principales techniques commerciales disponibles en France¹⁴).
- D'identifier activement et de réaliser un test de dépistage chez tous les professionnels contacts d'un cas positif (*cf.* définition d'un contact selon SpF), c'est-à-dire en l'absence du port de masque, notamment lors des pauses ou des repas).
- De ne pas mettre les soignants contacts ainsi identifiés en éviction de première intention (avant le résultat du test de dépistage) à condition qu'ils appliquent strictement les mesures barrières (en s'abstenant notamment de pause et de repas sans masque avec les collègues).
- De réaliser un test PCR de détection de l'ARN du SARS-CoV-2 à partir de sécrétions rhino-pharyngées à J7 après un contact professionnel documenté, et à J0 et J7 dans le cas d'un contact familial ou de découverte d'un cluster en milieu professionnel.
- De détecter, isoler pendant 10 jours et dépister tout professionnel de santé revenant d'une zone rouge écarlate¹⁵ afin de prévenir de la diffusion du variant Omicron.

Le HCSP rappelle par ailleurs ses recommandations qui restent actuellement en vigueur :

- Maintenir un haut niveau d'observance des mesures barrières en milieux de soins (pour la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 entre professionnels et soignants) et de vigilance sur les organisations pour limiter les regroupements de professionnels de santé hors zones de soins, notamment lors des pauses, des réunions et des repas, ou des manifestations conviviales.
- Appliquer les précautions standard et les mesures barrières complémentaires spécifiques Covid-19 en milieux de soins pour la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 entre soignés et soignants.
- Considérer les lieux de grands rassemblements comme des espaces à haut risque de transmission du SARS-CoV-2 en l'absence de l'application de l'ensemble des mesures barrières et en l'absence de passe sanitaire à jour.

¹⁴ https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2021/01/Avis-SFM-valeur-Ct-excre%CC%81tion-virale_-_Version-def-14012021_V4.pdf

¹⁵ <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/deplacements#:~:text=Pays%20%C2%AB%20rouges%20%C2%BB%20%3A,%2C%20Turquie%20et%20Ukraine.>

- Promouvoir la vaccination et notamment la réalisation de la dose de rappel afin de renforcer l'immunité des professionnels de santé comme de la population générale et réduire ainsi (scientifiquement prouvé) :
 - la durée du portage du SARS-CoV-2 chez les personnes détectées positives
 - le risque individuel de formes graves de Covid-19

Pour répondre aux questions de la saisine, le HCSP précise que :

- L'émergence du variant préoccupant Omicron incite à l'anticipation et à la prudence compte tenu de sa forte transmissibilité et du peu de données actuellement disponibles en termes de neutralisation et de baisse de l'efficacité vaccinale. Néanmoins, cette émergence n'a pas été l'élément principal de l'évolution des présentes recommandations du HCSP du fait la très faible proportion actuelle du variant Omicron en France (0,4 % des isolats selon les données de SpF). Le variant delta demeure le variant largement majoritaire à ce jour (plus de 99 % en semaine 46 de 2021).
- L'éviction pendant 10 jours **-avec possibilité de réduire cette période en cas de RT-PCR négative ou de charge virale faible à J7 (voir supra)-** s'applique à tout professionnel de santé asymptomatique, quels que soient son statut vaccinal ou ses antécédents de Covid-19 symptomatique survenu plus de 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test diagnostique positif. Cette recommandation pourrait permettre de réduire la durée de l'éviction et de diminuer le poids de la limitation des ressources humaines pour les établissements tout en assurant la prévention de la transmission en milieux de soins et garantissant l'état de santé des professionnels de santé concernés. Elle est applicable quel que soit le statut vaccinal du professionnel de santé (schéma complet ou non, dose de rappel effectuée ou non) et quel que soient les variants (dans l'état actuel des connaissances). Elle est également applicable quelle que soit la forme clinique asymptomatique ou symptomatique du fait des données de la littérature sur le risque de transmission important dans les deux cas, sous réserve bien sûr que la personne pauci-symptomatique soit en état de travailler et soit volontaire pour maintenir son activité. Elle doit s'assortir d'un renforcement des mesures barrières par le soignant pendant la semaine qui suit la réintégration en milieu de soins (notamment en s'abstenant de pauses ou de repas en groupe).
- Il n'y a pas de situation pouvant dispenser un professionnel de santé ayant un test par RT-PCR de détection du SARS-CoV-2 positif de s'isoler pendant les durées définies ci-dessus, du fait du risque de clusters au sein des équipes, ce qui aurait pour conséquence d'aggraver la situation de tension en ressources humaines. Pour réduire le risque d'infection à SARS-CoV-2 au sein des soignants, tout professionnel de santé contact d'un cas de Covid-19 détecté en milieu intrafamilial ou dans l'entourage social doit être dépisté par un test de détection SARS-CoV-2 et doit observer strictement les mesures barrières en milieu professionnel (notamment en s'abstenant de pauses ou de repas en groupe).
- La durée d'éviction prévue pour les personnes arrivant d'une zone dite « rouge écarlate »¹⁵ s'applique *de facto* aux professionnels de santé, sans dérogation.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général de la santé, à l'expression de mes salutations distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Chauvin', with a large, stylized initial 'F'.

Professeur Franck Chauvin,
Président du HCSP