

---

## AVIS

---

### complémentaire à l'avis du 14 janvier relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2

18 et 20 janvier 2021

---

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) par courriel en date du 15 janvier 2021 (annexe 1).

En complément de l'avis du 14 janvier 2021 relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2 (en cours de publication), la DGS souhaite obtenir une expertise sur les points suivants :

- maintien de la dérogation à la quarantaine et à l'isolement des professionnels de santé et des agents d'opérateurs d'importance vitale (OIV) cas confirmé à un nouveau variant et contact à risque, en cas de tensions sur l'offre de soins, dans le cadre de l'avis HCSP du 23 mai 2020 ;
- évolution des recommandations relatives aux équipements de protection individuels (EPI) pour les professionnels de santé au contact avec les patients, dans le cadre de la circulation des variants ;
- pertinence de la séparation des patients atteints d'un variant des autres patients atteints par le Covid-19 ;
- renforcement des mesures barrières en population générale (distanciation physique, port du masque grand public, définition d'une personne-contact, etc.) ;
- pertinence de la prise en compte, dans le cadre du contact-tracing, autour des cas de variantes, des contacts des contacts à risque, dans une logique de « contact warning ».

Les 19 et 20 janvier 2021 trois questions complémentaires permettant d'apporter une précision relative aux recommandations de l'avis ont été transmises par le commanditaire au HCSP [annexe 1bis] :

- Les dérogations à l'éviction des cas confirmés et contacts à risque accordés à certains professionnels (voir avis du HCSP du 23 mai 2020) sont –elles maintenues ?
- Faut-il mettre en place un accueil distinct pour les patients suspectés d'être infectés par un nouveau variant ?
- Les précisions relatives au port du masque et à la distance à respecter entre personnes peuvent-elles être clarifiées.

Les réponses à ces trois questions figurent sous forme d'encadrés à la fin des chapitres 5.1, 5.3 et 5.4.

Afin de répondre à cette saisine le HCSP a mis en place un groupe de travail dont la composition figure en annexe 2.

### Contexte

Après quatre semaines de forte décroissance de l'épidémie observée en France entre les semaines 45 et 49 de 2020, la semaine 2020/49 (du 30 novembre au 06 décembre 2020) a été toutefois marquée par une évolution préoccupante de l'épidémie, du fait d'une très faible diminution de la circulation du SARS-CoV-2 en France.

En effet, les indicateurs se sont maintenus à un niveau élevé et on notait en semaine 2020/53 :

- une nette augmentation du nombre de cas confirmés,
- une diminution de l'activité de dépistage, notamment parmi les personnes asymptomatiques,
- un maintien à un niveau élevé des hospitalisations et des admissions en service de réanimation.

Au 14 janvier 2021, 91 cas d'infections par le variant VOC 202012/01 (identifié au Royaume-Uni) et quatre cas d'infections par le variant 501.V2 (identifié en Afrique du Sud) ont été confirmés en France métropolitaine.

La surveillance de ces nouveaux variants par le CNR des virus des infections respiratoires se renforce. Il est probable que la diffusion de ces variants sur le territoire national soit actuellement sous-estimée, et l'identification de cas de variant VOC 202012/01 sans lien direct avec le Royaume-Uni suggère un début de transmission communautaire.

Au 16 janvier 2021, on estime que 91 734 304 personnes ont été infectées par le SARS-CoV-2 dans le monde et 1 965 398 décès ont été rapportés à cette pathologie.

En France 2 830 442 cas ont été confirmés depuis le début de l'épidémie dont 69 031 décès. 24 769 personnes sont hospitalisées pour forme grave de Covid-19 dont 2 711 patients en réanimation.

### Le HCSP a pris en compte :

#### 1. Les éléments épidémiologiques suivants (en complément de l'avis HCSP du 14 janvier 2021)

- Dans son point épidémique du 14 janvier 2021, Santé publique France indique que le variant VOC-202012/01 a été identifié chez 91 cas, et le variant 501Y.V2 chez 4 cas en France à la date du 14 janvier 2021. Ces données sont en constante évolution. Plusieurs clusters ont également été identifiés (régions d'Ile-de-France et de Bretagne).
- Dans son document du 8 janvier 2021, Santé publique France donne la définition des cas suspects ou confirmés du nouveau variant VOC202012/01 UK et 501.V2 Sud-Africain (accessible : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>).
- D'après le rapport technique de *Public Health England* [1], le nouveau variant VOC-202012/01 ne semble pas plus virulent que le phénotype sauvage du SARS-CoV-2 (pas de différence significative en termes d'hospitalisation et de mortalité à J28, ou de taux de réinfection), mais présenterait un caractère transmissible supérieur et un taux d'attaque significativement plus élevé (15,1% vs 9,8%) pour la souche sauvage dans les clusters.

- Le variant sud-africain 501.V2 semble également plus transmissible que le phénotype sauvage du SARS-CoV-2, mais sa virulence ne semble pas modifiée [2].
- L'ECDC estime que le risque de circulation active de ces variants (britannique, sud-africain et brésilien) émergents sur le territoire européen est élevé. Du fait de leur capacité de transmission augmentée, il estime que le risque d'augmentation du nombre des cas de formes graves nécessitant une prise en charge hospitalière en soins critiques est également élevé [2].

## 2. Les messages DGS-urgent, qui précisent :

- L'émergence de ces variants implique une attention particulière vis-à-vis de la sensibilité de certains tests diagnostiques et de dépistage qui ciblent la protéine S (DGS-Urgent n° 2020\_67 et DGS-Urgent n° 2020\_69)<sup>1,2</sup>.
- « L'importance de questionner systématiquement, pour toute personne se présentant pour un test de dépistage du SARS-CoV-2, un séjour à l'étranger dans les 14 jours précédant ou un contact à risque avec une personne ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours suivant son retour ». Les personnes ainsi identifiées doivent être orientées préférentiellement vers un test RT-PCR (DGS-Urgent n° 2020\_69)<sup>2</sup>.
- « Du fait des variations de la protéine S constatées pour les nouvelles variantes du SARS-CoV-2, les tests antigéniques ciblant uniquement la protéine S, dans le cadre de diagnostics individuels ou d'opérations de dépistage, ne doivent pas être utilisés au regard du risque de faux négatifs pour ces variantes. Les tests antigéniques ciblant d'autres protéines, notamment la protéine N, ne sont pas concernés et peuvent continuer à être mobilisés. » (DGS-Urgent n° 2021\_5)<sup>3</sup>.

## 3. Les modes de transmission du SARS-CoV-2 (Avis du HCSP relatif à la transmission par aérosol en milieu de soins+ addendum du 10 septembre 2020 [3,4])

Les principales modalités de transmission du SARS-CoV-2 sont les suivantes :

- transmission directe préférentielle par émission de gouttelettes, accentuée lors d'effort de toux ou d'éternuement, par le malade infecté symptomatique ou non vers une personne saine présente à une courte distance, avec risque de contamination par la muqueuse respiratoire principalement, ou oculaire ;
- transmission indirecte, essentiellement par les mains par contact avec les muqueuses du visage (bouche, nez et yeux).

La transmission interhumaine à partir de cas asymptomatiques ou pré-symptomatiques a été mise en évidence dans plusieurs études et la part de transmission à partir de cas asymptomatiques pourrait s'élever à plus de 50% [5].

Les soignants ont été fortement impactés par l'épidémie de SARS-CoV-2 [6] mais le port systématique du masque à usage médical a permis de réduire fortement leur contamination, pour la rapprocher de celle de la population générale [7]. Les soignants travaillant dans les unités de première ligne Covid-19 ont été moins infectés que ceux ne travaillant pas dans ces unités, ce qui peut témoigner, pour ceux hors unités Covid-19, d'une moins bonne adhésion aux mesures barrières du fait d'une moindre expérience de leur application [8], et/ou d'un meilleur niveau de protection dans les services Covid-19 [9,10].

La transmission se fait essentiellement lors de contacts rapprochés, sans savoir si le virus est porté par des particules de taille sub-microniques ou de plusieurs micromètres, puisque les particules de toutes tailles sont émises ensemble lors de la respiration, de la parole, de la toux et des éternuements. La présence de virus SARS-CoV-2 dans la fraction fine de l'aérosol généré par un patient Covid-19 symptomatique ou non, est avérée.

---

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent\\_67\\_variant\\_uk.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_67_variant_uk.pdf)

<sup>2</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent\\_no69\\_cat\\_tests\\_variants\\_uk-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_no69_cat_tests_variants_uk-2.pdf)

<sup>3</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent\\_05\\_cat\\_nouvelles\\_variantes\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_05_cat_nouvelles_variantes_.pdf)

Certaines études expérimentales et de modélisation ont montré que le SARS-CoV-2 pouvait être présent dans des aérosols en suspension. Une récente revue narrative et systématique de la littérature incluant 24 études sur la présence de SARS-CoV-2 dans l'air de services de soins en situation réelle, montrait que 17,4% des échantillons collectés étaient positifs par RT-PCR, dont seulement 8,6% étaient positifs en culture [11]. Mais aucune étude clinique ou épidémiologique n'estime la part respective des aérosols ni ne confirme leur rôle dans la transmission interhumaine de SARS-CoV-2.

Ces éléments doivent être pris en considération dans la définition des équipements de protection individuels (EPI) à utiliser puisque, expérimentalement, le masque à usage médical ne filtre qu'une petite fraction d'un aérosol composé de particules sub-microniques, et que le masque FFP2 présente un pouvoir de filtration supérieur. Cette capacité de filtration expérimentalement supérieure ne s'est pas traduite, dans les études épidémiologiques, par un niveau d'infection significativement supérieur chez les soignants avec le masque à usage médical par rapport au masque FFP2 [12]. L'explication est probablement liée au fait, d'une part, que la prévention de l'infection des soignants ne repose pas uniquement sur le type de masques, mais sur l'application de l'ensemble des mesures de protection, incluant en premier lieu la ventilation des locaux, et, d'autre part, que l'efficacité d'un masque en termes de prévention de l'inhalation de particules virales dépend largement de nombreux facteurs conditionnant la qualité de son port. La taille du masque, son adaptation au visage, la forme du visage ou la présence d'une barbe, son confort (qui impacte sur le nombre de manipulations du masque) sont des paramètres importants à prendre en considération en complément des volumes des locaux concernés, de leur taux de fréquentation et de leurs conditions d'humidité et de renouvellement d'air.

Par ailleurs, il peut exister des variations importantes dans le pouvoir de filtration de fines particules entre les masques à usage médical.

Le port du masque FFP2 est un peu plus contraignant et nécessite, pour apporter une efficacité en pratique proche de celle définie dans la procédure de normalisation, une parfaite adéquation au visage [13]. Il est toutefois bien supporté par les soignants [14].

La définition des gestes de soins générant un risque de transmission par aérosols a fait l'objet de nombreuses études et prises de position de différentes instances, dans plusieurs pays [4,15,16]. Il faut toutefois constater que les niveaux de preuves sont disparates, souvent faibles, et que les positions reposent souvent sur des avis d'experts. Les divergences entre les différentes recommandations, sur de nombreuses situations, pointées dans un article récent [17], en témoignent.

Les modes de transmission des variants identifiés à ce jour semblent identiques à ceux des autres virus SARS-Cov-2 décrits jusqu'alors. En conséquence, l'augmentation de la transmissibilité de ces variants est imputable, au moins pour partie, à une insuffisance d'application des mesures barrières.

#### 4. Les recommandations internationales

Aucune recommandation internationale sur les nouveaux variants et relatives aux mesures de prévention pour les professionnels de santé et en population générale n'est actuellement disponible. Ci-dessous sont synthétisées les recommandations en cours pour les variants classiques du SARS-CoV-2 pour les professionnels de santé.

##### 4.1 Organisation mondiale de la Santé [18–20])

L'OMS recommande :

- D'appliquer les précautions complémentaires de type « Gouttelettes » et « Contact » pour prendre en charge les patients possibles, probables ou confirmés de Covid-19,

- D'appliquer les précautions complémentaires de type « Air » en cas de gestes invasifs sur la sphère ORL ou de procédures génératrices d'aérosols, avec le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) (masque FFP2 ou N95 ou NK95) et d'une protection oculaire (visière ou lunettes de protection).
- De ne pas porter systématiquement des gants en dehors des indications des précautions standard.

#### 4.2 *Centers for Disease Control & Prevention* US [21]

Les CDC recommandent

- De porter systématiquement un APR de type FFP2 (ou un masque à usage médical en cas de tension d'approvisionnement) complété d'une protection oculaire par une visière,
- De revêtir systématiquement une surblouse de protection à manche longue,
- De porter systématiquement des gants non stériles à usage unique.

#### 4.3 *European Centre for Disease Prevention and Control* [22]

L'ECDC recommande :

- De porter un APR de type FFP2 ou FFP3 (ou masque à usage médical en cas de tension d'approvisionnement) et une protection oculaire par visière ou lunettes de protection,
- De revêtir une surblouse de protection à manche longue,
- De porter des gants en cas de risque de contact avec les liquides biologiques ou lors de gestes invasifs sur la sphère ORL ou de procédures à risque de génération d'aérosols,
- De porter un tablier en remplacement de la surblouse à manches longues si le risque de contact avec un liquide biologique est faible.

#### 4.4 **Recommandations actuelles françaises de la SF2H et du HCSP (Elles sont exposées dans différents documents), toujours valables dans le cadre de l'émergence de nouveaux variants du SARS-CoV-2**

**Société française d'Hygiène Hospitalière** (SF2H, [www.sf2h.net](http://www.sf2h.net) )

- Avis de la SF2H relative à la prise en charge des patients suspects ou atteints de Covid-19 [23].
- Avis de la SF2H relatif aux indications du port de masque [24].
- Avis de la SF2H relatif aux précautions standard en contexte Covid-19 [25].

**Haut Conseil de la santé publique** (HCSP, [www.hscsp.fr](http://www.hscsp.fr))

- Avis du HCSP relatif à la rationalisation du port de masque et à la liste des gestes générant des aérosols [16].
- Rapport du HCSP relatif à la prise en charge des patients suspects ou confirmés Covid-19 [26].
- Avis du HCSP relatif à la transmission par aérosol en milieux de soins + addendum [3,4].
- Avis du HCSP relatif aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 [27].
- Avis du HCSP relatif au protocole sanitaire renforcé proposé pour les commerces [28].

## 5. Recommandations du HCSP pour la prise en charge des patients suspects ou confirmés de Covid-19 nouveaux variants

**Préambule : les nouveaux variants sur lesquels l'attention est portée sont définis comme des virus présentant une ou plusieurs mutations dans leur génome et qui sont susceptibles d'avoir un impact notamment sur la transmissibilité, l'antigénicité ou la virulence.**

**Sont particulièrement concernés les variants britannique (VOC 202012/01), sud-africain (501Y.V2) et brésilien (B.1.1.28).**

Le HCSP précise qu'il n'est pas possible d'identifier sur le plan clinique les patients infectés/porteurs de nouveaux variants. Leur prise en charge et les mesures de prévention restent identiques. Mais certaines situations peuvent par contre faire évoquer un risque de contamination ou circulation d'un nouveau variant, à ce stade de leur émergence :

- suspicion de contact avec une personne porteur avérée d'un nouveau variant,
- retour d'une zone de forte circulation des nouveaux variants (avec la difficulté de la mise à jour des données correspondant à une circulation réelle dans les pays),
- ou éventuellement en cas de cluster comprenant un nombre important de cas secondaires autour d'un cas initial de Covid-19 pouvant laisser penser à un risque de transmission augmenté.

L'identification des zones de circulation des nouveaux variants va rapidement devenir inopérante, au vu de la progression à l'intérieur et à l'extérieur du territoire français. Le renforcement des mesures doit donc s'appliquer d'ores et déjà à tous.

### 5.1 Recommandations relatives à la question 1 de la saisine

*« Une dérogation à la quarantaine et à l'isolement des professionnels de santé cas confirmé et contact à risque est possible, en cas de tensions sur l'offre de soins, dans le cadre de l'avis HCSP du 23 mai 2020. Celle-ci est de plus valable pour les agents d'opérateurs d'importance vitale (OIV). Au regard de la transmissibilité accrue des variantes, cette dérogation peut-elle être maintenue pour ces deux catégories de professionnels atteints par l'un des variants ? »*

Les premières données semblent attester d'une charge virale plus importante du virus dans les voies aériennes supérieures des personnes infectées par ces nouveaux variants. Toutefois, nous ne disposons pas encore de données quant à la durée d'excrétion du virus chez les personnes infectées par les nouveaux variants. En outre, la survenue probable d'une troisième vague risque de nouveau de provoquer de grandes tensions sur les ressources humaines des établissements de soins (ES) ou en établissement sociaux et médico-sociaux (EMS), mais également des opérateurs d'importance vitale.

**Le HCSP rappelle qu'est considéré comme contact à risque, selon la définition de Santé Publique France du 2 décembre 2020 :**

Toute personne :

- ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;

- ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ET en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact.

**Les mesures de protection considérées comme efficaces sont les suivantes :**

- séparation physique isolant la personne-contact du cas confirmé en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®);
- masque chirurgical ou FFP2 ou grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 1 ou masque grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologué par la Direction générale de l'armement, porté par le cas ou le contact ;
- masque grand public en tissu fabriqué par un industriel, selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 2, ou pour lequel la catégorie AFNOR n'est pas connue, porté par le cas et le contact.

**Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces :**

- une plaque de plexiglas posée sur un comptoir (ou tout autre dispositif maison ne permettant pas de créer deux espaces indépendants) ;
- les masques en tissu « maison » même s'ils ont été fabriqués en suivant les normes AFNOR SPEC S76-001 (car absence de vérification de leur performance de filtration) ;
- les visières en plastique transparent portées seules.

**Le HCSP recommande, en cohérence avec son avis du 23 mai 2020 [29], que :**

- 1) L'éviction des professionnels intervenant en ES et en ESMS, ou appartenant à un OIV, et contacts à risque d'un porteur du SARS-CoV-2, symptomatique ou non, dans le cadre professionnel ou extra-professionnel, ne doit pas être systématique, sauf pour les situations suivantes :
  - si le professionnel devient symptomatique
  - en cas de doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement : le soignant contact doit être mis en éviction dans les mêmes conditions que les contacts en population générale ;
- 2) Le professionnel contact à risque mais maintenu en poste :
  - doit pratiquer une auto-surveillance de ses symptômes et alerter les services de médecine du travail et de maladies infectieuses en cas d'apparition de symptôme évocateur pour la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2. Dans l'attente du résultat, il doit être mis en éviction, sauf situation exceptionnelle ;
  - doit bénéficier d'un prélèvement nasopharyngé systématique entre J5 et J7 du dernier contact (et au maximum à 7 jours de la date du premier contact si celui-ci a persisté plusieurs jours), même s'il est asymptomatique, et d'un prélèvement



nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2 avant cette date s'il devient symptomatique ;

- doit appliquer strictement les mesures d'hygiène et de distanciation physique, dans sa pratique mais aussi lors des pauses ou de l'utilisation des vestiaires ;
- 3) La découverte chez un professionnel asymptomatique d'un prélèvement nasopharyngé positif (RT-PCR), à l'occasion d'un dépistage ou d'une enquête autour d'un cas par exemple, doit conduire à une éviction de 7 jours après la PCR (reprise du travail au 8ème jour) et au respect des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants, en cas d'immunodépression ces durées sont portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10ème jour) et 14 jours, selon les recommandations du HCSP en vigueur. Cette règle ne doit souffrir d'aucune dérogation.

Pour éclaircir la compréhension et l'interprétation de la recommandation émise par le HCSP concernant la dérogation permettant le travail de personnels soignants diagnostiqués positifs, le HCSP recommande la suppression de cette dérogation ouverte par son avis du 23 mai 2020.

## 5.2 Recommandations relatives à la question 2 de la saisine

*« S'agissant des équipements de protection individuelle, notamment dans les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux, la doctrine en vigueur doit-elle évoluer dans le cadre de la circulation des variants, en ce qui concerne la prise en charge des patients ou le port des EPI par les professionnels de santé, par exemple ? »*

Dans l'état actuel des connaissances sur les nouveaux variants, le HCSP recommande de renforcer l'application des mesures de prise en charge des patients, quelle que soit la souche virale.

Le HCSP rappelle les grands principes et recommandations relatifs aux mesures d'hygiène et d'équipements de protection individuels en établissements de santé (ES), établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et cabinet libéral.

Les recommandations déjà connues des professionnels de santé doivent être particulièrement et correctement respectées pour contrôler la diffusion des nouveaux variants d'intérêt actuels dont la transmissibilité est plus importante mais dont les modes de transmission sont inchangés. Les nouveaux variants vont être rapidement prédominants sur le territoire national. **Toutes les mesures de prévention actuellement disponibles restent efficaces pour contrôler leur diffusion.** Il convient d'être particulièrement vigilant dans l'application de celles-ci pour éviter les transmissions nosocomiales, notamment dans l'attente d'une couverture vaccinale suffisante.

**En milieu de soins, le respect des mesures barrières lors des pauses est indispensable pour éviter les transmissions entre professionnels de santé.**

### Le HCSP recommande de : [voir également annexe 3]

- Respecter strictement les mesures barrières et les précautions standard pour la prise en charge de patients/résidents, quel que soit leur statut vis à vis du SARS-CoV-2 :
  - strict respect de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique,
  - port d'une protection de la tenue professionnelle par un tablier (soins mouillants ou souillants) ou une surblouse à manches longues à usage unique en cas de contact direct avec le patient. Les équipements de protection de la tenue seront éliminés en DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux) avant la sortie du box ou de la chambre (si la filière DASRI existe),
  - port de gants à usage unique limité aux situations de contact ou de risque de contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée, en accord avec les précautions standard,
  - désinfection des dispositifs médicaux qui ne seraient pas dédiés dès leur sortie de la chambre,
  - gestion du linge et de la vaisselle selon les procédures habituelles.
- Mettre en place systématiquement les précautions complémentaires de type « Gouttelettes » et « Contact » dès la suspicion, en cas de prise en charge d'un patient considéré comme cas suspect ou possible d'une infection à SARS-CoV-2, dans l'attente de la confirmation ou l'infirmité diagnostique :
  - prise en charge en chambre individuelle dans la mesure du possible,
  - utilisation préférentielle de matériel dédié,

- port d'un masque à usage médical respectant la norme EN 14683, avec double masquage du patient dès que possible par un masque à usage médical,
  - port d'un appareil de protection respiratoire (masque FFP2) et d'une protection oculaire en cas de gestes invasifs ou de manœuvres à risque de générer des aérosols au niveau de la sphère respiratoire ou ORL, avec possibilité de prolonger leur port, **quel que soit le statut infectieux du patient**,
  - il n'est pas recommandé de porter deux masques superposés.
- Mettre en place des mesures organisationnelles :
    - organiser les soins selon une « marche en avant » en cas de prise en charge d'un patient ou résident dans un secteur non Covid-19,
    - limiter les visites et des déplacements du patient ou résident.
  - Informer tous les acteurs prenant en charge le patient/résident, même occasionnellement, sur le statut infectieux vis-à-vis du SARS-CoV-2.
  - Appliquer les mesures collectives :
    - dépistage par RT-PCR des patients 72h avant toute hospitalisation en secteur conventionnel ou dès l'admission en cas d'admission en semi-urgence,
    - nettoyage des locaux et des surfaces par des produits détergents/désinfectants répondant aux normes de virucidie,
    - ventilation/aération : vérifier le fonctionnement correct des ventilations et aérer les pièces le plus souvent possible au minimum toutes les heures durant quelques minutes, voire en permanence si les conditions le permettent,
    - gestion des flux de personnes dans les différents secteurs des milieux de soins, notamment dans les salles d'attente, en respectant une distance de 2 mètres,
    - port d'un masque à usage médical pour les professionnels de santé, les professionnels administratifs et médico-techniques, les visiteurs, les aidants dès l'entrée dans les milieux de soins.
  - Toutes les mesures ci-dessus doivent être strictement respectées et adaptées au milieu de soins (ES, ESMS et cabinet libéral)

### Rappel sur les masques en milieux de soins

Quel que soit le type de masque (à usage médical ou FFP2), il est indispensable que celui-ci soit porté sur le visage couvrant le nez, la bouche et le menton. Cette façon de le porter garantit son efficacité. Toute autre façon de le porter est inacceptable. Il ne doit pas bailler sur les côtés. Il doit être adapté à la morphologie du visage. Pour ce faire, les industriels doivent fournir aux professionnels de santé différentes tailles de masque tant pour les masques à usage médical que pour les masques FFP2.

Comme précisé dans l'avis et addendum du HCSP du 10 septembre 2020 relatifs aux masques en milieu de soins, la généralisation du port de masque de type FFP2 pour les professionnels de santé en ES, ESMS et cabinet libéral n'est pas recommandée. La stratégie de contrôle de la transmission croisée ne peut reposer sur le seul port de masque, elle doit s'inscrire dans l'ensemble des mesures de prévention appliquées simultanément.

### 5.3 Recommandations relatives à la question 3 de la saisine

- « En matière d'organisation des soins, convient-il de séparer les patients atteints d'un variant des autres patients atteints par la Covid-19 ? »
- A propos de la pertinence de séparer les patients infectés par un variant de SARS-CoV-2 associé à une transmissibilité accrue des autres patients présentant un Covid-19, le HCSP souligne la difficulté d'anticiper de telles situations sur les arguments suivants :
- les données de séquençage actuellement disponibles en France suggèrent que l'introduction des nouveaux variants en métropole remonte à plusieurs semaines et qu'il existe une diffusion à bas bruit de ces souches, et notamment du variant VOC 202012/01, dans la population générale française (<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>) ;
- dans les expériences anglaise et sud-africaine, l'avantage sélectif des souches variantes du fait de leur plus forte affinité pour le *receptor-binding domain* (RBD) a démontré qu'elles possédaient une capacité inéluctable à prendre le pas sur les souches non mutées dans un délai relativement court de l'ordre de quelques semaines ;
- en dehors de quelques situations privilégiées où l'on est informé de l'origine géographique du patient infecté ou d'un contact avec un sujet infecté originaire d'une zone endémique bien identifiée pour ces variants, il est très difficile de reconnaître facilement ces souches sur les seules données des tests de RT-PCR, même si, en plus d'une valeur basse de Ct, l'utilisation de tests comportant plusieurs cibles dont le gène de la protéine S peut apporter des arguments probabilistes en faveur de l'implication d'un mutant VOC 202012/01. Cependant, ces tests ne sont pas disponibles dans tous les laboratoires ; de plus, ils ne sont pas capables d'identifier d'autres souches mutées dont le variant sud-africain 501Y.V2. La nécessité de recourir au séquençage des souches pour affirmer que l'on est en présence d'un variant possédant une transmissibilité accrue retarde d'au moins une semaine l'identification de ces variants, ce qui n'est pas compatible avec la ségrégation en amont des patients porteurs de telles souches. La situation épidémiologique est encore rendue plus complexe par le fait que ces souches peuvent être originaires de zones géographiques où le séquençage n'est pas pratiqué de façon intensive, comme cela est le cas par exemple pour les pays d'Europe centrale, l'Afrique, le Moyen-Orient, la péninsule arabique ou l'Amérique du sud.
- Compte tenu de ces données, le HCSP recommande, dans tous les secteurs d'hospitalisation, de privilégier la stricte application des mesures barrières rappelées plus haut dans cet avis qui ont démontré leur capacité à limiter très efficacement la transmission des souches de SARS-CoV-2 d'un patient à l'autre ou des patients au personnel soignant, quelle que soit l'origine géographique du patient infecté.
- En cas de forte suspicion a priori de souche variante sur les arguments épidémiologiques évoqués ci-dessus (charge virale élevée, absence de réactivité du test RT-PCR avec une amorce ciblant la protéine S, origine géographique en lien avec le Royaume-Uni, l'Afrique du sud, l'Amérique du sud, ...), des mesures d'isolement complémentaires peuvent être recommandées comme l'utilisation de chambres seules pour la prise en charge des patients atteints ou suspects de Covid-19, afin d'éviter la dissémination de ces souches à d'autres patients, même si, dans l'état actuel des connaissances, on ne connaît pas la capacité de ces variants à surinfecter des patients déjà porteurs d'une infection à SARS-CoV-2.

Pour éclaircir la compréhension et l'interprétation de cette recommandation, le HCSP ne recommande aucune mesure d'isolement particulière s'appliquant aux patients hospitalisés pour une infection à un nouveau variant d'intérêt du SARS-CoV-2. Les patients hospitalisés pour infection à SARS-CoV-2, quel que soit le variant, seront pris en charge selon les mêmes procédures.

#### 5.4 Recommandations relatives à la question 4 de la saisine

« Les mesures barrières en population générale doivent-elles faire l'objet d'un renforcement (distanciation physique, port du masque grand public, définition d'une personne-contact, etc.) ? »

En l'état actuel des connaissances sur les nouveaux variants, le HCSP recommande de renforcer l'application des mesures de prévention diffusées dans ses nombreux avis relatifs aux établissements recevant du public (ERP) ([www.hscsp.fr](http://www.hscsp.fr)).

Les recommandations, déjà connues des citoyens, doivent être particulièrement et correctement respectées pour contrôler la diffusion des nouveaux variants. Toutes les mesures de prévention actuellement disponibles restent efficaces pour contrôler leur diffusion. Il convient d'être particulièrement vigilant dans l'application de celles-ci pour éviter davantage la diffusion dans la population générale, notamment dans l'attente d'une couverture vaccinale suffisante.

Toutefois devant le risque de contagion plus important des variants récemment identifiés, le HCSP considère que les mesures barrières en population générale doivent être adaptées sur 2 points :

- la distance de sécurité entre 2 individus doit être fixée à au moins 2 mètres au lieu de « au moins 1 mètre »,
- le masque porté en population générale doit répondre à une norme de filtration élevée c'est-à-dire soit en tissu de catégorie 1 (Afnor), soit de type chirurgical.

#### Le HCSP recommande de : [voir également annexe 4]

- Respecter une distance physique de **2 mètres** entre 2 personnes en milieu clos et en extérieur (hors personnes d'un même foyer familial ou groupe),
- Réaliser une hygiène des mains à l'eau et au savon ou par friction hydro-alcoolique le plus souvent possible,
- Respecter l'ensemble des gestes barrières (ex. ne pas se serrer la main, ne pas s'embrasser, tousser dans son coude, utiliser un mouchoir jetable, etc.),
- Nettoyer les locaux et les surfaces avec des produits détergents-désinfectants respectant la norme de virucidie,
- Vérifier le fonctionnement correct des ventilations et aérer les pièces le plus souvent possible au minimum toutes les heures durant quelques minutes, voire en permanence si les conditions le permettent,
- Respecter les jauges d'accueil des personnes dans les ERP,
- Concernant le port de masque il est fortement recommandé :
  - de porter un **masque grand public en tissu de catégorie 1** respectant les préconisations de l'Afnor, dès l'âge de 6 ans si possible,
  - **de substituer aux masques de catégorie 2 et aux masques de fabrication artisanale, des masques grand public de catégorie 1, en raison de leur meilleur pouvoir filtrant,**
  - de porter absolument le masque sur le visage couvrant le nez, la bouche et le menton pour être efficace. Il n'est plus acceptable en cette période de porter un masque sous le menton,
  - les masques de type FFP2 ne sont pas recommandés en population générale.

Le HCSP recommande de renforcer les mesures de prévention, dites mesures-barrières, en raison de la plus grande transmissibilité des variants d'intérêt actuels, sans que les modes de transmission n'aient pour l'instant changé :

- en augmentant la distance interindividuelle, qui était d'au moins 1 mètre jusqu'à présent, à 2 mètres, et en gardant les mêmes conditions d'application de cette règle,
- en préconisant le port conforme de masques de grande performance de filtration comme les masques grand public en tissu réutilisables de catégorie 1 respectant les préconisations de l'Afnor et les masques à usage médical à usage unique respectant la norme EN 14683 (masques dits chirurgicaux).

Ces deux mesures de renforcement entraîneront la modification de la définition des contacts utilisée pour le contact tracing et renforceront *de facto* les mesures barrières et le contact tracing tels qu'ils sont appliqués à ce jour.

## 5.5 Recommandations relatives à la question 5 de la saisine

« Le contact-tracing, autour des cas de variants, doit-il prendre en compte les contacts des contacts à risque, dans une logique de « contact warning » ?

- Le contact-tracing (identification et suivi des contacts à risques de cas avérés) reste une mesure majeure pour limiter la diffusion du SARS-CoV-2, quel que soit le variant.
- Il doit être mis en œuvre systématiquement en cas de contact à risque, **même pour les sujets contacts vaccinés**, dans l'attente de données sur l'efficacité du vaccin sur les nouveaux variants et sur la prévention des formes asymptomatiques ou du portage du virus.

Le suivi des contacts de contacts est une mesure d'un rapport coût-bénéfice défavorable car elle risque d'entraver la procédure de suivi des contacts d'un cas avéré. Le HCSP ne la recommande donc pas.

*A contrario*, inclure dans la procédure de contact-tracing la recherche systématique du cas index (ou cas à la source de la chaîne de transmission) lors de la découverte d'un nouveau cas (contact tracing rétrospectif ou « *backward* ») pourrait permettre d'identifier plus précocement des cas secondaires, et de limiter le nombre de sujets contacts qu'ils pourraient générer.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

*Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.*

*Validé les 18 et 20 janvier 2021 par le président du Haut Conseil de la santé publique*



## Références

1. Public Health England. Variant of Concern 202012/01 Technical briefing 2 [Internet]. Disponible sur: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/949639/Technical\\_Briefing\\_VOC202012-2\\_Briefing\\_2\\_FINAL.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/949639/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf)
2. ECDC Europa. Risk related to spread of new SARSCoV-2 variants of concern in the EU/EEA. 29 décembre 2020. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf>
3. Haut Conseil de la santé publique. avis du 10 septembre relatif au risque de transmission du SARS-CoV-2 par aérosols en milieux de soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=961>
4. Haut Conseil de la santé publique. addendum à l'avis du 10 septembre 2020 relatif au risque de transmission du SARS-CoV-2 par aérosols en milieux de soins [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=962>
5. Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, Prasad PV, Steele M, Brooks JT, et al. SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms. JAMA Netw Open. 7 janv 2021;4(1):e2035057.
6. Shah PS, Diambomba Y, Acharya G, Morris SK, Bitnun A. Classification system and case definition for SARS-CoV-2 infection in pregnant women, fetuses, and neonates. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(5):565-8.
7. Magnusson K, Nygård K, Methi F, Vold L, Telle K. Occupational risk of COVID-19 in the 1<sup>st</sup> vs 2<sup>nd</sup> wave of infection [Internet]. Infectious Diseases (except HIV/AIDS); 2020 nov [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.10.29.20220426>
8. Shields A, Faustini SE, Perez-Toledo M, Jossi S, Aldera E, Allen JD, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence and asymptomatic viral carriage in healthcare workers: a cross-sectional study. Thorax. déc 2020;75(12):1089-94.
9. Gagneux-Brunon A, Pelissier C, Gagnaire J, Pillet S, Pozzetto B, Botelho-Nevers E, et al. SARS-CoV-2 infection: advocacy for training and social distancing in healthcare settings. J Hosp Infect. nov 2020;106(3):610-2.
10. Lentz RJ, Colt H, Chen H, Cordovilla R, Popevic S, Tahura S, et al. Assessing coronavirus disease 2019 (COVID-19) transmission to healthcare personnel: The global ACT-HCP case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol. 9 sept 2020;1-7.
11. Birgand G, Peiffer-Smadja N, Fournier S, Kerneis S, Lescure F-X, Lucet J-C. Assessment of Air Contamination by SARS-CoV-2 in Hospital Settings. JAMA Netw Open. 1 déc 2020;3(12):e2033232.
12. Radonovich LJ, Simberkoff MS, Bessesen MT, Brown AC, Cummings DAT, Gaydos CA, et al. N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 3 sept 2019;322(9):824-33.
13. for the French Society for Hospital Hygiene working group, Lepelletier D, Keita-Perse O, Parneix P, Baron R, Glélé LSA, et al. Respiratory protective equipment at work: good practices for filtering facepiece (FFP) mask. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. nov 2019;38(11):2193-5.

14. Rebmann T, Carrico R, Wang J. Physiologic and other effects and compliance with long-term respirator use among medical intensive care unit nurses. *Am J Infect Control*. déc 2013;41(12):1218-23.
15. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. Semple MG, éditeur. *PLoS ONE*. 26 avr 2012;7(4):e35797.
16. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 10 mars 2020 relatif à la rationalisation de l'utilisation des masques chirurgicaux anti-projections et des masques filtrant de type FFP2 pour les professionnels de santé en établissements de santé, en établissements médico-sociaux et en ville en période épidémique de stade 3 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=830>
17. Jackson T, Deibert D, Wyatt G, Durand-Moreau Q, Adishes A, Khunti K, et al. Classification of aerosol-generating procedures: a rapid systematic review. *BMJ Open Respir Res*. oct 2020;7(1).
18. Organisation mondiale de la santé. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Interim Guidance. 29 Juin 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
19. Organisation mondiale de la santé. Rational use of personal protective equipment for COVID-19 and considerations during severe shortages. Interim Guidance. 23 décembre 2020 [Internet]. Disponible sur: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)
20. Organisation mondiale de la santé. Transmission du SARS-CoV-2 – Implications pour les précautions visant à prévenir l'infection, 9 juillet 2020 [Internet]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Transmission\\_modes-2020.3-fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-fre.pdf)
21. Centers for disease control and prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic [Internet]. Disponible sur: [Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Pandemic](#)
22. European Center for disease prevent and control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings, 6 octobre 2020 [Internet]. Disponible sur: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19\\_5th\\_update.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_5th_update.pdf)
23. SF2H. Avis du 28 janvier 2020 relatif aux mesures d'hygiène pour la prise en charge d'un patient considéré comme cas suspect, possible ou confirmé d'infection à 2019-nCoV [Internet]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCoV-28-01-2020.pdf>
24. SF2H. Avis du 4 mars 2020 relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPLIF-04.03.2020.pdf>

25. SF2H. Avis relatif aux mesures de prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la pandémie COVID-19 dans tous les secteurs de soins. 30 novembre 2020 [Internet]. Disponible sur: [https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/12/Avis-SF2H-PS-en-contexte-COVID-19\\_Nov2020.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/12/Avis-SF2H-PS-en-contexte-COVID-19_Nov2020.pdf)
26. Haut Conseil de la santé publique. Rapport du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>
27. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 29 octobre relatif aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=943>
28. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 22 novembre 2020 relatif à une proposition de protocole sanitaire renforcé pour les commerces dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=946>
29. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 23 mai 2020 relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=838>

**Annexe 1 : saisine de la Direction générale de la santé****De :** SALOMON, Jérôme (DGS) <[Jerome.SALOMON@sante.gouv.fr](mailto:Jerome.SALOMON@sante.gouv.fr)>**Envoyé :** vendredi 15 janvier 2021 22:51**À :** CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP) <[franck.chauvin@sante.gouv.fr](mailto:franck.chauvin@sante.gouv.fr)>; HCSP-SECR-GENERAL <[HCSP-SECR-GENERAL@sante.gouv.fr](mailto:HCSP-SECR-GENERAL@sante.gouv.fr)>**Objet :** saisine HCSP : Covid-19 / saisine complémentaire CAT variantes**Importance :** Haute

Monsieur le Président, cher Franck,

Dans le cadre de l'apparition de nouvelles variantes du SARS-CoV-2 dans le monde, plus transmissibles, et de leurs éventuelles circulations sur le territoire national, je souhaiterais disposer de l'avis du HCSP concernant les interrogations suivantes, en complément de ma saisine du 7 janvier :

- Une dérogation à la quarantaine et à l'isolement des professionnels de santé cas confirmé et contact à risque est possible, en cas de tensions sur l'offre de soins, dans le cadre de l'avis HCSP du 23 mai 2020. Celle-ci est de plus valable pour les agents d'opérateurs d'importance vitale. Au regard de la transmissibilité accrue des variantes, cette dérogation peut-elle être maintenue pour ces deux catégories de professionnels atteints par l'un des variants ?
- S'agissant des équipements de protection individuelle, notamment dans les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux, la doctrine en vigueur doit-elle évoluer dans le cadre de la circulation des variants, en ce qui concerne la prise en charge des patients ou le port des EPI par les professionnels de santé, par exemple ?
- En matière d'organisation des soins, convient-il de séparer les patients atteints d'un variant des autres patients atteints par la Covid-19 ?
- Les mesures barrières en population générale doivent-elles faire l'objet d'un renforcement (distanciation physique, port du masque grand public, définition d'une personne-contact, etc.) ?
- Le contact-tracing, autour des cas de variantes, doit-il prendre en compte les contacts des contacts à risque, dans une logique de « contact warning » ?

Compte tenu de l'urgence et de l'importance de ces enjeux, je souhaite pouvoir disposer de vos préconisations pour le **18 janvier 2020**.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Amitiés,

**Professeur Jérôme SALOMON**

**Directeur général de la Santé**

PARIS 07 SP, FRANCE

[www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction générale  
de la santé**

## Annexe 1 bis : questions complémentaires (19 et 20 janvier 2021)

- S'agissant des dérogations à l'éviction des cas confirmés et contacts à risque accordés à certains professionnels, dans votre précédent avis en date du 23 mai 2020, vous indiquiez que « dans le cas où un personnel non remplaçable serait porteur du SARS-CoV-2 et asymptomatique, la possibilité dégradée d'un maintien en poste avec renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est envisageable afin que la balance bénéfice/risque ne soit pas défavorable ». Il semble que désormais, dans votre nouvel avis, vous ne recommandiez pas cette dérogation, cette règle ne souffrant d'aucune dérogation. Au regard de l'évolution en termes de doctrine que cet avis engendrerait concernant les professionnels de santé, laquelle prévoit une possible dérogation à l'isolement des cas en cas de tension et de risque de continuité de l'offre de soins, pourriez-vous nous confirmer notre compréhension de l'avis ? Par ailleurs, il nous semble utile de préciser que dans les autres cas, il s'agit bien d'une dérogation dont l'opportunité doit s'apprécier selon une évaluation du bénéfice/risque pour la continuité des soins et la protection des personnels et des patients comme c'est bien le cas actuellement.
- S'agissant de l'accueil des patients, vous recommandez, lorsque la contamination à un variant est suspectée ou confirmée, un isolement individuel, en précisant que la capacité des variants à surinfecter des patients déjà porteurs d'une infection à SARS-CoV-2 n'est pas connue. Cette incertitude va conduire les établissements de santé à prévoir des zones de prise en charge distincte. Il convient donc de disposer rapidement de données sur cette question, compte tenu des organisations complexes qui pourraient découler de cette recommandation.
- Merci de me confirmer par écrit ce jour la clarification sur l'avis variantes, relative au port du masque et à la distance entre deux personnes. J'ai bien compris qu'il s'agissait de la distance de 2m désormais recommandée entre deux personnes sans masque, cela change la vie quotidienne (familiale, repas collectifs) avec une définition de cas contacts qui évoluera (SpF saisie), mais pas de modification pour les transports ou le travail pour deux personnes correctement masquées (niveau 1 ou chir). Merci de vérifier le rationnel scientifique existant pour une éventuelle modification des catégories de masque de protection (Allemagne)

## **Annexe 2 : composition du groupe de travail**

Serge AHO-GLELE, HCSP, Cs3SP

Sibylle BERNARD-STOECKLIN, Santé publique France

Daniel CAMUS, HCSP, Cs MIME

Céline CAZORLA, HCSP, Cs MIME

Christian CHIDIAC, HCSP, Cs MIME

Jean-François GEHANNO, HCSP, Cs MIME

Bruno LINA, CNR des virus infections respiratoires (dont la grippe)

Didier LEPELLETIER, HCSP, Cs 3SP, pilote

Elisabeth NICAND, HCSP, Cs MIME

Henri PARTOUCHE, HCSP, Cs MIME

Bruno POZZETTO, HCSP, Cs MIME

Christian RABAUD, HCSP, Cs MIME

Fabien SQUINAZI, HCSP, CsRE

Sylvie VAN DER WERF, CNR des virus infections respiratoires (dont la grippe)

SG-HCSP

Sylvie FLOREANI

Ann PARIENTE-KHAYAT

**Annexe 3****Actualisation des recommandations du HCSP relatives à la transmission par aérosols en milieu de soins du 10 septembre 2020**

- *Le port d'appareils de protection respiratoire (APR) de type FFP répondant à la norme EN 149 ou équivalent pour les personnels soignants selon les indications précisées par le HCSP (avis + addendum).*
- *La réalisation d'essais d'ajustement (fit tests) et de contrôle de l'ajustement (fit check) pour l'utilisation optimale des APR de type FFP, associés à des formations des professionnels de santé.*
- *La mise à disposition de masques de tailles différentes adaptées aux morphologies des visages des professionnels de santé mais également pour les patients (enfants en particulier)*
- *Le port d'un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019 pour les professionnels de santé dans le cadre de leurs activités, systématiquement, et pour les patients présentant des signes respiratoires. Le port d'un masque à usage médical par le patient en cabinet libéral et dans un établissement (déplacement et dans sa chambre lors d'une visite) est aussi recommandé, en fonction sa tolérance (ex. gériatrie, pédiatrie, etc.)*
- *Le port d'un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 : 2019 pour les professionnels de santé, lors de soins relevant des précautions complémentaires contre les gouttelettes ou des indications standard ou usuelles du port de masque.*
- *Dans le contexte épidémique actuel, pour les professionnels de santé, de prioriser les masques à usage médical de type II répondant à la norme EN 14683 :2019 pour la prise en charge de patients suspects ou atteints de Covid-19. A défaut, l'utilisation de masques à usage médical conformes à des normes étrangères validées.*
- *De réserver les masques à usage médical de type II-R répondant à la norme EN 14683 :2019 aux professionnels de santé dans le cadre d'activités à risque particulier de projections de liquide biologique, essentiellement au bloc opératoire pour l'équipe opératoire, en hémodialyse et en endoscopie.*
- *D'associer si besoin au masque une visière pour protéger à la fois le visage et les lunettes des gouttelettes et augmenter la dilution de la charge virale*

## Annexe 4

**Actualisation des recommandations du HCSP relatives aux masques dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2 du 29 octobre 2020**

- Le port d'un masque grand public en tissu réutilisable, ***couvrant le nez, la bouche et le menton et répondant aux spécifications Afnor S76-001***, de préférence de ***catégorie 1*** ou pour les masques importés, aux spécifications d'organismes de normalisation similaires, ***dans tous les lieux clos publics et privés collectifs. Un masque peut être porté en continu pendant une durée maximale de 4 heures***. Les masques UNS1 de performance de filtration supérieurs à 90 % (note interministérielle du 29 mars 2020) et répondant aux spécifications de la norme Afnor S76-001 ou équivalents sont recommandés pour les professionnels en contact fréquent avec la population dans les établissements recevant du public, dont les transports et le milieu scolaire.
- Toute entreprise souhaitant mettre ces masques grand public en tissu réutilisables sur le marché doit préalablement s'assurer que son produit respecte l'ensemble des spécifications fixées par la note interministérielle du 29 mars 2020 et ne pouvoir utiliser l'appellation « masque à usage non sanitaire (UNS1) » et le logo, sur d'autres produits que les masques répondant aux spécifications exigées.
- Il est nécessaire, avant d'utiliser un masque réutilisable, de lire la fiche technique comportant sa composition et de suivre les recommandations du fabricant, notamment le lavage avant le premier emploi et après chaque utilisation, le port de 4 heures maximum et le remplacement des masques dès qu'ils sont humides, selon l'évaluation récente de l'Anses relative à l'estimation des risques potentiels liés au port de masques traités avec de la zéolithe d'argent et de la zéolithe d'argent et de cuivre (<https://www.anses.fr/fr/content/masques-en-tissu-lavables-de-la-marque-dim-C3%A9valuation-des-risques-li%C3%A9s-au-traitement-par-des>).
- ***Le port de masques grand public en tissu réutilisables avec fenêtre transparente validés par la DGA*** dans des situations particulières (ex. nécessité de lire sur les lèvres, enfants avec des troubles du comportement ou maladies psychiatriques, etc.). La fenêtre transparente ne doit pas dépasser 50 % de la surface du masque. La partie perméable du masque (au moins 5% de la surface du masque) doit avoir une perméabilité à l'air élevée (spécifications Afnor S76-001).
- Le port d'un masque à usage médical répondant à la norme EN 14683 :2019 par les personnes à risque de formes graves de Covid-19 sur avis médical est recommandé. Celui-ci peut être remplacé par un masque grand public catégorie 1 (UNS1) homologué. Le masque à usage médical est, en revanche, obligatoire dans certains lieux (ex. avions).
- En cas de rassemblement avec une forte densité de personnes en extérieur (notamment les cours de récréation), le port du masque grand public UNS1 couvrant le nez, la bouche et le menton, répondant aux spécifications de la note interministérielle du 29 mars 2020 et aux spécifications Afnor S76-001 et dans le respect des gestes barrière et de distanciation physique est recommandé.
- D'informer de façon large et répétée des règles du port du masque correct par le grand public (couvrant le nez, la bouche et le menton) et des raisons qui justifient son usage, en mentionnant sa dimension altruiste (protection des autres) et en portant une attention particulière aux messages concernant les différents publics (adolescents, personnes âgées, ...).
- Les masques grand public ne doivent pas être utilisés par le personnel soignant lors de la prise en charge de patients.
- Les appareils de protection respiratoire de type FFP ne sont pas recommandés en population générale dans le cadre de la protection liée à pandémie de Covid-19.
- Les demi-masques transparents suspendus devant la bouche ou les visières ne sont pas recommandés car inefficaces.



Avis produit par le HCSP

Les 18 et 20 janvier 2021

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)