

## AVIS

---

### relatif à l'éviction des professionnels positifs au SARS-CoV-2 travaillant en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux (Actualisation de l'avis du 3 février 2021)

2 avril 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 27 mars 2021 (annexe 1).

Dans un contexte de progression de la couverture vaccinale chez les professionnels exerçant en établissements de santé (ES) et en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), et compte tenu des très fortes tensions observées sur l'offre de soin, la DGS souhaite disposer d'une actualisation des recommandations d'éviction formulées par le HCSP dans ses avis des 14 et 18 janvier 2021, actualisés par l'avis du 3 février 2021 [1-3].

#### Le HCSP a pris en compte

##### 1. Les données épidémiologiques récentes de SpF [4,5]

En semaines 11 et 12 de 2021, est notée une poursuite de la dégradation de l'ensemble des indicateurs, entraînant **une très forte tension hospitalière** dans plusieurs régions avec :

- une forte augmentation du nombre de nouveaux cas depuis deux semaines avec dans l'ensemble des régions (excepté Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ;
- un taux de positivité des tests de dépistage de 8,2 % au 29 mars 2021 ;
- une augmentation du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques<sup>1</sup> avec 12 758 hospitalisations entre le 22 et le 29 mars 2021 dont 2739 admissions en soins critiques (dont 1 880 admissions en services de réanimation) ;
- une tendance à une légère augmentation des nombres de cas et d'hospitalisations chez les personnes de 75 ans et plus ;
- une mortalité liée au Covid-19 toujours élevée ;
- s'agissant des variants d'intérêt par RT-PCR de criblage : suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 76,3 %, suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 4,7 % ;

---

<sup>1</sup> Pour permettre un pilotage plus fin des tensions hospitalières, des évolutions ont été apportées au système SI-VIC. Le terme « réanimation », utilisé auparavant pour regrouper l'ensemble des services de soins critiques, est désormais remplacé par « soins critiques », ce qui permet de différencier le service de réanimation des autres services appartenant à cet ensemble (comme les soins intensifs ou les soins continus).

Au 29 mars 2021, on estimait que 127 319 002 personnes avaient été infectées par le SARS-CoV-2 dans le monde et 2 785 838 décès ont été rapportés à cette pathologie. En France 4 554 683 cas ont été confirmés depuis le début de l'épidémie dont 94 983 décès. Au total 28 382 patients sont hospitalisés pour Covid-19, 4 993 sont en soins critiques dont 3 776 en services de réanimation.

## 2. Une couverture vaccinale contre le Covid-19 encore insuffisante en France

Les chiffres de vaccination du 29 mars 2021 sont les suivants : 7 985 888 personnes ont été vaccinées et 2 727 817 ont reçu 2 doses [6].

De fait, les usagers comme les professionnels du système de soins et du secteur médico-social sont insuffisamment protégés contre le risque de transmission du SARS-CoV-2.

## 3. L'avis du HCSP 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 [7]

Dans son avis du 23 mai 2020, le HCSP soulignait que l'éviction des professionnels contacts à risque n'était pas systématique :

**L'éviction des professionnels intervenant en ES et en ESMS et contacts à risque d'un porteur du SARS-CoV-2, symptomatique ou non, dans le cadre professionnel ou extraprofessionnel, 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.

**Un professionnel contact à risque mais maintenu en poste :**

- doit pratiquer une auto-surveillance de ses symptômes et alerter le service de médecine du travail et de maladies infectieuses en cas d'apparition de symptôme(s) évocateur(s) 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 après le 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, en particulier lors des pauses ou de l'utilisation des vestiaires.

### Concernant les professionnels identifiés comme des personnes vulnérables

- Les professionnels à risque de forme grave de Covid-19 et ayant eu un contact à risque d'infection doivent appliquer strictement les mesures d'hygiène et de distanciation physique, en particulier lors des pauses ou de l'utilisation des vestiaires ;
- Les professionnels à risque de forme grave de Covid-19 doivent contacter le médecin du travail de leur établissement pour une évaluation individualisée afin de statuer sur leur possibilité de travailler en milieu de soins, éventuellement au contact de patients porteurs du SARS-CoV-2.

#### 4. L'avis du HCSP du 10 juin 2020 relatif à la conduite à tenir face à un résultat de RT-PCR positif chez une personne ayant des antécédents d'infection par le SARS-CoV-2 [8]

Dans cet avis, le HCSP recommandait, face à un résultat de RT-PCR SARS-CoV-2 positif chez une personne ayant un antécédent de Covid-19 documenté :

- de ne pas considérer cette situation comme une nouvelle infection à SARS-CoV-2 ;
- de ne pas placer la personne en quatorzaine car elle est considérée comme étant à risque négligeable d'être contagieuse, dès lors qu'on se trouve au-delà de la fin de la période de confinement/isolément préconisée<sup>2</sup> en fonction de son état et de la situation clinique lors de son infection initiale à SARS-CoV-2, soit 7 jours, ou 9 jours en cas d'immunodépression ;
- de lui recommander de respecter les mesures barrières (gestes barrières, distance physique, hygiène des mains, port de masque).

Dans son avis du 14 janvier 2021 [1], le HCSP considère que la période pour laquelle le risque de contamination par le SARS-CoV-2 est négligeable chez une personne ayant un antécédent confirmé de Covid-19 s'étend de 15 jours à 2 mois après les symptômes ou après la réalisation des examens virologiques.

#### 5. Le fait qu'un professionnel travaillant en ES ou en ESMS a un grand nombre d'interactions avec les patients ou les résidents ainsi qu'avec les autres professionnels dont certains peuvent être à risque de forme grave de Covid-19

#### 6. L'évaluation du 29 mars 2021 de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) relative au risque de réinfection par le SARS-CoV-2 des personnes ayant un antécédent de Covid-19 ou ayant été vaccinées [9]

- Il existe des preuves que la réinfection par le SARS-CoV-2 après une première infection demeure un événement rare. Les résultats des études de cohorte confirment que l'effet protecteur d'une infection antérieure par le SARS-CoV-2 varie de 81 % à 100 % à partir du 14<sup>e</sup> jour de l'infection initiale, pour une période de suivi allant de cinq à sept mois.
- Les études ont toutefois été réalisées avant l'émergence des variants d'intérêt du SARS-CoV-2 et, par conséquent, les preuves selon lesquelles l'immunité induite contre les souches « historique » du SARS-CoV-2 circulant antérieurement pourrait ne pas avoir le même niveau ou durée contre les variants identifiés à ce jour, sont limitées.
- Les données relatives à l'immunité et au risque de transmission du SARS-CoV-2 d'individus infectés, précédemment vaccinés à des contacts réceptifs suggèrent que :

<sup>2</sup> Cette durée a été allongée à 10 jours à la suite de l'apparition des nouveaux variants d'intérêt du SARS-CoV-2

- les preuves de l'impact de la vaccination sur le risque de transmission ne sont disponibles qu'à partir d'une seule étude (grande étude de transmission des ménages basée sur un registre en Écosse). Cette étude suggère que la vaccination d'un membre du foyer réduit d'au moins 30 % le risque d'infection chez les membres réceptifs du foyer ;
- il est prouvé que la vaccination réduit de manière significative la charge virale et les infections symptomatiques/asymptomatiques chez les personnes vaccinées, ce qui pourrait se traduire par une réduction de la transmission, bien que l'efficacité du vaccin varie selon le type de vaccin et le groupe cible
- toutefois, les périodes de suivi des personnes vaccinées ne sont pas encore suffisamment longues pour avoir des données fiables sur la durée de la protection contre l'infection à long terme ;
- enfin un grand nombre d'études sur l'efficacité des vaccins a été réalisé avant l'émergence des variants d'intérêt du SARS-CoV-2.

## 7. Les recommandations du *Minnesota Department of Health : Covid-19 recommendations for Health Care Workers* [10]

### • Les professionnels de santé ayant reçu un schéma vaccinal complet

- Les professionnels de santé complètement vaccinés ayant subi une exposition à haut risque et qui restent asymptomatiques ne nécessitent pas d'éviction professionnelle ou d'isolement pendant les 14 jours suivant leur exposition. Ils sont considérés comme complètement vaccinés deux semaines après leur dernière dose de vaccin Covid-19 (deux doses dans une série de deux doses ou une dose dans une série d'une dose). L'éviction du milieu professionnel pour une durée de 14 jours reste envisagée pour :
  - Les professionnels de santé qui présentent une immunodépression (par exemple, transplantation d'organes, traitement d'un cancer), qui pourrait avoir un impact sur le niveau de protection fournie par le vaccin contre le Covid-19. Les données sur le type d'immunodépression qui pourrait affecter la réponse au vaccin Covid-19, et le niveau du risque, ne sont pas disponibles.
  - Les professionnels de santé dans certaines situations où l'exposition pourrait être associée à un variant d'intérêt du SARS-CoV-2.
- Les professionnels de santé qui ont été exposés à un risque élevé doivent être testés après l'exposition (par exemple dans les 5 à 7 jours suivant l'exposition). Si des symptômes apparaissent dans les 14 jours suivant l'exposition, ces professionnels doivent se faire tester et s'isoler chez eux ou ailleurs.
- Dans de rares cas, la quarantaine peut être recommandée à un professionnel de santé ayant reçu un schéma vaccinal complet après une exposition à un variant d'intérêt. Les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) continuent d'évaluer l'impact de la vaccination et de l'émergence de nouveaux variants du SARS-CoV-2 sur les recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de santé.

## 8. Revue de la littérature actualisée au 31 mars 2021

- Protection d'une dose unique de vaccin à ARN messager (BNT162b2) contre l'infection asymptomatique à SARS-CoV-2 [11]

Cette étude récente évalue l'effet de la première dose de vaccination BNT162b2 sur les taux de positivité des tests et les valeurs de Ct (*Cycle threshold*) dans la partie asymptomatique du programme, qui propose désormais un dépistage hebdomadaire à l'ensemble du personnel.

La vaccination du personnel soignant du CUHNFT (*Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust*) a commencé le 8 décembre 2020, avec une vaccination de masse à partir du 8 janvier 2021. Les données analysées portent sur les deux semaines allant du 18 au 31 janvier 2021, au cours desquelles : (a) la prévalence de Covid-19 parmi les soignants est restée à peu près constante ; et (b) un nombre comparable de soignants vaccinés et non vaccinés a été examiné. Au cours de cette période, 4 408 (semaine 1) et 4 411 (semaine 2) tests PCR ont été effectués sur des personnes se déclarant bien portantes au travail. Les professionnels de santé ont été stratifiés en fonction de la durée après la vaccination < 12 jours ou ≥ 12 jours après la vaccination car c'est à ce moment-là que la protection contre l'infection symptomatique a commencé à apparaître dans l'essai clinique de phase III.

**Au total 26/3 252 (0,80 %) tests provenant de professionnels de santé non vaccinés étaient positifs (Ct < 36), contre 13/3 535 (0,37 %) tests provenant de professionnels de santé < 12 jours après la vaccination et 4/1 989 (0,20 %) tests provenant de professionnels de santé ≥ 12 jours après la vaccination. La différence était statistiquement significative entre les vaccinés et les non vaccinés, tant avant 12 jours ( $p=0,023$  par test exact de Fisher) qu'à partir de 12 jours ( $p=0,004$ ) pour les vaccinés.**

**Cela suggère une diminution de quatre fois du risque d'infection asymptomatique par le SARS-CoV-2 chez les professionnels de santé ≥ 12 jours après la vaccination, par rapport aux professionnels de santé non vaccinés, avec un effet intermédiaire < 12 jours après la vaccination.**

Une réduction marquée des infections a également été observée lorsque les analyses ont été répétées avec :

(a) l'inclusion des professionnels de santé dont le test était positif dans les deux volets symptomatique et asymptomatique du programme (56/3 282 (1-71 %) non vaccinés contre 8/1 997 (0,40 %) ≥ 12 jours après la vaccination, réduction de 4 à 3 fois,  $p=0,00001$ ) ;

(b) l'inclusion des tests PCR qui étaient positifs à la limite de détection (Ct > 36, 42/3 268 (1,29%) vs 15/2 000 (0-75%), réduction d'un facteur 1,7,  $p=0-075$ ) ;

(c) l'extension de la période d'analyse pour inclure six semaines du 28 décembre au 7 février 2021 (113/14 083 (0-80 %) vs 5/4 872 (0-10 %), réduction d'un facteur 7,8,  $p=1 \times 10^{-9}$ ).

**En outre, la valeur médiane de Ct des tests positifs a montré une tendance non significative à l'augmentation entre les professionnels de santé non vaccinés et ceux se situant > 12 jours après la vaccination, ce qui suggère que les échantillons provenant de personnes vaccinées avaient des charges virales plus faibles.**

Cette étude rapporte donc un niveau élevé de protection contre l'infection asymptomatique par le SARS-CoV-2 après l'administration d'une dose unique de vaccin BNT162b2, à une période de transmission prédominante de variant britannique 202012/01 (lignée B.1.1.7), au sein d'une population présentant une fréquence relativement faible d'infection antérieure (7,2 % d'anticorps positifs).

- **Efficacité de la vaccination contre le Covid-19 sur la transmission du SARS-CoV-2 [12]**

Cette étude menée en Ecosse a évalué les cas documentés de Covid-19 et les hospitalisations chez les membres non vaccinés des personnes vivant sous le même toit que des professionnels de santé vaccinés et non vaccinés du 8 décembre 2020 au 3

mars 2021. Le critère d'évaluation principal était la survenue d'un Covid-19 plus de 14 jours après la première dose.

La cohorte comprenait 194 362 membres du foyer (âge moyen  $31,1 \pm 20,9$  ans) et 144 525 professionnels de santé (âge moyen  $44,4 \pm 11,4$  ans). Au total, 113 253 (78,3 %) des professionnels de santé ont reçu au moins une dose du vaccin BNT162b2 mRNA ou ChAdOx1 nCoV-19 et 36 227 (25,1 %) ont reçu une seconde dose. Il y a eu 3 123 et 4 343 cas documentés de Covid-19 ainsi que 175 et 177 hospitalisations pour Covid-19 chez les personnes vivant sous le même toit et chez les professionnels de santé, respectivement.

**Les membres du foyer des professionnels de santé vaccinés présentaient un risque plus faible de cas de Covid-19 que les membres du foyer des professionnels de santé non vaccinés (taux pour 100 personnes-années : 5,93 contre 9,40 ; HR 0,70, intervalle de confiance à 95 % [IC] 0,63 à 0,78).**

Par rapport à la période précédant la première dose, le risque de cas documentés de Covid-19 était plus faible à > 14 jours après la deuxième dose pour les membres du foyer (HR 0,46 [IC 95 % 0,30 à 0,70]) et les professionnels de santé (HR 0,08 [IC 95 % 0,04 à 0,17]).

**Au final, cette étude montre que la vaccination des professionnels de santé est associée à une réduction des cas de Covid-19 chez les contacts familiaux, ce qui est en faveur d'un effet limitant de la transmission par la vaccination.**

- **Décroissance de la charge virale après vaccination [13]**

Au 25 janvier 2021, les Maccabi *Healthcare Services* (MHS) en Israël ont vacciné plus de 650 000 de leurs membres dans le cadre d'un déploiement rapide du vaccin à l'échelle nationale. Dans cette étude, les auteurs ont collecté et analysé rétrospectivement les mesures des tests RT-qPCR ciblant 3 gènes viraux, E, N et RdRp (test Allplex™ 2019-nCoV, SeeGene) pour les tests post-vaccination positifs effectués au laboratoire central de MHS entre le 23 décembre 2020 et le 25 janvier 2021 (n=2 897 patients).

En analysant les valeurs de Ct des infections au fil du temps, les auteurs ont constaté que la charge virale moyenne a considérablement diminué 12 jours après la vaccination, ce qui coïncide avec le début connu de la protection vaccinale précoce. En calculant les valeurs Ct moyennes des infections post-vaccinales identifiées chaque jour suivant la vaccination, les valeurs de Ct des échantillons positifs prélevés 12 à 28 jours après la vaccination étaient plus élevées que les valeurs Ct des échantillons positifs prélevés au cours des 11 premiers jours suivant la vaccination. Les différences de valeurs de Ct moyennes calculées pour ces deux périodes allaient de  $2,1 \pm 0,2$  pour la cible RdRp à  $1,6 \pm 0,2$  pour la cible N, en passant par  $1,9 \pm 0,2$  pour la cible E.

Les auteurs ont ensuite comparé les valeurs Ct des infections post-vaccinales à celles des valeurs Ct des tests positifs de patients non vaccinés. En comparant les tests positifs post-vaccination des jours 1 à 11 (n=1 755) à leur groupe témoin correspondant de même taille et apparié démographiquement, aucune différence significative dans la distribution des valeurs de Ct pour les 3 cibles n'a été identifiée. Cependant, en comparant la distribution des valeurs de Ct des infections post-vaccinales identifiées pendant la période de protection précoce (jours 12-28, n=1 142) à son groupe témoin non vacciné de même taille et apparié démographiquement, une augmentation significative de la valeur de Ct a été observée. Enfin, appliqué à toutes les infections (post-vaccination et non-vaccination, n=5 794), un modèle de régression linéaire multivarié tenant compte de l'âge, du sexe et de la vaccination a permis de quantifier des coefficients de régression de Ct allant de 1,64 (gène N) à 2,33 (RdRp) pour une vaccination effectuée 12 jours ou plus avant le prélèvement positif. Comme une différence de 1 unité de Ct est équivalente à un facteur d'environ 1,94 en particules

virales par échantillon, ces différences de Ct représentent un rapport de charge virale allant de 2,96 à 4,68.

**Au total, les résultats de cette étude montrent que les infections survenant 12 jours ou plus après la vaccination ont des charges virales significativement réduites, ce qui peut affecter l'excrétion et la contagiosité virales.**

## Recommandations du HCSP

### Compte tenu :

- de la situation épidémiologique actuelle défavorable avec une grande hétérogénéité territoriale ;
- du taux de couverture vaccinale des professionnels de santé et de la population, pour l'instant insuffisant ;
- des données scientifiques encourageantes mais rares relatives à l'effet des vaccins sur la transmission ;
- de l'efficacité de la vaccination contre une forme symptomatique de Covid-19 et de la protection conférée par un épisode antérieur de Covid-19 (à partir du 15<sup>ème</sup> jour et pendant les 6 mois suivants) ;
- et de la protection effective contre cette même forme de l'infection par SARS-CoV-2 à partir du 15<sup>ème</sup> jour et pendant les 6 mois suivant un épisode de Covid-19 .
- de l'échappement immunitaire, avec absence d'efficacité vaccinale, sur certains variants d'intérêt du SARS-CoV-2 ;
- du fait que le taux d'anticorps neutralisants est identique chez les personnes récemment vaccinées (schéma complet) et chez celles ayant un antécédent d'infection modérée à sévère à SARS-CoV-2 ;
- du fait que le taux d'anticorps neutralisants est plus faible à distance de l'infection (quantitativement) chez les personnes avec antécédent d'infection asymptomatique ou pauci-symptomatique à SARS-CoV-2 documentée que chez les personnes vaccinées récemment (schéma vaccinal complet) ;
- des interactions des professionnels de santé entre eux (vaccinés et non vaccinés) et avec des patients non encore vaccinés.

### Qu'un schéma vaccinal complet est défini par :

- Deux injections à 3-4 semaines d'intervalle pour un vaccin à ARNm (et à 9 à 12 semaines d'intervalle pour le vaccin commercialisé par Astra-Zeneca) et un délai de 14 jours après la 2<sup>ème</sup> injection ;
- Une seule injection après une infection Covid-19 documentée (en dehors des cas particuliers, cf. DGS-URGENT).

**Le HCSP formule les recommandations ci-dessous pour les professionnels de santé vaccinés avec un schéma vaccinal complet il y a plus de 15 jours, ou ayant un antécédent de Covid-19 documenté entre 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test diagnostique positif de l'épisode actuel d'infection par SARS CoV-2. Elles pourront être revues et adaptées vers un éventuel assouplissement en fonction de l'évolution des données aux différents points pris en compte ci-dessus. Le HCSP préconise donc une attitude de prudence.**

**Le HCSP recommande :**

- Que la campagne de vaccination des professionnels des ES et ESMS s'intensifie, les taux de couverture vaccinale demeurant insuffisants à ce jour.
- Que des données de suivi clinique et microbiologique des professionnels en ES et ESMS vaccinés selon un schéma vaccinal complet soient analysées pour évaluer le risque individuel d'infection par exposition à des patients infectés ainsi que le risque de transmission en milieu de soins.
- Que soit maintenue l'application des recommandations concernant les professionnels contacts (vaccinés ou non) d'un cas de Covid-19, figurant dans l'avis du 23 mai 2020 [7], (voir supra).
- **Que les professionnels des ES et ESMS, vaccinés ou non,** continuent de respecter l'application stricte des mesures barrières telles qu'elles sont détaillées dans l'avis du 3 février 2021 [3] en limitant au maximum leurs interactions sociales lors des moments de pause et des repas sans masque.
- **Que pour les professionnels travaillant en ES et ESMS chez qui on diagnostique une infection actuelle à SARS-CoV-2 :**
  - ***S'agissant des professionnels non ou incomplètement vaccinés***
    - Qu'ils fassent l'objet d'une mesure d'éviction professionnelle pour une durée de 10 jours.
  - ***S'agissant des professionnels venant d'être diagnostiqués positifs à SARS-CoV-2 avec un Covid-19 asymptomatique***
    - et ayant reçu un schéma vaccinal complet
    - ou n'ayant pas reçu un schéma vaccinal complet mais 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 de l'épisode actuel d'infection par SARS CoV-2
    - et non immunodéprimés
    - Qu'ils puissent être maintenus en exercice. Cette recommandation ne doit s'appliquer qu'en cas de tension hospitalière et de risque de rupture de l'offre et la sécurité des soins. Le strict respect des mesures barrières, en particulier la limitation des interactions sociales lors des pauses et des repas est essentielle.
  - ***S'agissant des professionnels venant d'être diagnostiqués positifs à SARS-CoV-2 avec un Covid-19 pauci-symptomatique ou symptomatique\****
    - et ayant reçu un schéma vaccinal complet
    - ou n'ayant pas reçu un schéma vaccinal complet mais ayant un antécédent de Covid-19 (quelle que soit la forme clinique asymptomatique ou non) survenu plus de 15 jours et moins de 6 mois avant la réalisation du test diagnostique positif de l'épisode actuel d'infection par SARS CoV-2
    - Qu'ils fassent l'objet d'une mesure d'éviction professionnelle pour une durée de 10 jours.

*\*un professionnel avec un antécédent de forme asymptomatique de Covid-19 aura le plus souvent un taux d'anticorps neutralisants trop faible pour pouvoir être maintenu en exercice professionnel. Par ailleurs, le HCSP a conscience de la difficulté de différencier les formes pauci-symptomatiques des formes modérées, pouvant ainsi rendre complexe le choix des recommandations ci-dessus. C'est pourquoi les formes pauci-symptomatiques et modérées ont été incluses dans la même catégorie (formes symptomatiques). Enfin, nous ne disposons pas encore de données sur les taux d'anticorps neutralisants des formes cliniques pauci symptomatiques versus modérées.*



**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 le 2 avril 2021 par le président du Haut Conseil de la santé publique*

## Références

1. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 14 janvier 2021 relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2 (VOC 202012/01 et 501Y.V2) [Internet]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=973>
2. Haut Conseil de la santé publique. Avis des 18 et 20 janvier 2021 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 [Internet]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=974>
3. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 3 février 2021 relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 en établissements de santé (ES) et en établissements médico-sociaux (ESMS) (complémentaire à l'avis du 18 janvier 2021) [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=978>
4. Santé publique France. COVID-19 : point épidémiologique du 25 mars 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-25-mars-2021>
5. Santé publique France. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde, mise à jour du 29 mars 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-clés-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde#block-266151>
6. Ministère des solidarités et de la santé. Vaccination contre la Covid en France : au 29 mars 2021, près de 10 715 000 injections ont été réalisées [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/vaccination-contre-la-covid-en-france-au-29-mars-2021-pres-de-10-715-000#:~:text=de%20soins%20num%C3%A9riques%22-,Vaccination%20contre%20la%20Covid%20en%20France%20%3A%20au%2029%20mars%202021,000%20injections%20ont%20%C3%A9t%C3%A9%20r%C3%A9alis%C3%A9es>
7. 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>
8. Haut Conseil de la santé publique. Avis du 10 juin 2020 relatif à la conduite à tenir face à un résultat de RT-PCR positif chez une personne ayant des antécédents d'infection par le SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=886>
9. European Center for disease prevent and control. Risk of SARS-CoV-2 transmission from newlyinfected individuals with documented previous infection or vaccination [Internet]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk-of-transmission-and-reinfection-of-SARS-CoV-2-following-vaccination.pdf>
10. MINNESOTA DEPARTMENT OF HEALTH. COVID-19 Recommendations for Health Care Workers [Internet]. Disponible sur: <https://www.health.state.mn.us/diseases/coronavirus/hcp/hcwrecs.pdf>

11. Weekes M, Jones NK, Rivett L, Workman C, Ferris M, Shaw A, et al. Single-dose BNT162b2 vaccine protects against asymptomatic SARS-CoV-2 infection [Internet]. Preprints; 2021 févr [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.authorea.com/users/332778/articles/509881-single-dose-bnt162b2-vaccine-protects-against-asymptomatic-sars-cov-2-infection?commit=3947109177a9e05258812c5566ab91f44c3e08e6>
12. Shah ASV, Gribben C, Bishop J, Hanlon P, Caldwell D, Wood R, et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. medRxiv. 21 mars 2021;2021.03.11.21253275.
13. Levine-Tiefenbrun M, Yelin I, Katz R, Herzel E, Golan Z, Schreiber L, et al. Decreased SARS-CoV-2 viral load following vaccination. medRxiv. 8 févr 2021;2021.02.06.21251283.

**Annexe 1 - Saisine de la Direction générale de la santé****De :** SALOMON, Jérôme (DGS)**Envoyé :** samedi 27 mars 2021 10:13**À :** CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP) ; HCSP-SECR-GENERAL**Importance :** Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

La campagne de vaccination réalisée chez les professionnels de santé et les professionnels exerçant en ES et en ESMS a permis une meilleure protection individuelle de ces personnels, ainsi qu'une meilleure protection des patients et résidents dont ils ont la charge.

Compte-tenu de la cinétique actuelle de l'épidémie de Covid19, des très fortes tensions observées sur l'offre de soins et de la progression de la couverture vaccinale chez les soignants et les professionnels travaillant en ES et ESMS, je souhaite disposer d'une actualisation des recommandations d'éviction formulées par le Haut Conseil dans ses avis des 14 et 18 janvier derniers, actualisés par l'avis du 3 février 2021.

Je souhaite disposer de vos recommandations, si possibles pour le 1<sup>er</sup> avril 2021.  
D'avance un très grand merci pour votre mobilisation !

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 2 : composition du groupe de travail (Gt)

### Experts du HCSP – Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » (Cs-MIME)

- Daniel CAMUS
- Céline CAZORLA
- Christian CHIDIAC, Président du Gt permanent Covid-19
- Jean-François GEHANNO, Pilote du Gt
- Sophie MATHERON
- Élisabeth NICAND
- Henri PARTOUCHE
- Bruno POZZETTO

### Experts du HCSP – Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP)

- Didier LEPELLETIER, Co-Président du Gt permanent Covid-19, Pilote du Gt
- Christian RABAUD

### Expert externe

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

### SG-HCSP

- Sylvie FLOREANI

### Audition

- Matthieu LECLERCQ, directeur de cabinet à la DGOS et Alexis PERNIN (DGS/Sous-direction Veille et sécurité sanitaire/bureau Risque infectieux émergents et vigilances) le 31 mars 2021 pour présenter la saisine

Avis produit par le HCSP

Le 2 avril 2021

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

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