

# DÉLIVRANCE ET INDEMNISATION DES AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL DANS LE CADRE DU COVID-19

(VERSION AU 20 AVRIL 2020)

Le diagnostic de cas d'infection respiratoire aigüe SARS-CoV-2 ou dit COVID-19 sur le territoire français a conduit les pouvoirs publics à prendre des mesures exceptionnelles en vue de contenir sa transmission puis de gérer sa propagation.

Dans ce contexte, des mesures dérogatoires d'indemnisation des personnes contraintes de rester à leur domicile et se trouvant en incapacité de travailler ont été mises en place qui sont amenées à évoluer au gré de l'adaptation des consignes sanitaires.

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> mai prochain, les modalités d'indemnisation des arrêts de travail pour les parents contraints de garder leur enfant ou pour les personnes vulnérables ou les personnes cohabitant avec ces dernières évoluent pour les salariés. Ces derniers vont basculer à compter de cette date dans un dispositif d'activité partielle en lieu et place d'un arrêt indemnisé par l'assurance maladie.

Sont concernés par cette évolution, les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale.

Pour les travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs, stagiaires de la formation professionnelle et dirigeants de société relevant du régime général, les modalités d'indemnisation en vigueur demeurent applicables postérieurement au 1<sup>er</sup> mai.

## I. La délivrance et l'indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant ou des personnes vulnérable ou cohabitant avec une personne vulnérable à compter du 1<sup>er</sup> mai

### A. Pour les salariés : bascule d'un mécanisme d'IJ à un mécanisme d'indemnité d'activité partielle

À compter du 1<sup>er</sup> mai, les salariés jusqu'alors en arrêt de travail dérogatoire pour les motifs listés ci-dessous seront placés en activité partielle et indemnisés à ce titre.

Pour tout renseignement sur l'activité partielle, les salariés et les employeurs peuvent consulter le site : <https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19>.

Sont concernés les salariés bénéficiant d'un arrêt de travail pour les motifs suivants :

1. *L'assuré est une personne vulnérable ou « à risque » pour laquelle les consignes sanitaires recommandent de respecter une mesure d'isolement ;*
2. *L'assuré est une personne cohabitant avec une personne vulnérable ;*
3. *L'assuré est parent d'un enfant de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé ou parent d'un enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée*

Afin que l'assuré puisse bénéficier d'une indemnisation de son arrêt de travail au-delà du 1<sup>er</sup> mai, il faut distinguer la nature de l'arrêt.

Dans les cas 1 et 2 ci-dessus (arrêt pour les personnes vulnérables – cf annexe 1 sur la définition des personnes vulnérables et les proches cohabitant avec une personne vulnérable) :

- Le salarié devra remettre à son employeur un certificat attestant de la nécessité d'isolement et donc de l'impossibilité de se rendre sur son lieu de travail. Ce certificat doit dans la mesure du possible être remis à l'employeur avant le 1<sup>er</sup> mai.
  - Pour les personnes considérées comme vulnérables qui se sont auto déclarés sur la plateforme mise en place à cet effet par l'assurance maladie et dont l'arrêt est en cours d'arrêt au 30 avril, leur caisse d'assurance maladie leur transmet ce certificat d'isolement sans que l'assuré n'ait de démarche à faire pour le solliciter ;
  - Pour les personnes considérées comme vulnérables qui n'entrent pas dans le champ de l'auto déclaration sur la plateforme de l'assurance maladie, ainsi que pour les personnes cohabitant avec une personne vulnérable qui ont eu recours à un arrêt prescrit par un médecin (en ville ou à l'hôpital), elles doivent le contacter pour se voir remettre le certificat d'isolement.
- L'employeur, sur la base du certificat remis par le salarié, procède à une demande d'activité partielle pour son salarié dans les 30 jours suivant le 1<sup>er</sup> mai. Il envoie si nécessaire (cas des arrêts de travail pour le bénéfice des IJ allant au-delà du 1<sup>er</sup> mai) un signalement de reprise anticipée d'activité via la DSN).

Les conditions d'établissement du certificat d'isolement par les médecins sont décrites en annexe 2.

Ce certificat d'isolement ne comporte pas de terme : la date de sortie de l'isolement pour les personnes concernées sera fixée par décret. Jusqu'à cette date, le salarié sera éligible à l'activité partielle.

Des mesures particulières doivent être appliquées aux soignants à risque de COVID-19 graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés des établissements de santé et des établissements médico-sociaux qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité (cf. annexe 1). La même procédure doit être appliquée pour les soignants cohabitant avec une personne vulnérable.

Dans le cas 3 (arrêt pour garde d'enfant) :

- Le salarié n'aura pas de démarche particulière à effectuer. Il continue d'échanger comme précédemment avec son employeur sur son impossibilité de poursuivre son activité compte tenu de la fermeture de l'établissement d'accueil de son enfant et renouvelle si nécessaire l'attestation sur l'honneur précédemment fournie.
- L'employeur procède une demande d'activité partielle pour son salarié dans les 30 jours suivant le 1<sup>er</sup> mai. Il envoie si nécessaire (cas des arrêts de travail pour le bénéfice des IJ allant au-delà du 1<sup>er</sup> mai) un signalement de reprise anticipée d'activité via la DSN).
- 

## **B. Pour les travailleurs non-salariés : maintien des dispositions antérieures de délivrance et d'indemnisation des arrêts**

Sont concernés les travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs et stagiaires de la formation professionnelle ainsi que les gérants de société relevant du régime général en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et les gérants de sociétés agricoles mentionnés à l'article L722-20 du code rural et de la pêche maritime.

**1. L'assuré est une personne vulnérable ou « à risque » pour laquelle les consignes sanitaires recommandent de respecter une mesure d'isolement ou une personne cohabitant avec une personne vulnérable**

Lorsque que l'état de santé de l'assuré le conduit à être considéré comme une personne vulnérable ou « à risque » de développer des formes sévères de la maladie (cf. annexe 1 définition des personnes vulnérables), et en l'absence de solution de télétravail, il peut bénéficier d'un arrêt de travail. S'il s'agit d'une femme enceinte au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse ou d'une personne en affection de longue durée, il peut demander à bénéficier d'un arrêt de travail via le télé-service « [declare.ameli.fr](http://declare.ameli.fr) » ou pour les assurés du régime agricole sur le télé-service « [declare2.msa.fr](http://declare2.msa.fr) », sans avoir besoin de consulter un médecin.

Lorsque la personne est considérée comme fragile mais n'est pas en ALD, elle s'adresse à son médecin traitant ou à un médecin de ville pour obtenir son arrêt de travail.

Les arrêts des personnes vulnérables ayant fait une demande validée via le télé-service arrivant à l'échéance seront renouvelés automatiquement jusqu'au 30 avril.

Attention : compte tenu de l'évolution du dispositif, les personnes vulnérables devant être maintenues en arrêt de travail après le 1<sup>er</sup> mai devront renouveler leur démarche à cette date, soit sur le site [declare.ameli](http://declare.ameli.fr) ou [déclare2.msa](http://declare2.msa.fr), soit auprès de leur médecin. Le nouvel arrêt pourra être prescrit jusqu'au 11 mai puis prolongé ensuite si les consignes sanitaires d'isolement demeurent (cette prolongation sera automatiquement réalisée pour les assurés ayant fait une demande validée via le télé-service tant que les consignes sanitaires demeureront sans démarche à faire de la part de l'assuré).

La personne qui cohabite avec une personne vulnérable peut, en l'absence de solution de télétravail, solliciter son médecin traitant ou un médecin en ville ou à l'hôpital, qui pourra prescrire un arrêt de travail s'il l'estime nécessaire. L'arrêt peut être prescrit jusqu'au 11 mai et sera renouvelable par le médecin tant que les consignes sanitaires sont maintenues.

Des mesures particulières doivent être appliquées aux **soignants à risque de COVID-19 graves** afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés des établissements de santé et des établissements médico-sociaux qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité (cf. annexe 1). Ils n'ont par conséquent pas accès au téléservice « [declare.ameli ;fr](http://declare.ameli.fr) ». La même procédure doit être appliquée pour les soignants cohabitant avec une personne vulnérable.

**2. L'assuré est parent d'un enfant de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé ou parent d'un enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée**

Lorsque les parents d'enfants de moins de 16 ans (sans limite d'âge pour les enfants en situation de handicap pris en charge en structure médicosociale) n'ont pas d'autre possibilité pour la garde de leurs enfants que celle d'être placés en arrêt de travail, une prise en charge exceptionnelle d'indemnités journalières par l'Assurance Maladie est prévue, dont peut bénéficier un seul des deux parents à la fois.

Le télé-service « [declare.ameli.fr](http://declare.ameli.fr) » de l'Assurance Maladie permet aux travailleurs indépendants, artistes-auteurs et gérants de société de se déclarer lorsqu'ils se trouvent dans cette situation. Il permet également à pole-emploi de déclarer les stagiaires de la formation professionnelle

concernés. Le téléservice « declare.msa.fr » permet aux travailleurs non-salariés agricoles de se déclarer lorsqu'ils se trouvent dans cette situation.

Cet arrêt de travail peut être fractionné et partagé entre les deux parents de manière à leur permettre éventuellement de concilier la poursuite partielle de leur activité professionnelle avec la garde de leur enfant.

L'arrêt de travail peut être déposé pour une période courant jusqu'au 11 mai. Si les consignes sanitaires de fermeture des structures et établissements sont maintenues au-delà, une nouvelle demande devra être effectuée.

Attention, les personnes bénéficiant d'un arrêt garde d'enfant en cours au 1<sup>er</sup> mai doivent renouveler leur déclaration via le téléservice pour pouvoir continuer à être indemnisées à compter de cette date.

⇒ A noter que toutes les professions libérales, sous réserve que leur revenu annuel dépasse un certain seuil (10% du PASS), peuvent bénéficier d'une indemnisation par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail pour les situations visées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> ci-dessus.

## II. Le maintien de l'indemnisation antérieure pour les autres arrêts en lien avec le COVID

Pour les autres situations d'arrêt de travail indemnisé en lien avec le COVID les modalités de délivrance et d'indemnisation applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> mai et rappelées ci-dessous demeurent en vigueur à compter de cette date.

### 1. *L'assuré est malade (infecté par le COVID-19 ou suspecté de l'être) : arrêt de travail de droit commun*

Lorsque l'assuré est malade, les conditions de droit commun relatives aux indemnités journalières (IJ) s'appliquent (l'employeur verse également l'indemnisation complémentaire dans les mêmes conditions que pour les arrêts maladie) sans application toutefois du délai de carence (au titre de l'assurance maladie et au titre du complément employeur), et sans condition d'ancienneté :

L'arrêt de travail est prescrit par un médecin qui prend en charge le patient (ville ou hôpital) ;

Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail en ligne, il remet à l'assuré le volet 3 et l'assuré l'adresse à son employeur (cf. annexe 3 sur la prescription dématérialisée d'arrêt de travail). Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail papier, il remet à l'assuré l'ensemble des volets et ce dernier envoie les volets 1 et 2 de son avis d'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie et le volet 3 à son employeur.

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le volet 3 (employeur) à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.

### 2. *L'assuré est asymptomatique mais est considéré comme étant « cas contact étroit »*

Le haut conseil de la santé publique (HCSP) définit le cas contact étroit de la manière suivante : « Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un

*moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats. ».*

Ces personnes répondant à cette définition doivent prendre contact avec leur employeur pour envisager avec lui les modalités de télétravail qui pourraient être mises en place. En l'absence de solution de télétravail, elles prennent contact avec leur médecin traitant qui pourra prescrire un arrêt de travail s'il l'estime nécessaire.

Les personnes concernées reçoivent des indemnités journalières (IJ) et l'employeur verse également l'indemnisation complémentaire dans les mêmes conditions que pour les arrêts maladie, sans application toutefois du délai de carence (au titre de l'assurance maladie et au titre du complément employeur), et sans condition d'ancienneté

Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail en ligne, il remet à l'assuré le volet 3 et l'assuré l'adresse à son employeur (cf. annexe 3 sur la prescription dématérialisée d'arrêt de travail). Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail papier, il remet à l'assuré l'ensemble des volets et ce dernier envoie les volets 1 et 2 de son avis d'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie et le volet 3 à son employeur.

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le volet 3 (employeur) à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.

Les personnes qui rentrent de métropole dans les départements d'outre-mer doivent respecter une période d'isolement comme les cas contacts. En l'absence de possibilité de télétravail, elles peuvent bénéficier d'un arrêt de travail.

La durée de l'arrêt de travail est de 20 jours au maximum.

Lorsque la personne cas contact est un personnel soignant, la procédure d'arrêt de travail est celle prévue pour les soignants à risque détaillée au A) du I ci-dessus.

Pour les administrations qui travaillent en plan de continuité d'activité (PCA), les cas contacts peuvent, le cas échéant, continuer à se rendre sur leur lieu de travail, à condition de surveiller leurs symptômes, de respecter les gestes barrières et de porter un masque.

⇒ A noter que toutes les professions libérales, sous réserve que leur revenu annuel dépasse un certain seuil (10% du PASS), peuvent bénéficier d'une indemnisation par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail pour les situations visées au 2° ci-dessus. Les professions médicales et paramédicales bénéficient d'indemnités journalières également pour les situations visées au 1°.

## Annexe 1

### Définition des personnes dites vulnérables ou « à risque »

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont, en plus des personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) et des femmes enceintes à partir du 3ème trimestre de grossesse, les personnes répondant aux critères suivants :

- les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise (médicamenteuses : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive, infection à VIH non contrôlé avec des CD4 <200/mm<sup>3</sup>, consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souche hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement) ;
- les malades de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle (IMC) > 40kg/m<sup>2</sup> mais aussi IMC > 30kg/m<sup>2</sup>)
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne ou de syndrome thoracique aigu<sup>4</sup> ou ayant un antécédent de splénectomie.

Si ces personnes sont en affection de longue durée, elles peuvent bénéficier du téléservice d'auto déclaration mis en place par l'assurance maladie ; si ce n'est pas le cas, elles doivent se rendre chez leur médecin traitant ou à défaut un médecin de ville pour se voir prescrire un arrêt de travail à ce titre.

Les femmes enceintes à partir du 3ème trimestre de grossesse peuvent également bénéficier du téléservice.

Des mesures particulières ci-dessous doivent être appliquées aux **soignants à risque de COVID-19** graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum.

Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité :

- évaluation, au cas par cas, par le service de santé au travail pour statuer sur la conduite à tenir, individualisée en fonction de leur situation de santé : exclusion des services à risque de forte exposition au SARS-CoV-2 : unités dédiées COVID-19, service d'urgence, service de réanimation, service d'accueil, ou réaménagement du poste de travail ;

## Coronavirus (COVID-19)

- éviter au maximum qu'ils soient en contact avec des patients dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point est particulièrement important en phase épidémique ; • recommandations renforcées d'hygiène des mains ;
- port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance/acceptabilité, d'intégrité et de changement/manipulation.

Lorsque ces personnels sont cas contacts exposés, il est proposé que le service de santé au travail de l'établissement de santé de ces personnels soignants ou de l'établissement de référence du secteur dans lequel ils exercent (établissement pilote du GHT, CHU, CHG, etc.) mettent en place un suivi de ces soignants.

- En l'absence de symptômes :
  - poursuite de l'activité professionnelle en évitant les services à risque ;
  - port de masque chirurgical pendant les 14 jours suivant le contact exposant ; lavage ou désinfection régulière des mains ;
  - autosurveillance biquotidienne de la température ;
  - éviter les contacts avec les personnes fragiles à risque de COVID-19.
- En cas de symptômes évocateurs de COVID-19 :
  - interrompre les contacts professionnels ;
  - contacter le service de santé au travail pour évaluation des symptômes et prélèvement diagnostique.

## Annexe 2

### Etablissement d'un certificat d'isolement

Pour pouvoir continuer, à compter du 1<sup>er</sup> mai, à bénéficier d'une indemnisation de leur arrêt de travail comme personne vulnérable ou cohabitant avec une personne vulnérable, les salariés devront fournir à leur employeur un certificat d'isolement.

Pour les personnes considérées comme vulnérables qui se sont auto déclarés sur la plateforme mise en place à cet effet par l'assurance maladie, leur caisse d'assurance maladie leur transmet ce certificat d'isolement sans que l'assuré n'ait de démarche à faire pour le solliciter ;

Pour les personnes considérées comme vulnérables qui n'entrent pas dans le champ de l'auto déclaration sur la plateforme de l'assurance maladie, ainsi que pour les personnes cohabitant avec une personne vulnérable qui ont eu recours à un arrêt prescrit par leur médecin, elles doivent contacter leur médecin pour se voir remettre le certificat d'isolement.

Le médecin solliciter à cette fin devra :

- S'assurer que la personne est bien salariée. En effet, pour les travailleurs indépendants, les travailleurs non-salariés agricoles, les stagiaires de la formation professionnelle et les assurés relevant du régime des artistes auteurs, le médecin devra continuer à établir un avis d'arrêt de travail dans les conditions habituelles ;
- Remettre à l'assuré un certificat comportant les informations suivantes (modèle en pj) :
  - Lieu et date d'émission du document
  - Identification du médecin
  - Identification de l'assuré (Nom, prénom, date de naissance)
  - Mention « Par la présence, je certifie que M/Mme X doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement le conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail. »
  - Signature/cachet

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le certificat à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.



Annexe 2

Pièce jointe modèle de certificat d'isolement

Identification du médecin

Patiente : Juliette Dubois née le 23 mai 1970

Paris, le XX XX 2020

Par la présence, je certifie que Mme Juliette Dubois doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement la conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail

Signature/cachet

## Annexe 3

### Procédure d'établissement d'un arrêt de travail en ligne

#### I - Etablissement de l'arrêt de travail

Le médecin sélectionne un des motifs Covid-19 proposés dans les motifs du moment :

MOTIF ?

Saisissez le motif  ✓ [Liste des motifs >](#)

Ou sélectionnez un des motifs suivants :

EN CE MOMENT :

[COVID-19 DIAGNOSTIQUE \(OU PRESUME\)](#) [PERSONNE A RISQUE COVID-19](#) ?

[RESIDANT AVEC UNE PERSONNE A RISQUE COVID-19](#) [GASTRO-ENTERITE](#) [BRONCHITE](#)

Le médecin n'a pas d'obligation à renseigner le complément d'information :

MOTIF ?

Covid-19 diagnostiqué (ou présumé) ×

Complément d'information :

0/100

- **La durée de l'arrêt.**

DURÉE

A partir du   Jusqu'au (inclus)

JOURS

Suivi d'une reprise à temps partiel thérapeutique ?

- **Le médecin valide l'arrêt de travail.**

## II - Transmission de l'arrêt

**Cas 1 : Pour les patients rattachés aux régimes : Général, MSA, RATP, SNCF, l'arrêt est transmis à l'Assurance Maladie et un exemplaire employeur est généré**

Après sa validation, le médecin transmet l'arrêt de travail :

RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION

INITIAL | Temps complet

Motif : Covid-19 diagnostiqué (ou présumé)

Durée : 14 jours du mercredi 22 avril 2020 au mardi 05 mai 2020

Sorties à horaires limités pendant l'arrêt

[Imprimer sans transmettre >](#) [MODIFIER](#) [TRANSMETTRE](#)

➤ Transmission de l'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

L'ensemble des données de l'arrêt de travail est transmis à la CPAM et à l'échelon local du service médical dans la ½ heure.

Pour les patients des régimes MSA, RATP, SNCF, l'arrêt est réceptionné le lendemain matin.

➤ Transmission de l'exemplaire employeur au patient

- Après la transmission, le **médecin a obligation d'imprimer l'exemplaire pour l'employeur** (version allégée du volet 3 du Cerfa s3116 et sans feuille de notice pour le patient car intégrée dans le bas de l'exemplaire employeur).

ACCUSÉ DE RÉCEPTION



**Transmission réussie !**

L'arrêt de travail AAT-AS-010110000-200422-172649-222 de **Suivi PATIENT** a bien été transmis et reçu le **22/04/2020 à 17:26**.

Il sera traité par la CPAM de votre patient : **Caisse Primaire de l'AIN**.

Nous vous rappelons qu'il est impératif d'imprimer et de remettre à votre patient l'exemplaire qui est destiné à son employeur

[IMPRIMER](#)

Vous pouvez enregistrer un récapitulatif des données télétransmises

[ENREGISTRER](#)

- En cliquant sur le bouton « imprimer » l'exemplaire employeur est généré au format pdf ;
- Le médecin enregistre cet exemplaire ;
- Le médecin signe et remet cet exemplaire au patient. En cas de téléconsultation, le médecin transmet cet exemplaire à son patient:
  - Soit en le déposant dans le dossier patient dans le cas de l'usage d'une solution de téléconsultation intégrant cette fonctionnalité ;

- Soit en l'adressant par messagerie sachant que l'exemplaire employeur ne contient aucune donnée médicale : ni motif, ni notion d'arrêt en rapport ou pas avec une ALD.

**Cas 2 : Pour les patients affiliés aux autres régimes d'assurance maladie, la transmission n'est pas possible = impression de l'avis d'arrêt de travail**

Après sa validation, le médecin imprime l'arrêt de travail.

RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION

INITIAL | Temps complet

Motif : Covid-19 diagnostiqué (ou présumé)

Durée : 14 jours du mercredi 22 avril 2020 au mardi 05 mai 2020

Sorties à horaires limités pendant l'arrêt

[Imprimer sans transmettre >](#) [MODIFIER](#) [TRANSMETTRE](#)

- Les 3 volets et les 2 notices du Cerfa S3116g sont générés automatiquement.
- Le médecin doit les imprimer, les signer et les remettre à son patient ou en cas de téléconsultation les envoyer à son patient par la poste ou par messagerie.

### III - Elaboration d'un arrêt de travail pour les médecins ne disposant pas d'un compte ameli pro lors d'une téléconsultation

Dans le cas où le médecin téléconsultant n'a pas de compte ameli pro, il doit élaborer un arrêt de travail en papier via le cerfa. Il transmet à l'assuré les 3 volets, par voie postale ou par messagerie, le plus rapidement possible afin de permettre à l'assuré de bénéficier du versement de ses IJ dans les meilleurs délais en les renvoyant à sa caisse primaire et à son employeur

## AVIS

### **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**

23 mai 2020

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 14 mai 2020 par la Direction générale de la santé (DGS) afin de préciser les recommandations applicables aux personnels exerçant en établissements de santé (ES) ou sociaux et médico-sociaux (ESMS) [Annexe 1] dans les suites des avis du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV2 et du 7 avril 2020 relatif à la conduite à tenir lors du « contact tracing » d'une personne qui aurait déjà été malade. La DGS souhaite :

- Une analyse des risques portant sur :
  - la possibilité d'une adaptation de la recommandation d'éviction des professionnels porteurs du Covid-19 intervenant en ES et en ESMS, selon qu'ils sont symptomatiques ou asymptomatiques, afin de déterminer si leur maintien en poste est envisageable face à l'impératif de continuité du service, et si oui, sous quelles conditions sanitaires et de protection et pour quels professionnels, notamment dans un contexte de saturation des capacités en lits dans les ES.
- Une doctrine scientifique afin d'élaborer des préconisations :
  - à destination des professionnels présentant des symptômes évocateurs du Covid-19 mais testés négatifs, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste ;
  - à destination des professionnels porteurs du SARS-CoV-2 asymptomatiques, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste ;
  - à destination des professionnels non-porteurs du SARS-CoV-2 mais en contact avec des personnes porteuses du SARS-CoV-2, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer ;
  - à destination des professionnels identifiés comme personnes vulnérables ;
  - pour répondre à l'enjeu du taux de tests de dépistage « faux négatifs » et aux précautions à adopter à cet égard.

Afin de répondre à la saisine de la DGS en lien avec l'épidémie en cours, le HCSP a réactivé le groupe de travail « *grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes* » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié aux questions plus spécifiquement relatives à la prise en charge et aux aspects thérapeutiques du Covid-19, piloté par Christian Chidiac et Jean-François Gehanno, respectivement président et membre de la Commission spécialisée « Maladies Infectieuses et Maladies Émergentes » (composition du groupe de travail en annexe 2).

Le HCSP comprend l'urgence de la situation et s'est attaché à la rédaction de cet avis dans des délais très courts. Malgré les efforts collectifs fournis, il précise que ce texte ne peut cependant prétendre à l'exhaustivité et à la prise de recul qu'il aurait souhaité atteindre dans des délais moins contraints. Cet avis est donc un consensus d'experts à partir des données scientifiques et techniques disponibles.

## Le HCSP a pris en compte les éléments suivants

En préambule, il n'apparaît pas opportun de différencier, au sein des hôpitaux, les professionnels de santé des autres professionnels, s'agissant de l'évaluation et les mesures de gestion des risques. En effet, les autres professionnels que les professionnels de santé présents à l'hôpital, y sont présents car indispensable et sont donc tout aussi concernés par l'objet de cette saisine

Les mesures d'hygiène de base en période d'épidémie s'appliquent à tous, en particulier l'hygiène des mains, le port de masque et les règles de distanciation physique.

De plus, il existe des contacts fréquents entre soignants et non soignants et entre soignants eux-mêmes.

Enfin, le HCSP rappelle que dans cette période de pandémie, le télétravail doit être encouragé voire privilégié, chaque fois que possible, y compris en milieu hospitalier, pour réduire les contacts entre professionnels.

### 1. Le contexte sur les mesures de contact tracing applicables à partir du 11 mai 2020

Le dispositif est encadré par :

- La fiche relative au déploiement de la stratégie de « *contact-tracing* » post-confinement ainsi que des modalités de sa mise en œuvre au sein des établissements de santé, édictée par le ministère de la santé le 7/5/2020 (MARS 2020-48),
- La note ministérielle du 5/5/2020 (relative à la stratégie de « *contact-tracing* » post confinement et aux modalités de sa mise en œuvre).

#### Contacts concernés par ces instructions.

Ne feront l'objet d'un suivi que les contacts de cas confirmés de Covid-19 ayant eu un contact à risque.

Les documents du ministère considèrent :

- qu'un cas confirmé est une personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2
- qu'un cas probable est un cas présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de Covid-19 malgré un test RT-PCR négatif.
- qu'un contact à risque est une personne ayant eu un contact à moins d'un mètre **ou** pendant plus de 15 mn dans un espace confiné avec un cas, **en l'absence de mesure de protection efficace** (Cf définition de Santé Publique France, annexe 3).

Toutefois, il est également précisé que « **les définitions de personne contact ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans**

**un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène. »**

Les personnes contacts avec un cas confirmé et dont le type de contact est considéré comme « à risque » doivent être placées en quatorzaine et faire l'objet d'un test de dépistage par RT-PCR, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques :

- Le test doit être réalisé dès que possible pour les contacts du foyer ;
- Ou 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé pour les contacts hors du foyer, et immédiatement en cas d'apparition de symptômes.

Les personnes contacts à risque du foyer doivent rester en quatorzaine même en cas de test RT-PCR négatif ; un allègement de la quatorzaine ne peut être envisagé qu'en l'absence de symptômes et de la réalisation d'un autre test RT-PCR 7 jours après la guérison du cas, ce nouveau test doit être négatif.

Les personnes contacts à risque hors du foyer voient également leur quatorzaine allégée en cas de test RT-PCR négatif à 7 jours du dernier contact avec le cas confirmé ou probable (signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et signes en tomodensitométrie thoracique évocateurs de Covid-19) : sorties autorisées limitées, avec port obligatoire d'un masque à usage médical, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de Covid-19, **pas de travail en présentiel.**

**Ainsi, en application de ces mesures, un professionnel de santé ayant eu un contact à risque d'un cas confirmé devrait rester en éviction du travail professionnel en présentiel jusque :**

- 14 jours après la guérison du cas, ou de l'ensemble des cas, de son domicile si les membres du foyer ne sont pas séparés et si le contact est survenu au sein du foyer ;
- Ou 14 jours après le dernier contact si les membres du foyer sont séparés ou s'il s'agit d'un contact à risque en dehors du foyer ;

La mise en éviction de nombreux soignants pourrait entraver de manière importante la continuité des soins.

## **2. Modes de transmission du SARS-CoV-2**

Le SARS-CoV-2 peut se transmettre entre individus :

- **Directement**
  - De façon générale par des gouttelettes émises par le sujet infecté, qui sont susceptibles d'atteindre une distance de quelques mètres en fonction de leur vitesse d'émission et des conditions de température et d'humidité de l'air ;
  - Dans certaines circonstances, par de plus fines particules émises directement par le sujet infecté ou résultant de la dessiccation des gouttelettes (droplet nuclei), pouvant diffuser plus à distance.

- **Indirectement, manuportée ou par l'intermédiaire des surfaces contaminées.**

La part relative de ces différentes voies est encore mal connue, mais la contamination semble impliquer majoritairement une proximité entre individus.

La contamination via les surfaces est liée à la survie du virus, qui peut atteindre plusieurs jours en fonction du type de surface (papier, plastique, métal) (1,2).

### 3. Apport des méthodes de diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2

Le diagnostic peut reposer sur des éléments cliniques, sur la détection du génome du virus dans les prélèvements respiratoires ou sur la recherche d'anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 de façon complémentaire.

**3.1 Les éléments cliniques** permettent de suspecter le diagnostic, mais la valeur prédictive positive de ces éléments est variable, tout comme la valeur prédictive négative de l'absence de ces éléments du fait de la présence de formes asymptomatiques et pauci-symptomatiques.

En début d'épidémie, la surveillance clinique des cas et de leurs proches contacts par le CDC de Shenzhen (Chine) a permis d'identifier 20% de cas asymptomatiques au moment du recueil de données, parmi les contacts positifs pour le SARS-CoV-2 (3).

Début Février 2020, à Yokohama (Japon) l'investigation du bateau de croisière Diamond Princess, a permis d'estimer le pourcentage de cas asymptomatiques à 17,9% (95% CrI : 15,5–20,2%) (4).

Certains signes cliniques sont très évocateurs, mais aucun n'est pathognomonique et il est nécessaire, en particulier chez les soignants, d'obtenir une confirmation du diagnostic par recherche du virus dans les prélèvements respiratoires.

**3.2 Les prélèvements respiratoires** utilisés pour le diagnostic de Covid-19 dépendent du stade de l'infection :

- à la phase précoce, les prélèvements nasopharyngés obtenus par écouvillonnage profond du nez sont les plus utilisés et les plus sensibles ; ils nécessitent une technique parfaitement maîtrisée<sup>1</sup> ;
- à cette même phase, le recueil des sécrétions des voies respiratoires par un prélèvement de salive peut être une alternative. La salive doit être recueillie après toux, en se gargarisant la gorge et sans avoir bu et mangé depuis au moins 30 minutes (5,6). Toutefois, le prélèvement nasopharyngé est celui qui est réalisé en pratique ;
- Pour les patients présentant un tableau de pneumonie, le virus SARS-CoV-2 a été également détecté à partir d'échantillons des voies aériennes inférieures par aspiration bronchique ou dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA). Dans un certain nombre de cas, évalués à 30% environ, l'ARN viral a été détecté dans les échantillons respiratoires profonds sans être amplifié dans les prélèvements oro- ou naso-pharyngés (7).

La nature des échantillons biologiques est un élément de la performance de tout test diagnostique. S'agissant des échantillons des voies aériennes supérieures pour la détection du SARS CoV-2, il n'a pas été montré de différence dans le taux de détection et la charge virale des échantillons oro-ou naso-pharyngés (7).

L'interprétation clinique du résultat d'un test dépend de ses performances intrinsèques (sensibilité, spécificité) et du contexte (prévalence de la maladie). Concernant la RT-PCR pour la détection de l'ARN du SARS-CoV-2, le seuil de détection permettant d'interpréter un résultat positif ou négatif et pour une spécificité de 100% (absence de faux positifs) a été quantifié à environ 10<sup>3</sup> copies/mL dans les échantillons biologiques (8).

Du point de vue de la performance analytique, la technique RT-PCR recommandée par le CNR a une sensibilité d'au minimum 100 copies d'ARN viral par prise d'essai. Les kits commerciaux

<sup>1</sup> <https://www.preventioninfection.fr/actualites/video-tutoriel-de-techniques-de-prelevement-de-covid-19/>



utilisés par les laboratoires de diagnostic ont une sensibilité similaire, ces kits commerciaux ayant été testés et leurs performances comparées par le CNR préalablement à leur utilisation.

Les performances de cette technique analysées lors d'une méta-analyse récente sont une sensibilité supérieure à 90%, avec une spécificité de 100% (9). De fait, elle est la seule technique permettant de faire un dépistage chez les personnes asymptomatiques ou en phase d'incubation (10). Toutefois, le CNR insiste sur le lien direct existant entre la performance de la RT-PCR et la qualité des prélèvements réalisés. Ces prélèvements doivent être réalisés par des personnels expérimentés, dès le début des symptômes, en utilisant des sites et méthodes de prélèvement ayant fait la preuve de leur haut rendement.

**3.3 La sérologie** a fait l'objet de nombreuses études, mais son utilisation dans le diagnostic des formes aiguës pose encore question.

La cinétique de production des anti SARS-CoV-2 a été essentiellement documentée par la détection des IgG et des IgM. Il a été cependant montré dans quelques études que la détection des IgA est contemporaine à celle des Ig M, en moyenne 5 jours après l'apparition des signes cliniques (3 à 6 jours), avec un taux de séroconversion de 90 % à 100% de J 15 à J 21 (11). La détection des IgM et des IgG est observée entre J5 et J14 après le début des signes cliniques avec un délai médian de 5 à 12 jours pour les IgM et 14 jours pour les IgG et les IgA (6,12).

Toutefois, une autre étude a montré que les anticorps anti-SARS-CoV-2 étaient détectés dans moins de 40% des cas au cours de la première semaine des symptômes (13).

Ainsi, la détection en parallèle de l'ARN viral et des anticorps améliore la sensibilité du diagnostic de la maladie Covid-19 après la première semaine d'évolution (13).

Selon la HAS, les indications de la sérologie dans la stratégie de prise en charge de la maladie Covid-19 sont les suivantes :<sup>2</sup>

- diagnostic initial de patients symptomatiques graves hospitalisés, en cas de tableau clinique ou scannographique évocateur et d'amplification génique négative ;
- diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques graves hospitalisés mais n'ayant pas pu faire l'objet d'une amplification génique avant sept jours ;
- diagnostic initial de patients symptomatiques sans signe de gravité suivis en ville en cas de tableau clinique évocateur et d'amplification génique négative ;
- diagnostic de rattrapage chez des patients symptomatiques avec suspicion clinique sans signe de gravité mais n'ayant pas pu faire l'objet d'une amplification génique avant sept jours ;
- diagnostic étiologique à distance chez des patients symptomatiques sans signe de gravité diagnostiqués cliniquement mais n'ayant pas fait l'objet d'une amplification génique ;
- détection d'anticorps chez les professionnels soignants non symptomatiques lors de dépistage et détection de personnes-contacts après une amplification génique négative, uniquement à titre individuel ;
- détection d'anticorps chez les personnels d'hébergement collectif non symptomatiques lors de dépistage et détection de personnes-contacts après une amplification génique négative, uniquement à titre individuel.

Lors de la période de difficulté d'accès aux tests, des scanners thoraciques ont été réalisés systématiquement chez des patients hospitalisés pour des formes simples ou graves de Covid-19. Les images en verre dépoli ne sont pas visibles systématiquement, et il a été observé que

<sup>2</sup> Avis HAS n° 2020.0033/AC/SEAP du 20 mai 2020

des infections à *Mycoplasma pneumoniae*, entre autres, pouvaient donner des images en verre dépoli identiques à celles observées chez certains patients atteints de Covid-19.

La Société d'Imagerie Thoracique, dans un avis du 7 mai 2020, a rappelé les éléments suivants (<https://ebulletin.radiologie.fr/actualites-covid-19/imagerie-thoracique-au-deconfinement-positionnement-sit-07052020>) :

- Il n'y pas de place pour une imagerie thoracique chez les patients symptomatiques suspects de Covid-19 ou avec Covid-19 avéré, pauci-symptomatiques sans besoin d'oxygénation et sans facteurs de risques (obésité, HTA, immunodépression).
- Il n'y a pas d'indication à une imagerie – scanner ou radiographie chez les patients asymptomatiques, et ce d'autant plus que la prévalence de la maladie sera plus faible et plus les performances diagnostiques du scanner seront diminuées.

#### 4. Cinétique de l'excrétion virale

Le virus SARS-CoV-2 peut être détecté dans les échantillons oro- ou naso-pharyngés, 1 à 2 jours avant le début des signes cliniques et peut persister jusqu'à 8 jours dans les formes modérées de Covid-19 (12,14). Dans les formes plus sévères, l'excrétion virale peut être prolongée de 2 à 4 semaines après le début des signes cliniques (6,12,15–17).

Une autre étude a retrouvé du virus dans un prélèvement oropharyngé jusqu'à 25 jours après le début des symptômes (6).

L'excrétion du virus a pu être mise en évidence chez 4 soignants jusqu'à 13 jours après la disparition des symptômes et la sortie de l'hôpital, mais aucun cas secondaire n'était survenu après le retour au domicile (18).

Par ailleurs, il a été montré que l'âge et la gravité de la maladie Covid-19 sont corrélés à la charge virale, avec une valeur environ 60 fois plus élevée dans les formes graves (12,16). Néanmoins, dans une autre étude, la charge virale dans les échantillons nasopharyngés chez les personnes asymptomatiques, identifiées le plus souvent au cours de cas groupés était comparable à celle des personnes symptomatiques (19).

Toutefois, on connaît encore mal la relation entre la charge virale identifiée par RT-PCR dans les voies aériennes supérieures et la contagiosité (20).

L'excrétion virale est maximale de J3 avant à J3 après les signes cliniques, pour décroître ensuite. Cinq jours après le début des signes cliniques, la charge virale a été évaluée à environ à  $10^5$  copies, avec un maximum de  $10^8$  copies par échantillon oro- ou nasopharyngé (14,15,21).

#### 5. Durée de contagiosité

Il faut distinguer la durée d'incubation, qui est en moyenne de 5,1 jours et inférieure dans 97,5% des cas à 11,5 jours, de la durée de contagiosité, qui est d'une dizaine de jours après le début des symptômes (22).

Cette durée de contagiosité est toutefois mal connue, et en particulier pour les personnes peu ou pas symptomatiques.

Plusieurs études portant sur des clusters familiaux ont retrouvé des cas asymptomatiques ou pauci-symptomatiques à l'origine de contamination de l'entourage (avis HCSP du 5 mars 2020).<sup>3</sup>

Mi-mars 2020 la surveillance des cas de Covid-19 survenus à Singapour a permis d'identifier sept clusters avec acquisition locale du SARS-CoV-2 chez 157 personnes. Parmi ces cas, 10

<sup>3</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771>

(6,4%) ont pu être attribués à une transmission provenant de personnes pré-symptomatiques (23).

Le délai de portage viral avant l'apparition des symptômes est évalué à 2,3 jours par He (15), et à 1-2 jours selon l'ECDC.<sup>4</sup>

La transmission du SARS-CoV-2 a été décrite pendant la phase prodromique pendant laquelle les personnes infectées ont des symptômes mineurs, poursuivent leurs activités normales, contribuant à la diffusion de l'infection (19,24).

Il a par ailleurs été rapporté plusieurs cas pour lesquels une re-positivation de la RT-PCR dans les prélèvements respiratoires a été observée quelques jours après négativation, parfois accompagnée de réapparition de signes cliniques respiratoires.

Les quelques données actuellement disponibles suggèrent qu'il s'agit de cas de détection prolongée du SARS-CoV-2, à des niveaux généralement faibles pouvant expliquer une alternance de détection positive et négative de l'ARN du SARS-CoV-2. En effet, lorsque les valeurs de Ct sont disponibles, celles-ci sont très élevées (faible quantité d'ARN) dans les échantillons interprétés comme positifs, c'est à dire à la limite de la détection.

Néanmoins, il reste certaines situations cliniques « émergentes », avec des patients ayant présenté une nouvelle reprise symptomatique après négativation de la détection dans les prélèvements expiratoires (25,26). Il n'y a à ce jour aucun argument pour considérer qu'il s'agisse de nouvelles infections.

Les éléments disponibles aujourd'hui permettent de dire que la détection du génome viral au cours du Covid-19 peut être prolongée, parfois nettement au-delà de la durée des signes cliniques (jusqu'à 8 à 9 semaines). Toutefois, à distance de la guérison clinique, il semble que les quantités d'ARN détectées dans les prélèvements respiratoires tardifs soient trop faibles pour pouvoir s'accompagner d'un risque de transmission.

## 6. Infections à SARS-CoV-2 chez les professionnels intervenants en ES et en ESMS

De nombreux cas de transmission nosocomiale du SARS-CoV-2 ont été décrits, avec parfois plusieurs dizaines de patients infectés (27–31). La place exacte des soignants dans la chaîne épidémique est complexe à déterminer, mais elle a été incriminée (30). De plus, la survenue de cas nosocomiaux en France après l'interdiction des visites, en particulier dans les secteurs de long séjour la confirme, soit par transmission croisée, manuportée, par défaut d'application des procédures d'hygiène, soit par transmission directe à partir d'un soignant infecté asymptomatique ou paucisymptomatique.

Les soignants ont payé un lourd tribut au SARS-CoV-2. Plus de 3300 soignants ont été infectés en Chine (32), et dans une revue de littérature, Chou *et al.* rapportent des incidences chez les soignants variant entre 1,2% et 29,4% (33).

Il n'existe pas encore de données stabilisées en France sur la contamination des soignants mais depuis le 22 avril 2020, Santé publique France, en lien avec le GERES et avec l'appui des CPIAS, a mis en place une surveillance afin de recenser les professionnels exerçant en établissements de santé publics ou privés infectés par le coronavirus SARS-CoV-2.<sup>5</sup>

Le mode de contamination des soignants fait intervenir le contact avec les patients infectés, en cas d'application insuffisante des mesures d'hygiène, mais également les contacts extra-professionnels, au domicile ou dans la communauté (34).

Dans le suivi de l'épidémie de Wuhan, l'incidence de la maladie était plus élevée chez les soignants que dans la population générale, en particulier au début de l'épidémie, avant la mise en place des mesures de protection adaptées (35).

<sup>4</sup> <http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Discharge-criteria.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

Par ailleurs, une étude de dépistage sur 400 professionnels asymptomatiques d'un hôpital de Londres a montré que l'incidence des contaminations dépendait plus de l'évolution de l'épidémie en population générale que du nombre de patients admis, ce qui évoque un mode de contamination prioritairement communautaire (36). Dans une étude menée à Wuhan, le risque relatif de contracter le Covid-19 était de 2,13 pour les soignants travaillant dans un service à haut risque par rapport à un service de médecine générale, mais il était de 2,76 en cas de présence au domicile d'un cas Covid-19 (36). Ainsi, le risque pour un professionnel intervenant en ES ou en ESMS d'être infecté par le SARS-Cov-2 semble plus élevé lors d'un contact en milieu familial que dans le cadre de son exercice professionnel, probablement en raison du caractère plus prolongé du contact. Toutefois, les conséquences en termes de renfort des mesures barrières pour le soignant sont identiques, quelque soit la source potentielle du contact.

Les données concernant les cas de Covid-19 confirmés chez les professionnels de l'AP-HP entre début mars et début mai 2020 montrent également que l'évolution de l'incidence de Covid-19 dans cette population est similaire à celle observée chez l'ensemble des cas répertoriés dans les centres diagnostiques de l'établissement, avec une diminution régulière dans les jours suivant le début du confinement et la mise en place du port continu de masque à usage médical par les professionnels. Cette évolution contraste avec le nombre croissant de patients infectés par SARS-CoV2 présents en hospitalisation un jour donné, qui a atteint un pic en avril. Ces données plaident en faveur de l'efficacité des mesures protectrices mises en place pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19 (précautions gouttelettes et contact, masque FFP2 pour les manœuvres à risque d'aérosolisation), du masque à usage médical en continu et de la distanciation physique à l'hôpital, et suggèrent une acquisition de l'infection par les professionnels plus d'origine communautaire que liée à l'exposition à des patients infectés (Données AP-HP, Dr Sandra Fournier, communication personnelle).

Enfin, les soignants peuvent se contaminer entre eux, à l'occasion des pauses notamment, et ce mode de transmission a été décrit pour d'autres pathologies à transmission respiratoire comme prédominant (37,38).

## 7. Efficacité des mesures de protection chez les soignants

Dans leur revue de 34 études sur l'impact des mesures d'hygiène sur la protection des soignants contre le coronavirus (dont 3 spécifiquement sur le SARS-CoV-2), Chou et al. ont montré l'efficacité des masques, des mesures d'hygiène des mains, du port de gants ou des surblouses (33).

L'efficacité des masques a fait l'objet de nombreuses études, tant pour la protection des soignants que de leur entourage.

Les masques à usages médicaux répondent à la norme EN 14683. Pour les masques à usages médicaux de type II, l'efficacité de filtration bactérienne mesurée sur le matériau du masque doit être supérieure à 98 %, dans le sens de l'intérieur vers l'extérieur, pour des particules de 3 µm.

Les masques de protection respiratoire (FFP1, 2 ou 3) répondent à la norme EN 149. L'efficacité de filtration est mesurée dans le sens de l'inspiration pour un aérosol de particules de 0,6 µm, en prenant en considération les fuites sur les côtés du masque. Pour mémoire, seuls certains masques FFP ont la double certification NF EN 149 + NF EN 14683 (ils sont donc testés en inspiration et en expiration).

Expérimentalement, le port d'un masque à usage médical permet de réduire d'un facteur 3 le nombre de particules sub-microniques inhalées par le porteur, mais 40 % de ce qui pénètre dans le masque passe par les côtés du masque (39). Cette fraction est probablement moindre quand le masque à usage médical est bien adapté au visage.

Le masque FFP2 laisse passer une petite partie (environ 8 %) de l'aérosol auquel est exposée la personne qui le porte à cause des fuites sur les côtés du masque, le pouvoir filtrant du masque en lui-même étant d'au moins 94 % pour des particules de 0,01 à 1 µm.

*In fine*, la réalité de la protection offerte par les masques à usages médicaux ou de protection respiratoire, notamment FFP2, dépend en fait de nombreux autres facteurs que les caractéristiques filtrantes intrinsèques des masques, telles que la durée effective du port, ou de l'absence de port du masque, l'adaptation au visage, le port de barbe ou la fréquence ventilatoire (40).

Ceci explique que, en pratique clinique, les masques de protection respiratoire, notamment FFP2, ne semblent pas réduire significativement plus le risque de grippe chez les personnels de soins que des masques à usages médicaux (41,42).

Ces incertitudes sur l'importance relative d'une transmission du SARS-CoV-2 par de fines gouttelettes par rapport à des gouttelettes de taille plus importante (droplet nuclei vs droplet) expliquent les choix différents en termes de protection respiratoire entre différents pays ou organisations.

Le port d'un masque à usage médical est actuellement préconisé en France pour la prise en charge par les soignants de cas suspects, possibles ou confirmés de Covid-19, sur la base d'une transmission de type gouttelette, le masque FFP2 étant réservé aux situations à risque d'aérosolisation.

L'ECDC recommande le masque FFP2 ou FFP3 pour les soignants en contact avec des patients Covid-19 possibles ou confirmés, ou le masque à usage médical en cas de pénurie de masque FFP2 (43). C'est également la position des Centers for Disease Control and Prevention Américains.

L'OMS recommandait initialement le port d'un masque FFP2 uniquement lors de la réalisation d'actes à risques d'aérosolisation mais depuis le 6 avril la recommandation est de porter un masque FFP2 dans tous les secteurs dans lesquels est réalisé ce type de procédures.

Le port d'un masque à usage médical par un sujet infecté par un virus à transmission respiratoire permet également de réduire de manière importante la contamination de l'environnement, et donc de réduire le risque de transmission. En étudiant 10 sujets infectés par des coronavirus HCoV-OC43 et HCoV-HKU1, Leung et al. ont identifié du virus sur des particules < 5 µm dans l'air exhalé chez 40% des sujets en l'absence de port de masque à usage médical et jamais en cas de port d'un masque à usage médical (p=0,02) (44). Les résultats étaient également significatifs pour les virus influenza, sur des particules > 5 µm.

Enfin, l'adhésion des soignants au port de masque a fait l'objet d'une récente revue de littérature (45). Reposant sur l'analyse de 20 études, elle conclut à l'importance du mode de communication des recommandations de port de masque, du support de l'encadrement et de l'accès et la confiance dans les équipements de protection individuels.

### **Le HCSP rappelle les éléments suivants en termes de risque de contamination des personnels soignants**

- Les soignants sont, par essence, plus à risque que la population générale d'être au contact de patients porteurs du SARS-CoV-2, qu'ils soient symptomatiques ou non.
- Les soignants ont à leur disposition des équipements de protection individuels
- Les soignants ont une bonne connaissance des mesures d'hygiène à appliquer face à ces patients et dans leur majorité une bonne habitude de leur mise en œuvre, condition nécessaire de leur efficacité.

- LA SF2H a préconisé l'adoption des précautions gouttelettes face à tout patient ce qui doit réduire l'exposition au SARS-CoV-2 à partir de patients porteurs du virus mais sans symptôme évocateur ou consultant pour un autre motif.
- Tout patient fréquentant un ES ou un ESMS doit porter systématiquement un masque, ce qui doit également réduire l'exposition au SARS-CoV-2 à partir de patients porteurs asymptomatiques. Concernant les indications, le type de masque et les modalités d'utilisation :
  - En ES, le personnel invite le patient (et les éventuels accompagnants) à réaliser une friction hydro-alcoolique (FHA) et remet un masque à usage médical (Norme EN 14683:2019) à porter de manière adéquate (correctement ajusté sur les ailes du nez et sous le menton), suivi d'une nouvelle FHA ;
  - En EMS ou cabinet libéral, les patients/résidents portant un masque grand public à leur arrivée peuvent le garder si celui est a) correctement porté, b) conforme aux spécificités Afnor et c) propre (lavé le jour même) et réalisent une FHA ; si le masque grand public ne respecte pas les critères ci-dessus, le patient/résident le retire, réalise une FHA, positionne le masque à usage médical qui lui est remis par le personnel comme indiqué ci-dessus et réalise une nouvelle FHA ;
  - En ES et EMS, le port du masque n'est plus nécessaire une fois le patient/résident dans sa chambre, mais le redevient lors des déplacements hors de sa chambre (ex. en cas d'examens, d'activités collectives ou toute situation où la distanciation d'au moins 1 mètre est plus complexe à respecter) ;
  - Il est recommandé que les patients à risque de forme grave de Covid-19 portent systématiquement un masque à usage médical dès l'entrée en milieu de soins (Avis du HCSP du 24 avril 2020) y compris en EMS et cabinet libéral ;
  - Ces recommandations de port de masque à l'admission pourront être adaptées en fonction du milieu de soins (ES, EMS ou cabinet libéral) et de prise en charge (Consultation externe, etc.) ;
  - Le masque grand public n'est pas recommandé en ES car sa gestion n'est pas facile lors de l'entrée d'un patient ou d'accompagnants en ES, en particulier pour s'assurer de sa conformité au référentiel Afnor et des conditions d'entretien. La mise à disposition de masques à usage médical dans ce cadre est rendue possible par un stock suffisant.
- Le port d'un masque à usage médical par un soignant symptomatique ou porteur asymptomatique du SARS-CoV-2 réduit notablement la contamination de son environnement.

**Le HCSP émet les recommandations suivantes pour les professionnels travaillant en ES ou ESMS:**

**Concernant la possibilité d'une adaptation de la recommandation d'éviction des professionnels porteurs du SARS-CoV-2 intervenant en ES et en ESMS, selon qu'ils sont symptomatiques ou asymptomatiques, afin de déterminer si leur maintien en poste est envisageable face à l'impératif de continuité du service, et si oui, sous quelles conditions sanitaires et de protection et pour quels professionnels, notamment dans un contexte de saturation des capacités en lits dans les ES :**

- Tout professionnel présentant des signes cliniques évocateurs de Covid-19 doit bénéficier sans délai d'un prélèvement nasopharyngé à la recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR. Dans l'attente du résultat, il doit être en éviction, sauf situation exceptionnelle (exemple d'un médecin de garde seul dans un service).
- Tout professionnel symptomatique pour lequel la recherche du SARS-CoV-2 par RT-PCR est positive sur un prélèvement des voies respiratoires supérieures (prélèvement

nasopharyngé) doit faire l'objet, selon les recommandations du HCSP en vigueur, d'une éviction de 7 jours après le début des symptômes (reprise du travail au 8<sup>ème</sup> jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et doit respecter les mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Ces durées sont portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10<sup>ème</sup> jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et 14 jours de mesures barrières renforcées en cas d'immunodépression, selon les recommandations du HCSP en vigueur.

- Bien que non recommandée, une recherche de SARS-CoV-2 sur un prélèvement nasopharyngé après la période d'éviction, peut témoigner si elle est positive, de la présence résiduelle d'ARN viral sans témoigner d'un risque de contagiosité. Cette situation ne doit pas entraîner la prescription d'une nouvelle éviction pour le professionnel.
- Toutefois en cas de nouveaux symptômes marqués (fièvre, signes généraux) à distance du diagnostic initial, il est justifié de mettre en œuvre une démarche diagnostique et une prise en charge habituelles.
- 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 8<sup>ème</sup> jour) et au respect des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Ces durées sont portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10<sup>ème</sup>) et à 14 jours de mesures barrières renforcées en cas d'immunodépression, selon les recommandations du HCSP en vigueur.

**Concernant les professionnels présentant des symptômes évocateurs du Covid-19 mais testés négatifs par RT-PCR, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste :**

- Tout professionnel ayant des symptômes évocateurs de Covid-19 mais avec une RT-PCR négative pour le SARS-CoV-2 sur un prélèvement nasopharyngé doit bénéficier sans délai d'une nouvelle recherche du virus sur un nouveau prélèvement nasopharyngé. Dans l'attente du résultat, il doit être mis en éviction, sauf situation exceptionnelle.
  - Si la seconde RT-PCR est positive pour le SARS-CoV-2 sur le second prélèvement nasopharyngé, le professionnel doit faire l'objet d'une éviction de 7 jours après le début des symptômes (reprise du travail au 8<sup>ème</sup> jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et doit respecter les mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Ces durées sont portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10<sup>ème</sup> jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et 14 jours de mesures barrières renforcées en cas d'immunodépression, selon les recommandations du HCSP en vigueur.
  - Si la seconde PCR est négative et que le début des symptômes date de **moins de 7 jours**, le professionnel peut travailler en respectant strictement les mesures d'hygiène et de distanciation physique en raison, soit du fait de la bonne valeur prédictive négative de la technique RT-PCR lors de la première semaine des symptômes soit du fait de la très faible probabilité d'infection à SARSCoV-2
  - Si la seconde PCR est négative et si le début des symptômes date de **plus de 7 jours**, la recherche d'anticorps contre le SARS-CoV-2 (sérologie de rattrapage) doit être réalisée. Le professionnel reste en éviction jusqu'à 48 heures après la disparition de la fièvre et l'amélioration de l'état respiratoire. Lors de la reprise du travail, le professionnel doit respecter strictement les mesures barrières, dont le port d'un masque à usage médical, et la distanciation physique. La recherche d'autres

pathologies doit être réalisée selon les démarches diagnostiques habituelles, en fonction des symptômes.

**Concernant les professionnels asymptomatiques porteurs du SARS-CoV-2, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste :**

- 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 jour après la PCR (reprise du travail au 8<sup>ème</sup> jour) et au respect des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants, durées portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10<sup>ème</sup> jour) et 14 jours en cas d'immunodépression, selon les recommandations du HCSP en vigueur.
- Toutefois, 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 un renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est envisageable afin que la balance bénéfice/risque ne soit pas défavorable

**A destination des professionnels non-porteurs du SARS-CoV-2 mais en contact avec des personnes porteuses du SARS-CoV-2, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer :**

- **Sont considérés comme contacts à risque d'infection :**
  - Un contact avec un patient porteur du SARS-CoV-2 si le soignant ne porte pas de masque à usage médical **ou**<sup>6</sup> si le patient ne porte pas de masque à usage médical
  - La réalisation **sans masque FFP2** de gestes à risque d'aérosolisation (intubation, kinésithérapie respiratoire) à un patient atteint de Covid-19
  - Le contact prolongé (plus de 15 mn dans un espace confiné) avec un soignant porteur du SARS-CoV-2 **sans masque à usage médical** (pendant les pauses principalement)
- **Ne doivent être inclus dans le contact tracing que les professionnels ayant eu un contact à risque avec :**
  - Un cas index avec une RT-PCR positive pour SARS-CoV-2
  - Un cas index avec des signes respiratoires et un scanner thoracique évocateur
  - Un cas index avec une RT-PCR négative pour le SARS-CoV-2, des signes cliniques depuis moins de 10 jours et une sérologie SARS-CoV-2 de rattrapage positive
- **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 extra-professionnel, ne doit pas être systématique, sauf pour les situations suivantes :**
  - Si le professionnel devient symptomatique (voir supra);
  - 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 ;
- **Le professionnel contact à risque mais maintenu en poste :**

---

<sup>6</sup> il suffit que soit le soignant soit le patient porte un masque à usage médical pour assurer une protection efficace



- 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 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, 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.<sup>7</sup>**

**Le HCSP rappelle que ces recommandations ont été élaborées dans l'état actuel des connaissances et des ressources disponibles et qu'elles seront susceptibles d'évolutions, notamment dans les circonstances suivantes :**

- **accessibilité plus grande et plus fiable aux tests diagnostiques ;**
- **accessibilité aux équipements de protection individuels ;**
- **modification substantielle de l'arsenal préventif et thérapeutique**

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

*Validé le 23 mai 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique*

---

<sup>7</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>

## Références

1. Chin AWH, Chu JTS, Perera MRA, Hui KPY, Yen H-L, Chan MCW, et al. Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *Lancet Microbe* [Internet]. 2 avr 2020 [cité 5 mai 2020];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(20\)30003-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(20)30003-3/abstract)
2. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 17 mars 2020;0(0):null.
3. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of Covid-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 27 avr 2020;
4. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the Asymptomatic Ratio of 2019 Novel Coronavirus onboard the Princess Cruises Ship, 2020 [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2020 févr [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.02.20.20025866>
5. Sri Santosh T, Parmar R, Anand H, Srikanth K, Saritha M. A Review of Salivary Diagnostics and Its Potential Implication in Detection of Covid-19. *Cureus*. 17 avr 2020;12(4):e7708.
6. To KK-W, Tsang OT-Y, Yip CC-Y, Chan K-H, Wu T-C, Chan JM-C, et al. Consistent Detection of 2019 Novel Coronavirus in Saliva. *Clin Infect Dis* [Internet]. [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa149/5734265>
7. Winichakoon P, Chaiwarith R, Liwsrisakun C, Salee P, Goonna A, Limsukon A, et al. Negative Nasopharyngeal and Oropharyngeal Swabs Do Not Rule Out Covid-19. *J Clin Microbiol* [Internet]. 23 avr 2020 [cité 17 mai 2020];58(5). Disponible sur: <https://jcm.asm.org/content/58/5/e00297-20>
8. Pfefferle S, Reucher S, Nörz D, Lütgehetmann M. Evaluation of a quantitative RT-PCR assay for the detection of the emerging coronavirus SARS-CoV-2 using a high throughput system. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2020;25(9).
9. Kim H, Hong H, Yoon SH. Diagnostic Performance of CT and Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction for Coronavirus Disease 2019: A Meta-Analysis. *Radiology*. 17 avr 2020;201343.
10. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 24 avr 2020;0(0):null.
11. Guo L, Ren L, Yang S, Xiao M, Chang D, Yang F, et al. Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (Covid-19). *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 21 mars 2020;
12. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 1 avr 2020;
13. Zhao J, Yuan Q, Wang H, Liu W, Liao X, Su Y, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 28 mars 2020;
14. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. *JAMA* [Internet]. 6 mai 2020 [cité 23 mai 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837>
15. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of Covid-19. *Nat Med*. 2020;26(5):672-5.
16. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. *Lancet Infect Dis*. 19 mars 2020;
17. Yongchen Z, Shen H, Wang X, Shi X, Li Y, Yan J, et al. Different longitudinal patterns of nucleic acid and serology testing results based on disease severity of Covid-19 patients. *Emerg Microbes Infect*. déc 2020;9(1):833-6.
18. Lan L, Xu D, Ye G, Xia C, Wang S, Li Y, et al. Positive RT-PCR Test Results in Patients Recovered From Covid-19. *JAMA*. 27 févr 2020;
19. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*. 19 2020;382(12):1177-9.
20. Kirkcaldy RD, King BA, Brooks JT. Covid-19 and Postinfection Immunity: Limited

- Evidence, Many Remaining Questions. JAMA [Internet]. 11 mai 2020 [cité 21 mai 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766097>
21. Yu F, Yan L, Wang N, Yang S, Wang L, Tang Y, et al. Quantitative Detection and Viral Load Analysis of SARS-CoV-2 in Infected Patients. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 28 mars 2020;
  22. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med [Internet]. 10 mars 2020 [cité 13 mars 2020]; Disponible sur: <https://annals.org/aim/fullarticle/2762808/incubation-period-coronavirus-disease-2019-covid-19-from-publicly-reported>
  23. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, Lee VJ. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 - Singapore, January 23-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 10 avr 2020;69(14):411-5.
  24. Heymann DL, Shindo N, WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. Covid-19: what is next for public health? Lancet Lond Engl. 22 2020;395(10224):542-5.
  25. Ye G, Pan Z, Pan Y, Deng Q, Chen L, Li J, et al. Clinical characteristics of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 reactivation. J Infect. 2020;80(5):e14-7.
  26. Ravioli S, Ochsner H, Lindner G. Reactivation of Covid-19 pneumonia: A report of two cases. J Infect. 7 mai 2020;
  27. Luong-Nguyen M, Hermand H, Abdalla S, Cabrit N, Hobeika C, Brouquet A, et al. Nosocomial infection with SARS-Cov-2 within Departments of Digestive Surgery. J Visc Surg. 27 avr 2020;
  28. Schwierzeck V, König JC, Kühn J, Mellmann A, Correa-Martínez CL, Omran H, et al. First reported nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a pediatric dialysis unit. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 27 avr 2020;
  29. Van Praet JT, Claeys B, Coene A-S, Floré K, Reynders M. Prevention of nosocomial Covid-19: Another challenge of the pandemic. Infect Control Hosp Epidemiol. 23 avr 2020;1-2.
  30. Hara T, Yamamoto C, Sawada R, Ohara T, Oka K, Iwai N, et al. Infection risk in a gastroenterological ward during a nosocomial Covid-19 infection event. J Med Virol. 22 avr 2020;
  31. Vanhems P. Fast nosocomial spread of SARS-CoV2 in a French geriatric unit Lyon Study Group on Covid-19 infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 30 mars 2020;1-4.
  32. Wang J, Zhou M, Liu F. Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (Covid-19) in China. J Hosp Infect [Internet]. 5 mars 2020 [cité 10 mars 2020];0(0). Disponible sur: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30101-8/abstract](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30101-8/abstract)
  33. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. Ann Intern Med. 5 mai 2020;
  34. CDC Covid-19 Response Team. Characteristics of Health Care Personnel with Covid-19 - United States, February 12-April 9, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 17 avr 2020;69(15):477-81.
  35. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the Covid-19 Outbreak in Wuhan, China. JAMA. 19 mai 2020;323(19):1915.
  36. Treibel TA, Manisty C, Burton M, McKnight Á, Lambourne J, Augusto JB, et al. Covid-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. The Lancet. mai 2020;S0140673620311004.
  37. Gehanno JF, Pestel-Caron M, Nouvellon M, Caillard JF. Nosocomial pertussis in healthcare workers from a pediatric emergency unit in France. Infect Control Hosp Epidemiol. août 1999;20(8):549-52.
  38. Pascual FB, McCall CL, McMurtray A, Payton T, Smith F, Bisgard KM. Outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital surgical unit. Infect Control Hosp Epidemiol. juin 2006;27(6):546-52.
  39. Derrick JL, Li PTY, Tang SPY, Gomersall CD. Protecting staff against airborne viral particles: in vivo efficiency of laser masks. J Hosp Infect. nov 2006;64(3):278-81.
  40. Lindsley WG, King WP, Thewlis RE, Reynolds JS, Panday K, Cao G, et al. Dispersion and

exposure to a cough-generated aerosol in a simulated medical examination room. *J Occup Environ Hyg.* 2012;9(12):681-90.

41. Loeb M, Dafoe N, Mahony J, John M, Sarabia A, Glavin V, et al. Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers: a randomized trial. *JAMA.* 4 nov 2009;302(17):1865-71.

42. 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.* 2019;322(9):824-33.

43. European Centre for Disease Prevention and Control. Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2020 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/personal-protective-equipment-ppe-needs-healthcare-settings-care-patients>

44. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan K-H, McDevitt JJ, Hau BJP, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nat Med* [Internet]. 3 avr 2020 [cité 6 avr 2020]; Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2>

45. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 21 2020;4:CD013582.

## Annexe 1 saisine de la Direction générale de la santé

De : SALOMON, Jérôme (DGS)

Envoyé : jeudi 14 mai 2020 16:23

À : CHAUVIN, Franck (DGS/MSR/SGHCSP); HCSP-SECR-GENERAL

Cc : FALIU, Bernard (DGS/MSR/SGHCSP); PARIENTE-KHAYAT, Ann (DGS/MSR/SGHCSP); COLONNIER, Annette (DGS/MSR/SGHCSP); SALOMON, Jérôme (DGS); PLANEL, Maurice-Pierre (DGS); JULIENNE, Katia (DGOS/DIRECTION/DIR); DECOOPMAN, Stéphanie (DGOS/DIRECTION/DIR); COURREGES, Cécile (IGAS/INSPECTANTS); LAZARUS, Clément (DGS/VSS); BRAHIC, Olivier (DGS/VSS)

Objet : saisine HCSP - la doctrine de dépistage des professionnels de santé

Importance : Haute

Monsieur le Président, Cher Franck,

Dans un contexte où l'épidémie de Covid-19 pourrait se prolonger dans les prochains mois et dans le cadre de l'accompagnement du déconfinement, la question de la doctrine à suivre quant au dépistage des professionnels intervenant dans les structures sanitaires et médico-sociales doit être précisée, tant pour les chefs d'établissement que pour les représentants du personnel qui critiquent de plus en plus ouvertement l'absence de consignes claires. La parution du décret du 5 mai 2020 définissant les critères permettant d'identifier les salariés vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 et pouvant être placés en activité partielle renforce la nécessité de préciser les recommandations applicables aux personnels soignants relevant de la fonction publique hospitalière.

Dans un précédent avis relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV2 en date du 16 mars 2020, le Haut Conseil de la Santé Publique a préconisé l'éviction systématique des professionnels Covid-19 pour huit jours au minimum, en fonction de la gravité des symptômes de ces derniers.

De la même manière, dans son avis du 7 mai dernier, relatif à la conduite à tenir lors du contact tracing d'une personne qui aurait déjà été malade, le HCSP rappelle que le niveau de protection conféré par la détection d'anticorps et la durée de cette protection ne sont pas connus, compte tenu de l'émergence de la maladie Covid-19 et de l'absence de recul. Il précise néanmoins que dans le cas particulier des personnels de santé :

- En cas d'ATCD de symptômes évocateurs de Covid-19, il est rappelé que les soignants doivent avoir bénéficié d'un diagnostic par RT-PCR.
- Un diagnostic de rattrapage par sérologie peut être pratiqué sur prescription médicale en cas de RT-PCR antérieurement négative ou d'absence de RT-PCR.

Les cas d'éviction alors proposés pour la population s'appliquent sauf dans le cas de tensions particulières en ressources humaines en période de pic épidémique, en respectant les mesures barrière.

Aussi, je souhaite que vous puissiez transmettre à mes services :

- Une analyse des risques portant sur :
  - o la possibilité d'une adaptation de la recommandation d'éviction des professionnels porteurs du Covid-19 intervenant en ES et en ESMS, selon qu'ils sont symptomatiques ou asymptomatiques,, afin de déterminer si leur maintien en poste est envisageable face à l'impératif de continuité du service, et si oui, sous quelles conditions sanitaires et de protection et pour quels professionnels, notamment dans un contexte de saturation des capacités en lits dans les ES ;

- Une doctrine scientifique afin d'élaborer des préconisations :
  - à destination des professionnels présentant des symptômes évocateurs du Covid-19 mais testés négatifs, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste ;
  - à destination des professionnels porteurs du Covid-19 asymptomatiques, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination s'ils sont maintenus en poste ;
  - à destination des professionnels non-porteurs du Covid-19 mais en contact avec des personnes porteuses du Covid-19, pour déterminer les consignes que ces derniers doivent observer ;
  - à destination des professionnels identifiés comme personne vulnérable ;
  - pour répondre à l'enjeu du taux de tests de dépistage « faux négatifs » et aux précautions à adopter à cet égard.

Je souhaite que vous puissiez me fournir ces éléments dans un délai de 48 heures compte-tenu de l'urgence de la question.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

**Professeur Jérôme SALOMON**  
**Directeur général de la Santé. Directeur de crise**  
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 ayant élaboré ces recommandations

- Claire ANDREJAK, CHU Amiens
- Anne BERGER-CARBONNE, SPF
- Sibylle BERNARD-STOECKLIN, SPF
- Céline CAZORLA, HCSP, Cs MIME
- Christian CHIDIAC, HCSP, Cs MIME, co-pilote
- Emmanuel DEBOST, HCSP, Cs MIME
- Jean-François GEHANNO, HCSP, Cs MIME, pilote
- Didier LEPELLETIER, HCSP, CS3SP,
- Charles-Edouard LUYT, GH LA Pitié Salpêtrière
- Sophie MATHERON, HCSP, Cs MIME
- Elisabeth NICAND, HCSP, Cs MIME
- Henri PARTOUCHE, HCSP, Cs MIME
- Bruno POZZETTO, HCSP, Cs MIME
- Miche SETBON, HCSP, CSRE
- Sylvie VAN DER WERF, CNR

### Personne auditionnée

- Jean-Daniel LELIEVRE, APHP, Mondor, immunologie

### Secrétariat général du HCSP

- Sylvie FLOREANI

### Annexe 3

Définition des contacts, par Santé Publique France, datée du 7 mai 2020

*Définition d'un contact :*

*En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque à usage médical ou FFP2 porté par le cas ou le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact,*

*Contact à risque : 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 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 avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;*
- Etant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).*

*Contact à risque négligeable :*

- Toutes les autres situations de contact ;*
- Cas de Covid-19 déjà identifié, confirmé par RT-PCR ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade.*

*Ces définitions ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène*

Le 23 mai 2020

**Haut Conseil de la santé publique**  
14 avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)



# J'AI ÉTÉ TESTÉ POSITIF MAIS JE N'AI PAS DE SYMPTÔMES, QUE DOIS-JE FAIRE ?

APRES LES  
RÉSULTATS DU TEST

Je reste isolé  
7 jours

APRES LES 7 JOURS D'ISOLEMENT

**SI DES SYMPTÔMES APPARAISSENT :**

- 1) Je m'isole pendant 7 jours à partir du début des symptômes et jusqu'à 48h après la fin de la fièvre
- 2) Je consulte mon médecin

**SI JE N'AI PAS DE SYMPTÔMES :**

- 1) J'arrête mon isolement
- 2) Pendant 1 semaine : j'évite le contact avec des personnes vulnérables et je porte un masque